UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES — PERSPECTIVES EUROPÉENNES (ED SHS-PE 519)

LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE EN ÉTUDES CULTURELLES (UMR 7069 – CNRS, Unistra)

Thèse présentée par

Elsie MÉGRET

Soutenue le **2 juillet 2025**

pour obtenir le grade de : **Docteure de l'Université de Strasbourg**

Discipline : Sociologie

La question anorexique en France (1873-1937). Étude de la production des « seuils diagnostiques » d'une catégorie médicale d'âge et de genre.

Direction de la thèse :

DIASIO Nicoletta (directrice)	Professeure des Universités, Université de Strasbourg
SCARFONE Marianna (co-encadrante)	Maîtresse de conférences, Université de Strasbourg

Rapporteur·es :

GUILLEMAIN Hervé	Professeur des Universités, Université du Mans
VOLÉRY Ingrid	Professeure des Universités, Université de Lorraine

Examinateur·trices :

HARTMANN Heinrich	Professeur des Universités, Helmut Schmidt University
LHUISSIER Anne	Directrice de recherche, INRAE
PITROU Perig	Directeur de recherche, CNRS
TEBOUL Jeanne	Maîtresse de conférences, Université de Strasbourg

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de thèse, Nicoletta Diasio, pour la confiance qu'elle m'a témoignée alors que cette thèse n'était qu'un projet, ainsi que pour la bienveillance avec laquelle elle m'a accompagnée tout au long de ce travail. Je remercie aussi vivement Marianna Scarfone, ma co-directrice, pour tous ses conseils et ses relectures fines de mon travail, ainsi que pour son accompagnement au cours de mon enquête.

Je remercie chaleureusement les membres de mon jury de thèse : Hervé Guillemain, Heinrich Hartmann, Anne Lhuissier, Perig Pitrou, Jeanne Teboul et Ingrid Voléry d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de lire et de discuter mon travail.

Merci également aux membres de mon comité de thèse, Perig Pitrou et Jeanne Teboul, d'avoir suivi et aiguillé mon travail d'enquête, ainsi que les phases de rédaction de ce manuscrit.

Cette thèse a bénéficié d'une allocation doctorale. Je tiens, pour cela, à remercier les membres du comité scientifique de l'ED519 de m'avoir accordé leur confiance. Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui ont contribué à l'écriture et à la présentation de mon projet de thèse, en particulier Marie Le Clainche-Piel et Pauline Monginot.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans la contribution à mon enquête du personnel des Archives et des Bibliothèques, je les en remercie. Je remercie également l'équipe administrative de l'Université de Strasbourg, en particulier du secrétariat du laboratoire LinCS et de l'ED519 qui ont été en première ligne de mes angoisses administratives.

Si la rédaction de cette thèse s'est apparentée à bien des égards à une traversée documentaire en solitaire, ce travail est aussi le fruit de rencontres et d'échanges qui ont profondément nourri mes recherches. Je remercie très chaleureusement Séverine Parayre pour le généreux partage de ses innombrables connaissances historiques de l'hygiène ; Kylian Godde pour l'invitation à participer à une réflexion collective autour des enquêtes documentaires en sociologie ; Steve Vilhem pour nos riches échanges interdisciplinaires quant à notre objet de recherche commun.

Je remercie également mes collègues de laboratoire Manon Beaucourt et Éva Laiacona, ainsi que toute l'équipe de la *Revue des Sciences Sociales*, en particulier Virginie Córdoba-Wolff, avec qui j'ai eu la chance de faire mes premières armes dans la coordination d'un numéro de revue.

Mes vifs remerciements vont aussi à mes collègues membres du bureau de coordination du *Réseau Jeunes Chercheur·es Santé Société*, en particulier Anna Pomaro, Clara Boutet et Arthur Boulet. Nos nombreuses discussions quant à l'avenir des sciences humaines et sociales de la santé ont été pour moi une source d'énergie. Merci également à Camille Lancelevée et Irene Pochetti pour leur engagement sincère à nos côtés dans les vicissitudes des activités de ce réseau.

Je remercie également les membres du RT41 « Corps, techniques et société » pour les riches échanges et les séances d'écriture collective, en particulier Marie-Pierre Julien et Valérie Souffron.

Je suis profondément reconnaissante à toutes les personnes qui ont accepté de donner de leur temps à la relecture de ce travail, y compris dans ses phases parfois très inabouties. Merci une nouvelle fois à Clara, Kylian et Steve, ainsi qu'à Laurène Assailly. Merci également à Juliette Collet et Thibaud Pombet d'avoir débusqué avec attention et rigueur mes maladresses syntaxiques.

Mes pensées se tournent aussi vers mes camarades de bibliothèque, Aude Danieli et Amandine Dandel. Merci pour ces rendez-vous au Club des Lettres qui m'ont permis de penser mon objet autrement, mais aussi de penser à autre chose !

Une pensée également pour mes proches qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce travail. Une gratitude tout interspécifique envers mes compagnons de rédaction, dont la patience et la détermination de palombe et de biset ont si bien inspiré ma plume.

Mes infinis remerciements vont, enfin, à Thibaud, qui sait tout ce qui lui revient dans les lignes qui suivent, ainsi que dans celles qui suivront et qui s'écrivent déjà.

Avant-propos

Réaliser une enquête sur des sources médicales datant du XIXe siècle et du début du XXe siècle conduit inexorablement à composer avec les silences de l'histoire entourant la voix des femmes. Si les textes étudiés dans ce travail abordent majoritairement des cas cliniques féminins, les médecins parlent bien souvent de leurs patientes au masculin. Afin de composer avec cet oubli du genre, les accords de proximité ont été privilégiés dans l'écriture de ce travail. Les accords sont ainsi effectués selon que les sujets concernés soient majoritairement des hommes ou des femmes (par exemple : « les patientes » lorsque je me réfère principalement aux femmes anorexiques). Toutefois, les accords n'ont pas été modifiés dans les citations.

Les âges figurent dans le texte en toutes lettres (par exemple : dix-huit ans). Les dates, années et mesures (kilogrammes, centimètres) figurent en chiffres.

Les références bibliographiques figurent dans le corps de texte au format (Auteur, date : page) et sont répertoriées dans la bibliographie finale disponible en fin de manuscrit. Les sources documentaires sont citées en notes de bas de page et sont également répertoriées en fin de manuscrit, dans la section « Sources documentaires ».

Les ouvrages cités figurent dans le corps de texte entre guillemets. Les titres de revues et les essais, tout comme les noms de sociétés savantes figurent en italique (par exemple : *Société d'anthropologie de Paris*).

Les versions originales des citations anglophones traduites par mes soins figurent en notes de bas de page.

Un index des pathologies et affections médicales citées dans la thèse ainsi qu'un index des noms propres sont disponibles en fin de manuscrit.

Dans la version électronique, les illustrations et annexes citées dans le texte et en notes de bas de page contiennent des liens de renvoi.

J'espère que ces précautions formelles contribueront à faciliter la lecture de ce manuscrit.

CC BY NC ND

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE **13**

Qualifications et usages d'une catégorie 14
Les nominations et les choses de l'anorexie 15
Des savoirs et des pratiques matérielles 17
De la médicalisation à la naturalisation du temps de l'adolescence 20

Enquêter sur la « question anorexique » 23
Un terrain historique : la matérialité des documents 24
Saisir une catégorie en construction 25
Les limites de l'enquête et leur dépassement 28
Une étude des « seuils diagnostiques » de l'anorexie 31

Un parcours en quatre mouvements 33

PREMIÈRE PARTIE
Une cartographie des acteurs, des savoirs et des pratiques **37**

Chapitre 1 – La production documentaire et corporelle de l'anorexie **39**

1. Présentation du terrain documentaire 40

1.1. Les fonds d'archives du ministère de l'Instruction publique de la Seine 40
L'entrée de la médecine à l'école 40
Les rapports et congrès internationaux sur l'enfance 42

1.2. Le spectre de l'anorexie mentale dans les archives médicales publiques 43
Dépouillements préliminaires 43
Les registres d'entrée et de sortie 44
Les dossiers de patientes (1880 - 1930) 45
Le cas de Sainte-Anne (1922 - 1930) 46

1.3. Les espaces thérapeutiques privés 47
L'accès difficile aux maisons de santé 47
Les cartes postales comme unique matériau 48

1.4. Une entrée privilégiée par les publications médicales et scientifiques 49
Une presse médicale par et pour les médecins 50
Structurer les champs disciplinaires et défendre les professions médicales 54
Une médecine en train de se faire 57

2. Les « lieux de savoir » de l'anorexie 58

2.1. Un réseau scientifique et médical parisien qui se veut actif 58
Des unités spatiales de production de savoirs et d'archivage 59
Au cœur de la psychiatrie française ? 60
Une manne populationnelle expérimentale 62

2.2. La matérialité des savoirs 63
Qu'est-ce qu'un document ? 64
L'œil instrumenté et ses figurations 66
Les localités corporelles 68

2.3. La matérialité des corps 71

Le corps technique 71
Les consistances du corps 74
2.4. La production des « seuils diagnostiques » 77
Une relecture de la « niche écologique » de l'anorexie 77
Quelle observabilité des données biologiques et corporelles ? 79
Conclusion du chapitre 1 : 80
Chapitre 2 – La scansion médicale des âges : gouverner les enfants et réguler le développement féminin 83
1. L'avènement d'une médecine des âges 84
1.1. Une altérisation temporelle des malades et des enfants 84
La théorie de la dégénérescence 85
L'enfant, figure passée de l'adulte 86
1.2. Les « dispositifs » sécuritaires 89
Lutter contre la mortalité infantile 91
L'espace du « dispensaire » 93
1.3. Standardiser la croissance et le développement 94
La « pensée développementale » 95
La figure de l'enfant normal 97
2. L'âge, « variable d'État » 97
2.1. Scansion des âges et des périodes de vie 98
L'invention politique du temps de l'enfance 99
Entre protection et régulation : l'enfant sujet de droits 101
2.2. Discours médicaux autour des périodes critiques 103
L'adolescence, un temps de vie marqué par la sélection sociale 103
Révolution et vulnérabilité adolescentes 105
2.3. Âge, genre et corps sexués : les « seuils d'âge » et « seuils de genre » de l'anorexie 106
Ce que la mesure des âges fait au sexe 107
Dénaturaliser l'anorexie, interroger l'âge biologique 109
Conclusion du chapitre 2 : 110
Conclusion de la première partie 111
DEUXIÈME PARTIE
Identifier une pathologie féminine et adolescente 113
Chapitre 3 – Un quadrillage corporel expert 115
1. Un regard médical et instrumental sur la maigreur féminine 115
1.1. Le « coup d'œil » clinique 116
Observer l'extrême maigreur et ses effets physiques 117
De l'onanisme aux altérations fonctionnelles 119
L'irrégularité du cycle menstruel 121
L'aspect des malades, entre atavisme et dissolution du système nerveux 123
1.2. La photographie médicale comme « pièce démonstrative » 127
Identifier une identité pathologique 127
Des corps non conformes à leur sexe 134

Des signes de dégénérescence et des signes de guérison 140
2. Les mains des médecins, entre instrument d'objectivation et d'inscription 142
2.1. La construction médicale de « prises » corporelles 142
Évaluer les douleurs gastriques 143
Le diagnostic différentiel de l'anorexie hystérique et mentale 145
De l'extérieur à l'intérieur des corps 147
2.2. Construire une « cohérence optique » de la maladie 148
L'inscription numérique et textuelle de l'état physiologique 148
Une cohérence numérique 153
Conclusion du chapitre 3 : 156
Chapitre 4 – Pronostiquer l'anorexie : une *chronologisation* de la maladie mentale 157
1. Âge d'apparition et chronologie des symptômes 157
1.1. Une hiérarchisation temporelle des symptômes 158
Une logique de « tri » médico-administratif 159
Âge et curabilité de l'hystérie 162
Examiner le passé, prédire l'avenir 165
1.2. La « responsabilité pathologique » de l'enfance 167
L'influence du milieu de vie 167
De l'hérédité à la prédisposition constitutionnelle 168
Un regard parental et médical panoptique 170
2. L'adolescence, période d'apprentissages et de conflits 173
2.1. L'éducation alimentaire des adolescentes : les ouvrages de vulgarisation 173
Alimentation féminine et hygiène domestique 174
Les éphémérides médicales d'Ernest Monin 176
2.2. « Comment on devient anorexique » 180
Les trois phases de la maladie 182
Une chronologie commune, mais des variations individuelles 184
Conclusion du chapitre 4 : 186
Conclusion de la deuxième partie 188
TROISIÈME PARTIE
Les temporalités corporelles féminines de développement 191
Chapitre 5 – L'économie énergétique de l'anorexie 193
1. Une énergie sans faim ? 193
1.1. Les hystériques ont-elles besoin de se nourrir ? 193
« Tout le monde sait que pour vivre il faut manger » 194
Activité nutritionnelle et état mental 197
Jeûne prolongé, jeûne mensonger 200
1.2. Les anorexiques ressentent-elles la faim ? 203
L'épuisement énergétique comme limite adaptative 203
Influx nerveux et habitudes : le temps de s'adapter 205
Une vision spencérienne de l'évolution 207
Une pathologie de la volonté 211

2. Équilibres et déséquilibres métaboliques 214

2.1. Le coût énergétique de la croissance : politique, médecine et nutrition 214
L'anorexie du nourrisson 218
L'horloge et la balance 220
Sevrage et diversification alimentaire chez les nourrissons 229
L'ouverture d'un « marché du renforcement » 231

2.2. Des « mauvaises fatigues » féminines : les déséquilibres métaboliques de la puberté 238
Épuisement nerveux et état chlorotique 239
L'anorexie comme « neurasthénie d'évolution » 241
Des anorexiques à l'école : la menace du surmenage scolaire 246

Conclusion du chapitre 5 : 249

Chapitre 6 – Chiffres, indices et schémas : les « micro-techniques » d'enregistrement de la croissance 251

1. Mesurer et faire grandir 252

1.1. Inscrire le corps dans le social 252
La production anthropométrique de normes de santé enfantines 254
Des chiffres et des sexes 258

1.2. Calculer les écarts à la norme 264
« Au-delà des limites marquées par l'hérédité » 264
La balance, la toise et le calendrier 266
L'indice de Pignet ou la mesure de la robusticité 271
Le rapport de Manouvrier : évaluer les dysharmonies corporelles 274
L'âge de la ménarche et le danger de la précocité 277

2. La synchronisation de la maturation physique et sexuelle 281

2.1. Les schémas de développement : le cas de la dentition 282
L'observation scientifique de la dentition 283
Penser la synchronisation de l'organisme : l'éruption des dents 286

2.2. Visualiser les retards de croissance, pallier les insuffisances hormonales 289
Les techniques radiographiques de visualisation de l'ossification 290
Distinguer l'anorexie mentale de la maladie de Simmonds 291
La spécification des hormones sexuelles 295
Activer les glandes sexuelles 298

Conclusion du chapitre 6 302

Conclusion de la troisième partie 304

QUATRIÈME PARTIE
Le traitement des anorexies : la matérialité des interventions médicales 307

Chapitre 7 – L'avènement du « sujet » anorexique : psychothérapie, isolement et réalimentation 309

1. Les métamorphoses du traitement moral 310

1.1 Des sujets sous influence 310
Hypnotisme, suggestion et psychothérapie 312
Des femmes et des enfants « suggestionnables » 314

1.2. L'éloignement familial comme socle thérapeutique 319
De l'autorité parentale à l'autorité médicale 319
S'éloigner de sa famille pour bâtir son foyer 324

1.3. Des techniques disciplinaires de renforcement 325
L'hydrothérapie 325
L'électrothérapie 328
Les produits pharmaceutiques et médicamenteux 329

2. Contraindre les corps, rythmer le métabolisme 334

2.1. Les programmes de réalimentation 334
Une réalimentation progressive et contrôlée 336
La force disciplinaire de l'habitude 339

2.2. L'usage disciplinaire de la sonde alimentaire 343
La sonde : symbole de l'autorité médicale 343
Pouvoirs et résistances par l'objet-sonde 345
Diagnostiquer la soumission aux normes 349

Conclusion du chapitre 7 : 351

Chapitre 8 – Des maisons de santé aux services ouverts : l'anorexie façonnée par les restructurations de l'institution psychiatrique 353

1. Des hospitalisations en dehors des asiles 354

1.1. Une stratification sociale et économique de la maladie mentale 354
« Les contagieux et les mentaux ne sont pas admis » 355
L'anorexie comme anormalité physique curable 358

1.2. Imaginaires et matérialités autour des maisons de santé 362
Des documents et des lieux ordinaires 362
Une clientèle à satisfaire 366

2. Domestiquer pour réadapter 372

2.1. Des espaces de domestication du naturel 373
Le jardin : un paysage thérapeutique 373
Un lit à soi pour cultiver son intériorité 375

2.2. Le Service de Prophylaxie mentale Henri-Rousselle (1922-1930) 379
Réadapter les malades par la cure libre 379
Des malades libres et souffrantes 382
Anorexie et dépression : les nouveaux maux de la société moderne ? 384
Les âges de l'émancipation 385

Conclusion du chapitre 8 : 387

Conclusion de la quatrième partie 389

CONCLUSION GÉNÉRALE 391

Une chronologie des mutations de la question anorexique 393
L'anorexie symptomatique (1873-1895) 393
La fin de l'anorexie hystérique (1890-1909) 395
Des anorexies de laboratoire (1880-1915) 396
Un déséquilibre énergétique qui menace la nation (1910-1930) 398
L'anorexie hormonale : une molécularisation du développement ? (1920-1938) 399

Et après : une anorexie génétique ? (1950 - …) 400
Retour sur les mutations de l'anorexie : des catégorisations socio-techniques de la vitalité 401
Des tensions classificatoires 402
Une catégorie à l'épreuve d'un « dispositif de développement » 403
Une catégorie façonnée par la spécialisation médicale 404
Quelle naturalité pour l'anorexie ? 407
Une médecine qui produit ses malades 407
Sexuation, âgisation et racialisation d'une catégorie médicale 409
Vers une recherche sur les opérations de « datation » en biomédecine et en santé 411
SOURCES DOCUMENTAIRES 417
ARCHIVES CONSULTÉES 434
BIBLIOGRAPHIE 439
TABLE DES ILLUSTRATIONS 465
INDEX DES PATHOLOGIES ET AFFECTIONS MÉDICALES 467
INDEX DES NOMS PROPRES 469
ANNEXES 471

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« *– Mais, ai-je demandé, "encore singe et déjà homme", qu'est-ce que cela veut dire, précisément ? Que ce n'était qu'un singe, ou que c'était un homme ?*

– Mon vieux, m'a dit Sybil, les Grecs ont longtemps disputé de la grave question de savoir à partir de quel nombre exact de cailloux on pouvait parler d'un tas : était-ce deux, trois, quatre, cinq ou davantage ? Votre question n'a pas plus de sens. Toute classification est arbitraire. La nature ne classifie pas. C'est nous qui classifions, parce que c'est commode. Nous classifions d'après des données arbitrairement admises, elles aussi. Qu'est-ce que cela peut vous faire, au fond, que l'être dont voici le crâne entre nos mains soit appelé singe, ou soit appelé homme ? Il était ce qu'il était, le nom que nous lui donnerons ne fait rien à la chose.

– Croyez-vous ? »

Vercors, *Les animaux dénaturés*

Dans le roman de fiction anthropologique *Les animaux dénaturés* de l'écrivain Vercors, des scientifiques évolutionnistes, animés par la recherche du « chaînon manquant », se font les témoins de l'existence de primates anthropoïdes. Avec cette découverte, c'est tout un monde industriel, législatif et scientifique qui s'ébranle : la reconnaissance de l'existence d'hommes-singes nécessite de redéfinir l'humain. Mais ces dits « tropes », par leur apparence et leur comportement, brouillent certaines frontières et rendent presque impossible une définition univoque des critères de l'humanité, ou de ce qui caractérise le franchissement de ses seuils. Au fil du récit, les compréhensions et classifications du vivant se fabriquent à la confluence d'intérêts scientifiques, économiques et politiques, par lesquels certaines personnes se voient classifiées au sein de l'humanité, alors que d'autres s'en trouvent en contrepoint exclues.

Ces éléments narratifs illustrent l'idée directrice de cette thèse, consacrée à l'étude de la production des « seuils diagnostiques » de l'anorexie, une catégorie médicale d'âge et de genre qui émerge dans le champ de la psychiatrie française à la fin du XIXe siècle. L'anorexie y désigne un ensemble de signes cliniques (perte d'appétit, amaigrissement prononcé, pâleur, aménorrhée) dont le caractère pathologique est principalement associé à des périodes de vie comme l'enfance ou l'adolescence féminine. Toutefois, les définitions biologiques de ces temps de vie varient entre les scientifiques, les politiques et les médecins, et les réalités sociologiques de ces temps de vie dépendent, comme le montre l'historienne Agnès Thiercé (1996, 1999), du genre et de la classe sociale des individus. Ce travail de thèse vise ainsi à interroger comment

les catégorisations de l'anorexie ont été façonnées par les savoirs scientifiques et médicaux sur les âges de la vie, ainsi que par les pratiques d'observation, de mesure et de classification du vivant.

Pour cela, la thèse revient sur les soixante premières années d'existence de cette catégorie, depuis les premiers tableaux cliniques de l'anorexie dite « hystérique » proposés en 1873 en France par Ernest-Charles Lasègue jusqu'aux connaissances du système endocrinien mobilisées par les pédiatres examinant l'anorexie dite « mentale » ou « nerveuse » au milieu des années 1930. De cette manière, ce travail retrace les mutations des qualifications et des usages de l'anorexie au prisme des enjeux de catégorisation de la personne humaine et des âges de la vie, en particulier à un moment où l'enfance (Ariès, 1973 [1960] ; Becchi & Julia, 1998 ; Hamelin-Brabant & Turmel, 2012) et l'adolescence (Di Spurio, 2019 ; Thiercé, 1999) émergent en « Occident » en objets politiques et scientifiques d'interventions médicales.

Qualifications et usages d'une catégorie

Dans les premiers temps de mon enquête, il m'a semblé que l'anorexie ne représentait qu'une catégorie nominative qui ne disait rien des êtres qu'elle désigne, suivant la logique selon laquelle le nom ne fait pas nécessairement la chose. En appréhendant l'anorexie comme le résultat de conventions sociales ou d'un ensemble de signes arbitraires, j'ai été tentée dans un premier temps d'adopter une approche sémiotique. À la suite d'un premier dépouillement d'ouvrages et d'articles scientifiques et médicaux, j'ai ainsi réalisé un tableau de nominations[1], dans lequel j'ai listé une centaine de qualificatifs donnés à l'anorexie au sein de publications médicales éditées entre 1860 et 1938[2].

Ce tableau suggérait à sa lecture une certaine « instabilité terminologique » de l'anorexie, déjà relevée par Elizabeth Williams (2010) dans son étude sur les liens entre la gastronomie et les diagnostics d'anorexie à la fin du XIXe siècle en France. Cette historienne souligne en effet qu'en dépit d'un consensus scientifique établi entre 1860 et 1910 autour de la prédominance de l'anorexie chez les femmes, l'instabilité de sa terminologie rend compte de « débats continus » ayant cours à cette période « autour de la classification et de la conceptualisation du phénomène anorexique » (Williams, 2010 : 93). En effet, au tournant des XIXe et XXe siècles, l'anorexie est qualifiée de multiples manières : hystérique, nerveuse, mentale, primaire, juvénile ou encore

[1] Voir Annexe 1 « Tableau des nominations de l'anorexie ».

[2] Les bornes chronologiques du tableau (1860-1938) dépassent de quelques années celles finalement retenues dans l'étude (1873-1937). Les textes antérieurs et postérieurs à ces dates m'ont néanmoins semblé importants à intégrer dans l'enquête, et pour certain dans l'analyse, comme celui de Jules Comby portant sur la maladie de Simmonds et l'anorexie mentale, datant de 1938.

adolescente. De surcroît, la succession des nominations visible dans le tableau mettait en avant un triple mouvement classificatoire de l'anorexie, d'abord d'attachement à la grande catégorie de l'hystérie, puis de détachement de cette catégorie (par les notions de mentale, psychique, nerveuse, primaire, secondaire), et enfin de stabilisation, dès les années 1910, autour des âges de la vie (anorexie dite adolescente, du nourrisson, enfantine, de la puberté). L'instabilité terminologique évoquée par Williams semblait alors se manifester par une transformation des qualificatifs de l'anorexie selon les différentes spécialités médicales (neurologie, psychologie, pédiatrie) et les modèles étiologiques de la maladie mentale attachés à ces spécialités.

À l'issue de ce travail princeps de collecte des nominations, il me semblait peu pertinent d'étudier la genèse de l'anorexie et ses catégorisations au seul prisme des savoirs aliénistes, ou de la psychiatrie neurologique dominant la scène psychiatrique française à la fin du XIXe siècle. En effet, l'anorexie était majoritairement présentée par les médecins de l'entre-deux-siècles comme un trouble relatif à l'enfance et à l'adolescence féminine. Dès le début du XXe siècle, l'anorexie semblait même être largement investie par la pédiatrie, spécialité médicale alors en pleine phase d'institutionnalisation (Sautereau, 1991). Un des premiers questionnements qui a guidé ce travail de thèse portait ainsi sur la possible redéfinition des bornes d'âge de l'anorexie par les savoirs pédiatriques. En d'autres termes, identifier les mutations des qualifications et des usages de l'anorexie demandait d'identifier les modalités d'appropriation ou de désengagement, de la part de certaines spécialités médicales, des temps de l'enfance et de l'adolescence. Pour porter ses fruits, cet objectif devait cependant être associé à une méthodologie claire permettant d'éviter un nominalisme naïf.

Les nominations et les choses de l'anorexie

Si l'anorexie apparait sous diverses terminologies au sein des documents médicaux et scientifiques (publications, archives, comptes-rendus de congrès), étudier cette catégorie comme une notion dont les dynamiques d'apparition et de disparition sont à observer et à expliquer depuis les textes eux-mêmes risquait, à mon sens, de me faire passer à côté de la matérialité des corps, des techniques et des pratiques savantes ayant façonné l'existence même de cette catégorie. En adoptant une posture consistant à penser que la nomination « ne fait rien à la chose », et par conséquent que les choses du monde existent de la même manière avec ou sans leur nomination, je risquais à tout moment de dissocier démesurément les textes et leur contexte d'énonciation, tout en supposant du même coup l'existence d'une essence intemporelle de l'anorexie qui serait indépendante – ou « indifférente », pour reprendre le terme de Ian Hacking (2008 [2000]) – à toute énonciation ou catégorisation. Cela aurait également eu pour

effet de placer mon travail du côté des *continuistes*, avançant l'idée que les anorexies féminines, qu'elles soient d'ordre mystique ou mental, seraient analogues.

Comme le suggère Rudolph Bell (1985) ou l'interroge Jacques Maître (2000), des conduites de jeûnes féminins extrêmes ont aussi été, dès le Moyen Âge, valorisées par la chrétienté en étant lues comme des comportements mystiques. Ces conduites entrent ensuite au cours du XIXe siècle dans le champ médical. Avec la sécularisation[3] des institutions de soin et des pratiques alimentaires, l'anorexie autrefois attachée aux figures de sainteté serait alors devenue pathologique, sous l'action d'une psychiatrie en guerre contre le pouvoir religieux (Goldstein, 1997). Toutefois, certains travaux nuancent cette vision *continuiste* entre l'anorexie mystique et mentale en suggérant que les manifestations de l'anorexie en Europe subissent, au cours du temps, des transformations épistémologiques importantes (Brumberg, 2000 ; Habermas, 1992) qui ne se réduisent pas à un simple déplacement de la maladie, des comportements et de leurs interprétations, depuis la sphère religieuse jusqu'à la sphère médicale. En d'autres termes, une posture *continuiste* postulant une ontologie commune entre toutes les formes de jeûnes prolongés féminins serait à nuancer. Et ceci, de manière à éviter, comme l'évoque Joan Brumberg (2000), de présupposer une essence intemporelle du féminin qui serait manifeste dans des comportements dits mystiques ou pathologiques de jeûne extrême. Certains travaux mettent en avant le partage par les femmes, anorexiques mystiques ou mentales, d'un même objectif d'émancipation des normes patriarcales (Bell, 1985 ; Darmon, 2001), ou bien d'une même « poursuite de légèreté » (« *telos of lightness* ») (Vilhem, 2024b). À l'aune de ces divers travaux, je me positionne ici en faveur d'une approche de rupture, davantage *discontinuiste*, entre l'anorexie mystique et l'anorexie mentale, tout en reconnaissant des continuités représentationnelles entre les figures de sainteté féminines et les normes dominantes de genre établies au tournant des XIXe et XXe siècles.

Cette position requiert de ne pas négliger les transformations épistémologiques amenées par les évolutions matérielles et les techniques d'observation et de classification du vivant, ainsi que de tenir compte de leurs implications sur les catégorisations de l'anorexie. Or une démarche uniquement centrée sur les nominations de l'anorexie m'amenait à proposer une analyse

[3] Joan Brumberg définit la sécularisation et son effet sur la conception médicale de l'anorexie en ces termes : « *La sécularisation désigne le processus long et inégal par lequel une société passe d'une vision religieuse du monde à une vision non religieuse ; la médicalisation suggère un processus parallèle par lequel le langage et l'idéologie de la médecine scientifique finissent par prédominer dans les explications du comportement humain. […] Au XIXe siècle, un déclin général de la foi et la montée en puissance de l'autorité scientifique avaient transformé le refus de nourriture considéré comme acte religieux en un état pathologique* » (2000 : 7). *"Secularization refers to the long and uneven process by which a society moves from a religious to nonreligious world view; medicalization suggests a parallel process whereby the language and ideology of scientific medicine come to predominate in explanation of human behavior. […] By the nineteen century a general decline in faith and the rise of scientific authority had, for the most part, transformed refusal of food from a religious act into a pathological state*".

lexicale de la catégorie, et ainsi à produire une étude des glissements classificatoires[4] dans divers champs médicaux (aliénisme, psychiatrie, pédiatrie), risquant alors d'omettre les conditions matérielles de sa production. En d'autres termes, interroger la production de la catégorie médicale d'anorexie nécessitait impérativement, à mon sens, d'interroger les critères – cliniques, de genre et d'âge – de cette catégorie, et ceci, au regard d'opérations socio-techniques historiquement situées donnant corps à ces critères. Ces opérations sont en effet principalement organisées au tournant des XIXe et XXe siècles autour d'une définition évolutionniste des processus ontogénétiques et phylogénétiques du développement (Canguilhem & *al*., 2003 [1962]), ainsi qu'autour de techniques biochimiques de connaissance du vivant (Landecker, 2007 ; Latour, 2011). Dans cette optique, une des manières de contrer une démarche nominaliste où le nom ne fait pas la chose, mais tout au mieux la décrit, a donc été de me référer au cadre des *Sciences and Technology Studies* (STS) et à tirer parti des apports du *practical turn*, afin de penser ensemble la matérialité des savoirs, des pratiques et des catégorisations médicales.

Des savoirs et des pratiques matérielles

Plusieurs auteurs ancrés dans le champ des *Sciences and Technology Studies* ont depuis leur position de sociologue, d'anthropologue ou d'historien et historienne, étudié des textes et des documents scripturaux et graphiques sans se restreindre à une analyse purement sémiotique ou lexicale des choses (Asdal, 2015 ; Gardey, 2008 ; Latour, 1987). Comme le suggère déjà le linguiste Algirdas J. Greimas, dont les travaux autour de l'« actant » (qui peut être aussi bien une personne, une entité non humaine ou un objet) ont servi de fondations à la *théorie de l'acteur-réseau* (ANT), « le monde textuel et le monde matériel sont à analyser au même niveau »[5] (Asdal & Reinertsen, 2021 : 218-219). Kristin Asdal et Hilde Reinertsen notent à ce sujet que l'ANT tire ses principes fondamentaux de l'agentivité d'une approche linguistique qui se démarque du structuralisme de Ferdinand de Saussure. Avec Greimas, le texte et le contexte de sa production se recouvrent mutuellement. Le langage ne constitue alors pas une sphère imperméable aux techniques ni à la matérialité de l'écriture. Cette perspective conduit notamment l'histoire et l'anthropologie des sciences et des techniques à s'intéresser aux conditions matérielles et instrumentales de production de savoirs sur les corps (Bert & Lamy, 2021 ; Turmel, 2013) ou au gouvernement statistique des populations (Desrosières, 2013 ;

[4] Pour preuve, la première formation doctorale à mon actif fut une formation à l'usage du logiciel d'analyse lexicale *Iramuteq*. Cette formation, bien que passionnante, n'a finalement pas ici donné lieu à une véritable analyse.

[5] "*The textual world and the material world are made to stay at the same level*".

Hartmann, 2011). Concernant la catégorie d'anorexie, ces approches historiques et anthropologiques des savoirs et de la matérialité de leurs instruments m'ont amenée à m'intéresser aux pratiques savantes, scientifiques et médicales, d'observation, de mesure et d'écriture du corps. De cette manière, l'une des principales interrogations qui guide ce travail consiste à se demander comment la catégorie d'anorexie a été produite, en France, à partir de pratiques médicales et scientifiques d'encadrement technique, scriptural et instrumental des processus vitaux de croissance et de développement. En somme, au sein de quels « dispositifs » matériels et langagiers (Dodier & Barbot, 2016) et par quel « ensemble hétérogène » (Foucault, 1994b), dont la force est exercée sur les corps, la catégorie d'anorexie a-t-elle été façonnée ?

Dans « Microphysique des pouvoirs et micropolitique des désirs », Félix Guattari (2004 : 75) souligne que lorsque Michel Foucault affirme que « les discours sont faits de signes, mais ce qu'ils font, c'est plus que d'utiliser ces signes pour désigner des choses », il se situe du côté de la matérialité des discours. Pour reprendre une formulation d'Asdal et Reinertsen, la pensée foucaldienne développée dans « L'Archéologie du savoir » (2008 [1969]) invite à prendre en compte le fait que les « mots forment des choses » (Asdal & Reinertsen, 2021 : 221)[6]. Les deux historiennes des sciences et des techniques proposent en effet une lecture alternative d'un Foucault sémiologue et remarquent la tendance en sciences humaines et sociales à la relégation des documents (archives, publications, dossiers) du côté du textuel et du discursif, en opposition et en rupture avec le monde des choses et des pratiques. La pensée foucaldienne offre pourtant un appui théorique solide pour dépasser cette dichotomie entre le textuel et le matériel, puisqu'avec cet auteur : « La façon dont nous écrivons, les concepts que nous développons et employons, les mots que nous utilisons, la manière dont nous formulons les mots et les phrases participent à la formation et à la structuration des choses »[7] (*ibid.* : 212-213). Par ailleurs, cette entrée par la matérialité des discours n'est pas sans lien avec un autre cadre théorique déjà évoqué ici, celui de la *théorie de l'acteur-réseau*, qui influence grandement le champ de l'histoire et de l'anthropologie des sciences, et dont l'enquête ethnographique d'un laboratoire d'endocrinologie étasunien réalisée par Bruno Latour et Steve Woolgar (1996 [1979]) constitue une référence. À travers la notion d'« inscription », qui comprend aussi bien les courbes, les chiffres, les images, les graphiques et les articles produits au sein des laboratoires, la science est appréhendée dans cette étude comme une « arène » littéraire, un lieu où des énoncés se confrontent, s'opposent ou se complètent pour faire advenir et reconnaitre des « faits

[6] "*Words also form things".*

[7] "*How the written, the concepts we develop and employ, the words we use, how we formulate words and sentences, are taking part in forming and formatting things*".

scientifiques », qui circuleront ensuite entre d'autres mains et au sein d'autres textes. Les scientifiques sont quant à eux décrits comme « des écrivains et des lecteurs qui cherchent à se convaincre et à convaincre les autres » (Latour & Woolgar, 1996 [1979] : 89), par le biais d'énoncés dont le contenu s'appuie sur les inscriptions produites par les machines du laboratoire. Ce travail sur les pratiques laborantines routinisées est communément mentionné lorsqu'il s'agit de justifier des apports du *practical turn* à l'anthropologie et à l'histoire des sciences. Pour reprendre les termes de l'historien Christian Jacob, le *practical turn* invite à changer de perspective quant à l'activité savante, en mettant au premier plan non pas « l'idée, mais le processus de sa construction, la manière dont elle est formulée, fixée, communiquée » (Jacob, 2014 : §2). Dans ce cadre, il s'agit moins de s'intéresser : « Au résultat du calcul qu'à la séquence qui l'a produit et aux opérations intellectuelles et graphiques qui constituent cette séquence […]. Les carnets de laboratoires, les plans, les diagrammes, les tableaux, les schémas sont [alors] autant de dispositifs comparables » (*ibidem.*). La notion d'inscription est reprise, dans cette même perspective, aussi bien dans le champ de la sociohistoire de l'enfance[8] que dans celui de l'anthropologie des savoirs et des techniques, où elle sert à l'objectivation et à la circulation des idées autour du développement humain et des standards d'âge.

C'est donc avec cet outillage méthodologique et épistémologique, tiré du cadre foucaldien autour du pouvoir et du tournant pratique en lien avec les STS, que s'éteignît toute possibilité de maintenir dans mon enquête une analyse purement lexicale ou sémiotique des qualificatifs de l'anorexie. Puisque la catégorie renvoie à une nomination des choses attachées à des matérialités discursives et des inscriptions, dont les modalités de production dépendent de valeurs, d'institutions, de pratiques, de gestes appris, transmis ou dévoyés – en somme de dispositifs techniques de production et de diffusion de savoirs sur la personne humaine et les âges de la vie –, analyser les glissements sémantiques de l'anorexie ne suffisait donc plus. Il s'agissait dès lors de comprendre, pour reprendre l'extrait du dialogue imaginé par Vercors entre Sybil et Douglas et cité en incipit, « ce que cela peut faire, au fond », que les personnes dont parlent les psychiatres et les scientifiques soient diagnostiquées hystériques, neurasthéniques ou anorexiques. Et qui plus est, « ce que cela peut faire, au fond », que l'anorexie soit qualifiée d'hystérique ou de mentale, ou qu'elle soit reliée à certains âges spécifiques de la vie allant de la naissance à la puberté. Ces questionnements m'ont finalement

[8] André Turmel définit par exemple dans son ouvrage « Une sociologie historique de l'enfance. Pensée du développement, catégorisation et visualisation graphique » (2013) les « inscriptions textuelles » comme « *tout ce qui comporte des traces, des points, des diagrammes, des numéros, des histogrammes, des figures etc. Il s'agit de la transformation de la matière en écriture, en écriture visuelle la plupart du temps* » (2013 : 70). On y retrouve la centralité pour la production de savoirs, du regard, de la disposition spatiale et de la dimension graphique d'un monde projeté et disposé sur un support graphique.

amenée à interroger la façon dont, entre les années 1870 et le milieu des années 1930, les qualifications de l'anorexie et leurs instabilités contiennent autant les actes de catégorisations de l'anorexie que la matérialité des incorporations de techniques et d'objets par les personnes assignées à cette catégorie. Ceci ne supposait pas de conférer un pouvoir performatif à une nomination, mais plutôt d'en tirer, depuis les apparitions et les multiples références documentaires, discursives, textuelles et iconographiques, le fil des savoirs et des pratiques savantes ayant fait exister l'anorexie et rendu observables les phénomènes biologiques et physiologiques que la catégorie recouvre, suivant son positionnement dans le « champ médical ». La notion de champ médical renvoie ici aux travaux de l'historien de la santé Patrice Pinell (2005, 2009) portant sur la genèse du « champ de la médecine moderne ». Pinell suggère que sur la période allant de la Révolution française aux années 1870, trois « sous-espaces » recoupent le champ médical et le champ scientifique. Il s'agit de l'espace de la médecine clinique (dédiée à la description et au classement des maladies), de l'espace de la médecine sociale (défendant une approche populationnelle de la maladie) et de l'espace des sciences accessoires (c'est-à-dire des sciences biologiques telles qu'elles sont mobilisées par la médecine). En reprenant ce découpage, et bien que notre étude débute après l'année 1870, il s'agit dans ce travail de mettre en lumière, s'agissant de l'anorexie, les modalités de circulation des pratiques et des savoirs entre ces champs, ainsi que l'effet de ces circulations sur la naturalisation des critères cliniques observés.

De la médicalisation à la naturalisation du temps de l'adolescence

Les travaux de sciences humaines et sociales portant sur l'anorexie l'analysent généralement sous l'angle des processus historiques et contemporains de médicalisation des conduites alimentaires, notamment au regard des normes sociales et culturelles de genre, en matière d'esthétique, de santé ou d'excellence scolaire (Darmon, 2008 ; Gremillion, 2003 ; Scodellaro & *al*., 2013), ou bien par le biais d'une historiographie médicale de la notion et de ses diverses cristallisations dans les classifications officielles nationales et internationales (Habermas, 1992 ; Vandereycken & *al*., 1991). D'autres travaux anthropologiques proposent une lecture transculturelle de l'anorexie (Vilhem, 2024a), ou bien font état, suivant les espaces sociaux et matériels, de l'existence de variations et d'invariants dans les façons de vivre subjectivement l'anorexie et de se la représenter (Vilhem, 2024b ; Moreno Pestaña, 2006 ; Warin, 2005). Bien que certaines autrices aient mis en avant les liens historiques entre l'émergence de la catégorie d'anorexie et la photographie médicale (O'Connor, 1995 ; Wilson, 2014), et alors que l'approche par une anthropologie des connaissances et des pratiques médicales a nourri l'étude

de diverses pathologies dites « ordinaires » comme l'athérosclérose (Mol, 2002), ou féminines, comme l'endométriose (Millepied, 2020), peu de travaux en anthropologie des savoirs et en histoire des sciences et des techniques se sont véritablement saisis de la catégorie d'anorexie.

De plus, l'anorexie a été largement appréhendée au prisme des normes sociales et culturelles de genre et de classe, laissant souvent dans l'ombre la question de l'âge. À l'intersection du champ médical et du champ scolaire (Darmon, 2006 ; Scodellaro & *al*., 2017), l'âge – en particulier le temps de l'adolescence – est en effet souvent appréhendé comme un activateur social et genré de l'anorexie. De ce fait, il bénéficie rarement de la même dénaturalisation sociologique que celle à laquelle sont aujourd'hui soumises les catégories médicales de sexe (Gardey & Löwy, 2000 ; Charlap & *al*., 2015 ; Raz, 2019) ou de classe sociale (Lignier, 2012 ; Morel, 2014) chez les enfants. En interrogeant la production médicale de l'anorexie au prisme des pratiques scientifiques et politiques de catégorisation des âges et de standardisation du développement, ce travail de thèse aspire donc aussi à contribuer aux connaissances portant sur la naturalisation des temps de vie féminins, en particulier en lien avec les périodes de l'enfance et de l'adolescence.

Plusieurs travaux d'historiens et d'historiennes mettent en évidence l'historicité des périodes de la vie comme l'enfance (Ariès, 1973 [1960] ; Becchi & Julia, 1998 ; Sirota, 2006a) ou l'adolescence (Di Spurio, 2019 ; Piccand, 2015 ; Thiercé, 1999). D'autres soulignent la manière dont les savoirs médicaux et les techniques d'action sur les corps construisent et naturalisent des différences physiologiques et corporelles entre les sexes (Moulinié, 1998). Ces travaux mettent en évidence la manière dont les scansions légales, juridiques ou sociales des âges s'imbriquent à des techniques de gouvernement de la population et de la sexualité, avec des techniques de régulation des institutions comme celle du mariage (Bozon & Rennes, 2015). En reprenant ces travaux, il est possible de se demander ce qui relève du construit lorsque l'on évoque les âges de la vie. À cet égard, la sociologue Juliette Rennes (2019a) évoque la tendance des sciences sociales à distinguer le caractère construit de l'âge social du caractère inné d'un âge biologique inéluctablement impacté par le temps qui passe. Elle montre pourtant que l'âge biologique n'est pas uniforme. Il se synchronise d'ailleurs assez mal avec l'âge chronologique correspondant au nombre effectif d'années de vie vécues, ou même avec l'âge social renvoyant à des étapes de vie socialement standardisées (études, mariage, profession). Dès le milieu du XIXe siècle, les statistiques sociales ont mis en lumière le fort impact de l'environnement et de la profession sur les corps, en particulier sur les pathologies, leurs rythmes de développement ou de vieillissement. Ainsi, écrit Rennes (2019a : 115) :

« *L'âge biologique est social, non seulement en tant qu'outil de connaissance et de contrôle social historiquement lié au développement de l'âge civil dans le gouvernement des populations, mais aussi parce qu'il porte les empreintes des pratiques et de l'environnement social des individus* ».

L'écueil d'un « tout construit » est ainsi évité par la sociologue, qui précise que ce qui est construit dans l'âge est bien l'âge biologique, et non les processus vitaux. À partir de son travail, nous pensons ici que les processus vitaux de mort, de croissance ou de reproduction ont quelque chose d'irréductible pour l'humain qui relève en quelques manières, comme l'exprime Ian Hacking, d'un « genre indifférent » (Hacking, 2008 [2000]) aux manipulations. Néanmoins et comme le suggère l'anthropologie de la vie et du vivant (Pitrou, 2022, 2024), les processus vitaux sont aussi pleinement orientés, modifiés et modelés par diverses actions techniques humaines, socialement situées, qui visent à agir sur ces processus et à les contrôler. En somme, le vivant n'est jamais fixe, tout comme les manières de le concevoir ou d'agir sur lui. Les processus vitaux sont perpétuellement en interaction avec le social, puisque possiblement orientés, accélérés ou ralentis par le biais d'un ensemble de pratiques rituelles, cynégétiques, agronomiques ou encore médicales et scientifiques. Dès lors, penser l'anorexie au prisme de sa stabilisation autour des périodes de l'enfance et de l'adolescence requiert d'examiner les pratiques savantes et les techniques de gouvernement des processus vitaux reliés à ces temps de vie.

Soulignons enfin ici que l'analyse proposée dans ce travail ne se situe pas au niveau de la vie, mais bien au niveau du vivant. Il s'agit en effet d'interroger les « techniques du vivant » (Pitrou, 2022 : 14) en tant que pratiques d'orientation et de contrôle de phénomènes biologiques, et ceci, à un moment de l'histoire européenne où la question de la vitalité est au cœur de la gouvernementalité, en étayant, par ses critères et ses définitions, une hiérarchisation politique et sociale des corps et des âges. Des travaux comme ceux de Marie Walin (2023) sur l'impuissance sexuelle en Espagne entre 1840 et 1910 montrent combien les normes hiérarchiques de sexe et de sexualité sont aussi des normes de vitalité. La vitalité des jeunes hommes est également au centre de la sélection des conscrits en France (Bozon, 1981). En tant que puissance énergétique, la vitalité est au cœur des institutions politiques européennes du tournant des XIXe et XXe siècles. En France, sous l'impulsion d'une République pétrie par des ambitions d'expansion coloniale et de réformes sociales, la vitalité est une notion qui contient autant les conceptions disciplinaires du vivant, comprenant le dressage des organismes individuels, que les mesures biopolitiques d'un gouvernement statistique de la population

(Boullant, 2009). Dans ce cadre, comment les « techniques du vivant » (Pitrou, 2022) façonnent-elles les normes de la vitalité enfantine et féminine, et quelle place occupent ces normes dans les processus de catégorisation de l'anorexie ?

Afin de répondre à ces questions, la thèse débute avec les premières occurrences de l'anorexie hystérique qui apparaissent dans une période marquée par l'affirmation d'un nationalisme républicain, où la définition d'un soi et d'un autre national est au cœur des modes de gouvernement des États-nations européens (Thiesse, 1999). En particulier, la jeune IIIe République[9] s'engage dès les années 1880 dans de larges réformes hygiénistes, sociales et sanitaires visant à réduire la mortalité infantile ou à contenir la dégénération, et ainsi à assurer une certaine vitalité nationale. Les bornes de l'étude s'étendent ensuite jusqu'au milieu des années 1930, c'est-à-dire au-delà de la « genèse » du diagnostic d'anorexie mentale (Gardier, 2019) communément placée entre 1870 et 1914. Cette extension chronologique vise notamment à prendre en compte, dans l'analyse des frontières de la catégorie médicale d'anorexie, l'effet conjoint des pratiques scientifiques, cliniques et expérimentales qui investissent le vivant dès le deuxième quart du XXe siècle. Notre étude s'arrête donc au milieu des années 1930, à un moment où la densification des connaissances sur le système endocrinien et l'arrivée de pratiques inédites de régulation des hormones sexuelles engagent de fortes transformations théoriques et techniques en matière d'encadrement du vivant humain.

Partant de ces choix théoriques et méthodologiques, ce travail de thèse aspire ainsi à complexifier une approche historique de la catégorie d'anorexie, souvent étudiée au seul prisme de la médicalisation des pratiques alimentaires féminines ou de celle des comportements adolescents. Il interroge comment les différents savoirs scientifiques et médicaux ayant investi les processus biologiques de développement ont rendu visibles des phénomènes vitaux, mais ont aussi contribué à standardiser et à naturaliser ces phénomènes rassemblés dans une catégorie médicale d'âge et de genre. À cette fin, l'étude s'est notamment appuyée sur une enquête documentaire portant sur la « question anorexique ».

Enquêter sur la « question anorexique »

Cette thèse s'appuie sur une analyse documentaire de sources archivistiques (dossiers médicaux, registres d'entrée asilaires et hospitaliers), mais aussi sur l'étude systématique de

[9] Le régime républicain et laïque de la IIIe République française débute en 1870, à la suite de la guerre franco-allemande, et prend fin en 1940 avec l'instauration du régime de Vichy.

plusieurs revues spécialisées et de médecine générale[10]. Ces revues ont été créées et dirigées par des médecins influents dans leur domaine. Cette « base documentaire », pour reprendre un terme utilisé par Bruno Latour (2011), a été complétée par l'étude d'articles tirés de numéros de revues et de périodiques, ainsi que par l'étude de bulletins de sociétés savantes, d'essais médicaux et de thèses médicales[11].

Un terrain historique : la matérialité des documents

Dans une certaine mesure, cette thèse n'aurait pu voir le jour sans le travail d'écriture effectué par les auteurs et autrices[12] des documents étudiés ni sans les activités de conservation réalisées par les administrations publiques et les « travailleurs et travailleuses documentaires » (« *document workers* », Asdal & Reinertsen, 2021 : 58). Loin d'être anecdotique, la dépendance de cette thèse à des activités d'écriture et à des structures de conservation des documents contient là une des spécificités qui caractérise tout travail de sociologie et d'anthropologie historique, celle d'une problématisation, depuis le présent, conditionnée à la gestion institutionnelle du temps passé et de ses matérialités. Ainsi, en me déplaçant, comme l'exprime Claude Grignon, « dans le passé comme on se déplace dans l'espace » (2013 : 3), ce travail m'a demandé non seulement de constituer une enquête depuis des types de données actuellement accessibles, mais aussi de me départir de mes *a priori* sur la période étudiée, tout en m'efforçant, à l'image d'une ethnographie du lointain, de comprendre et de rendre compte de ce que le corps signifiait et recouvrait réellement pour les acteurs étudiés. Cette thèse est donc aussi un travail d'explicitation de ce qui fait, pour les médecins et scientifiques du tournant des XIXe et XXe siècles en France, un corps jugé enfantin, féminin ou pathologique. Les relations entre les disciplines sociologiques, anthropologiques et historiques, et la manière de les articuler ont fait l'objet d'un questionnement tout au long de ce travail. Sans entrer dans le détail de ces questionnements, il m'a été donné de trouver dans un premier temps des éléments de réponse dans la littérature socio-historique invitant à appliquer des problématiques sociologiques à des terrains historiques en prenant en compte les « mécanismes politiques et sociaux de production,

[10] Il s'agit de : *La Presse Médicale* (1893-1937), de *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (1903-1914 ; 1920-1937), du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens* (1870-1920), de la *Revue de Psychiatrie : médecine mentale, neurologie et psychologie* (1898-1914), ainsi que de la *Revue des maladies de la nutrition* (1897-1911). La quasi-totalité des numéros publiés est accessible à la Bibliothèque nationale de France ou à la Bibliothèque interuniversitaire de santé et de médecine de Paris.

[11] La liste complète des sources étudiées est disponible en fin de manuscrit, à la section « Sources documentaires ».

[12] Il s'agit d'ailleurs principalement d'auteurs puisque l'accès des femmes françaises aux études de médecine reste limité jusque dans les années 1930 (Pigeard-Micault, 2013). Certaines femmes exercent bien la médecine sur la période étudiée (Madeleine Brès, Alice Sollier), mais leurs travaux sur l'enfance ne mentionnent pas directement de cas d'anorexie. Ce qui fait majoritairement de l'observation clinique de l'anorexie chez les femmes et chez les enfants, par des médecins hommes, un phénomène relevant de rapports de genre et d'âge.

de conservation, de sélection des documents » (Israël, 2012 : 171). Mais c'est surtout depuis une réflexion tirée de l'anthropologie des savoirs et la sociologie des sciences que j'ai bâti un positionnement réflexif quant à la matérialité des documents et aux limites de leurs contenus.

Suivant une approche méthodologique conférant un pouvoir d'action à la matérialité des documents (archives, publications, iconographies), Kristin Asdal et Hilde Reinertsen (2021) présentent dans leur ouvrage axé sur la « méthode documentaire tournée vers la pratique » (« *practice-oriented method* ») deux cadres méthodologiques[13], sur lesquels je m'appuie pour circonscrire mon étude de la « question anorexique ». Il s'agit de celui du « document issue » et du « document work ». Le « document issue »[14] invite à interroger le type de problématique impliquée dans les documents analysés, en identifiant la manière dont les documents contribuent à produire et à modifier les termes dans lesquels les problématiques sont traitées. Mon enquête vise ainsi à identifier la façon dont la « question anorexique » a été fabriquée au sein de diverses arènes littéraires et scientifiques. Le « document work »[15] est quant à lui un concept qui invite à interroger le « travail de modification » (« *modifying work* ») réalisé par les documents étudiés, et ceci, quelle que soit leur nature. Il est pour cela question de saisir comment les documents (archives, publications, iconographies) abordent un problème et lui donnent forme et ainsi modifient ou stabilisent ce problème au sein d'un tissu d'acteurs scientifiques ou de la société civile. À partir de l'étude d'un rapport d'expertise norvégien portant sur les enjeux environnementaux nationaux, Kristin Asdal (2015) a par exemple montré que les documents officiels traitant de cette question modifient, par des stratégies littéraires et rhétoriques, les contours mêmes de ce que serait la pollution. En s'appuyant sur ces travaux, mon travail d'enquête retrace donc la manière dont la « question anorexique » a été « travaillée » *par* et *dans* les documents médicaux et scientifiques, tout en étant constituée comme une catégorie médicale relative au développement humain, durant l'enfance.

Saisir une catégorie en construction

Une des difficultés centrales de cette enquête réside dans la délimitation d'une catégorie en construction. En effet, sur la période étudiée, la catégorie d'anorexie n'est pas entièrement stabilisée ni même consignée dans des nomenclatures officielles comme celles proposées dans

[13] Elles identifient six cadres : document work, document issue, document sites, document texts, document tools, document movements.

[14] Notion que nous pourrions traduire par « question documentaire ».

[15] Notion que nous pourrions traduire par « travail documentaire ».

le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM)[16] ou dans « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM)[17]. Il m'a donc d'abord fallu définir ce qui se référait ou non à la catégorie d'anorexie en termes de critères sociaux ou cliniques. Ceci a nécessité de se positionner quant aux divers types de sources étudiées (textes officiels, essais, thèses), ainsi que de décider à l'intersection de quels types de savoirs (scientifiques, profanes, religieux, expérientiels) placer mon regard.

En enquêtant sur la « question anorexique », il s'est donc agi de récolter des données se référant explicitement à l'anorexie, mais aussi de se laisser la possibilité d'introduire dans l'enquête, puis dans l'analyse, des données relatives à certains phénomènes biologiques ou critères cliniques observés par les médecins et scientifiques, évoquant des thématiques et enjeux médicaux proches de l'anorexie, mais pour lesquels la catégorie d'anorexie n'est pas directement mentionnée. Cela concerne notamment certaines descriptions médicales de cas d'hystérie ou de délires et de manies, au sein desquelles les médecins identifient des comportements de refus de nourriture ou des amaigrissements prononcés, associés à un arrêt des règles.

Par ailleurs, selon une étude récente de l'INSERM[18], l'anorexie est communément et médicalement observée de nos jours chez des filles ayant entre huit ans et dix-huit ans. Pourtant, des cas cliniques d'anorexie sont aussi rapportés chez les enfants et les nourrissons (Cascales, 2013). Devais-je donc sélectionner les cas cliniques se rapportant à l'une ou l'autre de ces prévalences d'âge et de genre, au risque d'appliquer sur ma période une conception anachronique des critères de la catégorie d'anorexie ? Devais-je aborder l'anorexie dans son ensemble, en effaçant pour un temps ces limites d'âge, au risque de diluer mon enquête dans une variété de cas et de descriptions cliniques ? Le cas de l'anorexie du nourrisson est d'ailleurs ici particulièrement représentatif de cette tension, puisqu'au cours de ce travail, certains praticiens contemporains m'invitaient, lors de nos échanges au sujet de ma thèse, à ne pas oublier la « réalité clinique » des anorexies du nourrisson, tout en soulignant la différence de nature qui distinguerait cette forme d'anorexie de celle observée chez les adolescentes. À l'aune

[16] La première version du DSM apparait en 1952. L'anorexie y est classée dans les réactions gastro-intestinales psychophysiologiques. Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I), « 006-580 : Psychophysiologic gastrointestinal reaction », p. 30 [en ligne] https://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf (page consultée le 28/03/2024).

[17] La Classification internationale des maladies (CIM) désigne initialement un répertoire statistique des causes de décès conçu à partir de l'année 1891 par le statisticien Jacques Bertillon. Voir à ce sujet : Garrabé, 2013.

[18] INSERM. (2020). « Anorexie mentale : Un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie » [en ligne] https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/#:~:text=L'anorexie%20mentale%20se%20d%C3%A9clenche,plus%20tard%2C%20apr%C3%A8s%2018%20ans. (page consultée le 14/04/2024).

de ces différents éléments, j'ai finalement choisi dans ce travail de prendre le second risque, à savoir celui de l'étude de la « question anorexique » dans toutes ses variations d'âge. Ceci consistait surtout à intégrer dans l'analyse les cas féminins, mais aussi les cas masculins, ainsi que ceux situés en dessous ou au-dessus des limites d'âge de huit à dix-huit ans.

Enquêter sur la question anorexique impliquait par ailleurs d'intégrer les observations cliniques d'amaigrissements prononcés, qu'ils soient directement associés ou non par les médecins à de l'anorexie. En s'appuyant sur la démarche défendue par Bruno Latour, Michel Callon et Madeleine Akrich à partir du « principe de symétrie »[19], ce travail d'enquête inclut en effet autant les « vainqueurs » que les « vaincus » (Latour & *al*., 1996 : 21-22) dans le combat de la classification de l'anorexie. En d'autres termes, il prend en compte dans l'analyse autant les discours scientifiques autour de l'anorexie qui ont perduré dans le temps, que ceux plus passagers, qui sont rapidement tombés dans l'oubli. Une telle approche a notamment pour vertu de concentrer l'analyse sur la façon dont les médecins ont « manipul[é] des données biologiques pour les articuler à des classifications sociales des âges et des temps de l'existence » (Voléry & Balard, 2021 : 12), qui ne correspondent pas en tout point, ni pour toutes les professions médicales, aux mêmes bornes d'âges chronologiques[20].

Enfin, cette entrée par la « question anorexique » m'a amenée dans le cadre de mon étude de la presse médicale à me tourner vers des ouvrages et des articles traitant aussi bien directement de la question de l'anorexie qu'indirectement, ou en des termes différents. J'ai ainsi sélectionné des ouvrages médicaux abordant les grandes classifications psychiatriques, comme l'hystérie et les maladies nerveuses, ou les troubles de la nutrition et de la croissance. J'ai également fait le choix d'inclure dans mon étude des textes qui proposent des terminologies de l'anorexie qui ne seront pas retenues au long cours, comme celle par exemple de la « psychopathie gastrique »[21] conceptualisée par Paul Sollier, ou celle de la « dyspepsie neurasthénique des adolescents » formulée par Louis Bergougnian[22].

---

[19] Cette théorie repose en partie sur la généralisation du « principe de symétrie » initialement élaboré par David Bloor dans le « programme fort ». Bloor invite dans son programme « à faire appel au même type de causes pour expliquer les croyances vraies et les croyances fausses, le succès et l'échec, les vainqueurs et les vaincus des controverses scientifiques » (Claisse & Balancier, 2008 : 144-145). Dans le champ des *Sciences and Technology Studies*, les auteurs comme Michel Callon, Bruno Latour et Madeleine Akrich reprennent ce principe qu'ils généralisent, et à partir duquel ils fondent la *théorie de l'acteur-réseau*. Cette approche conduit à étudier les conditions de production des savoirs et les intérêts des acteurs humains et non-humains dans la définition et le maintien de certains objets scientifiques.

[20] Pour un aperçu des définitions médicales données aux âges de la vie, voir en Annexe 1 le « Tableau des définitions des bornes d'âge ».

[21] Sollier, P. (1910), « Les anorexies nerveuses », *Journal de neurologie*, nº15, p. 201-210.

[22] Bergougnian, L. (1903). « La cure d'Évian dans les maladies infantiles », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº4, p. 149.

Les limites de l'enquête et leur dépassement

Pour des raisons de clarté et de circonscription de l'objet, trois limites ont dû être posées à cette enquête. La première limite concerne les champs et les discours pris en compte dans l'étude. Comme cela a déjà été évoqué précédemment, plusieurs auteurs (Brumberg, 2000 ; Bynum, 1987 ; Darmon, 2008 ; Maître, 1999, 2000) ont questionné les phénomènes de *continuité* entre l'anorexie mentale et l'anorexie dite mystique. Dans cette perspective, l'anorexie mentale, dont les premières descriptions émergent à la fin du XIXe siècle, est pensée soit en continuité soit en rupture épistémologique avec des pratiques religieuses de jeûne extrême, valorisées par l'Église chrétienne depuis le XIIe siècle. Dans le cadre de mon étude, j'ai fait le choix de ne pas inclure ces débats, qu'ils soient historiques ou contemporains, et ceci pour deux raisons. La première raison relève des enjeux historiques propres à la laïcisation des institutions sur le territoire français. Réalisant ma thèse au sein de l'université de Strasbourg, je me suis, dans un premier temps, tournée vers les archives hospitalières et asilaires de cette ville. Or en matière de laïcité, ce territoire se caractérise par de multiples spécificités locales[23], liées notamment à son appartenance entre 1871 et 1914 à l'Empire allemand. L'étude de la place des discours et des interprétations religieuses dans l'émergence de l'anorexie mentale aurait donc demandé de produire un travail comparatif entre les territoires, qui aurait pu donner lieu en lui-même à un travail de thèse. La seconde raison, conséquence de la première, est qu'une étude sérieuse des relations et des points de recouvrement entre anorexie mystique et anorexie mentale aurait exigé une analyse approfondie des interrelations organisationnelles et discursives entre le champ médical et religieux. Sans totalement occulter l'influence des idées religieuses dans les classifications et les traitements psychiatriques (Goldstein, 1997 ; Guillemain, 2006b), j'ai néanmoins choisi dans cette enquête de porter principalement mon regard sur les espaces d'interactions entre les spécialités médicales, et non entre le champ médical et religieux. Ce choix m'a d'ailleurs amenée à m'intéresser principalement aux archives des établissements thérapeutiques et éducatifs publics et privés séculiers, et à exclure de l'enquête les établissements religieux, aussi bien sanitaires qu'éducatifs[24].

[23] À la suite de la défaite de la France contre la Prusse en 1871, et ce, jusqu'à la Première Guerre mondiale, l'Alsace est un territoire allemand. Au moment de l'instauration de la loi du 9 décembre 1905 de séparation des Églises et de l'État, le territoire ne fait donc pas partie de la France. Par ailleurs depuis la loi du 1er juin 1924 « mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », les principes de séparation des Églises et de l'État s'appliquent selon des règles locales propres au territoire (voir : Legifrance, https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006069443).

[24] En effet, à cette période, les acteurs publics républicains et les acteurs religieux se disputent l'encadrement de la jeunesse (Poujol, 2005). Ce bras de fer se traduit du côté républicain par le vote de lois de laïcisation de l'école (lois Jules Ferry), mais aussi par l'ouverture de nombreuses structures publiques et religieuses d'accueil des enfants, censées lutter contre la mortalité infantile par l'hygiène (Knibiehler, 2004), ainsi que par la multiplication de mouvements d'éducation populaire.

La deuxième limite apportée à cette enquête concerne le type de sources documentaires prises en compte dans ce travail. J'avais initialement pour objectif d'inclure dans mon enquête le dépouillement de titres de revues de presse féminine. Ceci devait me permettre d'accéder aux manières avec lesquelles les questions de poids ou de développement psycho-sexuel, voire d'anorexie, pouvaient être abordées dans la sphère profane et domestique, et ainsi, de pouvoir retracer la circulation des savoirs médicaux autour de ces questions, au-delà de la sphère professionnelle. Toutefois, ces sources, foisonnantes, me sont vite apparues difficiles à articuler avec mon objet. L'étude des revues féminines tendait en effet à m'éloigner d'une histoire scientifique de la question anorexique au profit d'une histoire sociale et culturelle de l'anorexie. Une histoire de ce type a déjà été produite par Joan Brumberg (2000), mais aussi, dans une certaine mesure, par Jacques Maître (1999, 2000) qui analyse les « façons anorectiques d'être au monde »[25], ou encore par Muriel Darmon (2001) qui étudie le vecteur de la polarité culturelle de la niche écologique de l'anorexie à la fin du XIXe siècle. Cela n'exclut néanmoins pas l'insertion dans cette étude de l'analyse de quelques pages de réclames issues de la presse générale et féminine, en particulier lorsque j'aborde la confluence des intérêts médicaux et industriels autour de ce que j'identifie comme un « marché du renforcement » au début du XXe siècle.

Enfin, la troisième limite concerne conjointement les types de sources et la nature des discours récoltés. La parole des personnes anorexiques apparait en effet très peu dans les sources médicales au tournant des XIXe et XXe siècles. Une approche par la littérature « de l'intime » (Artières & Vérillon, 2022) aurait permis d'accéder plus directement à la subjectivité des malades, ainsi qu'à leur expérience du jeûne ou de la perte d'appétit. Une telle entreprise s'est cependant révélée méthodologiquement (et temporellement) assez difficile à mettre en œuvre. En effet, si des lettres ou certains journaux intimes de la fin du XIXe siècle ont été publiés[26], ces écrits ne se démocratisent que plus tard, et la conservation de ces documents, notamment lorsqu'ils sont rédigés par des femmes, est rare (M. Perrot, 2001). Les sources sont donc restreintes. Par ailleurs, il y avait, à mon sens, peu de chance que les autrices de journaux intimes se réfèrent explicitement à cette catégorie médicale encore largement méconnue du grand public, ainsi que des administrations psychiatriques et asilaires de l'époque. L'étude des journaux intimes aurait donc demandé de constituer un corpus de textes épars, au sein duquel

[25] Jacques Maître décrit cette notion par un ensemble de pratiques ascétiques (alimentaires, sportives, corporelles) entraînant une mise à distance des caractéristiques féminines associées à la « transmission de la vie ».

[26] Par exemple : Weiler, A. (1994). *Journal d'une jeune fille mal dans son siècle ; 1840-1859* (texte établi par Nicolas Stoskopf ; préface Philippe Lejeune), Strasbourg : La Nuée Bleue.

traquer les passages portant sur l'alimentation, et éventuellement sur la question anorexique. Parallèlement à une étude minutieuse des revues féminines, une telle démarche aurait certainement été fructueuse pour saisir l'incursion dans le quotidien des filles et des femmes[27], d'une part, des savoirs scientifiques autour de l'alimentation, et d'autre part, des nouvelles catégories médicales, mais aussi pour identifier l'interprétation sociale des comportements de restriction alimentaire ou encore les usages que les femmes et les filles font de ces savoirs et catégories[28]. Mais comme pour le champ religieux, cette approche tendait, à mon sens, à trop m'éloigner de l'étude des pratiques et des savoirs scientifiques impliqués dans la production de l'anorexie, au risque de perdre de vue l'historicisation de la production médicale de cette catégorie, en faveur d'une histoire des normes de genre et des pratiques corporelles féminines déjà largement balisée (P. Perrot, 1984 ; Shorter, 1982 ; Vigarello, 2007).

La question de la subjectivité des filles et femmes qualifiées d'anorexiques n'a cependant pas totalement échappé à mon travail d'enquête. Certaines descriptions cliniques comportent des bribes de déclarations et de paroles formulées par les malades lors de consultations médicales. Bien que ces paroles aient été rapportées par les observateurs au sein de dossiers médicaux ou d'articles scientifiques – et qu'elles demandent de ce fait d'être interprétées avec précaution –, elles nous renseignent dans une certaine mesure sur la façon dont les malades prises en charge dans des établissements de santé vivent leurs symptômes et leur assignation à la catégorie d'anorexie. De plus, de manière à contourner au mieux l'absence de sources directes, la question de la subjectivité est saisie dans ce travail par le biais d'une étude des supports matériels (objets, inscriptions) d'élaboration du sujet. Je m'appuie pour cela sur les apports de Marcel Mauss (1993 [1934]) concernant les « techniques du corps », ainsi que sur les diverses lectures et actualisations théoriques de la culture matérielle proposées par le groupe « Matière à Penser » (Julien & Rosselin, 2009 ; Warnier, 2022), mais aussi sur les travaux adoptant une lecture maussienne des corps savants (Bert, 2022, 2023). De ce point de vue, la thèse propose une réflexion anthropologique sur ce qui fonde l'« efficacité » technique (Mauss, 1993 [1934] ; Sigaut, 2003) des interventions médicales et éducatives destinées, dans le cadre du diagnostic

[27] Les savoirs médicaux et scientifiques abordant les âges de la vie distinguent communément les « filles » (une catégorie associée aux périodes de l'enfance) des « femmes » (désignant les filles devenues adultes). Il en est de même pour la division garçons/hommes. Dans l'ensemble de la thèse, je reprends ainsi ces termes de manière à situer les catégories de genre et d'âge auxquelles se rapportent les documents étudiés.

[28] C'est d'une certaine manière ce que propose Juan Luis Moreno Pestaña (2006, 2016) lorsqu'il étudie les manières avec lesquelles, de nos jours, les filles et les parents se réfèrent différemment à la catégorie d'anorexie selon leur classe sociale et leur proximité avec le vocabulaire médical.

et des thérapeutiques de l'anorexie, à l'incorporation de sensorialités et à l'apprentissage de techniques alimentaires.

Une étude des « seuils diagnostiques » de l'anorexie

Le fil rouge de ce travail consiste à se demander comment la définition de la catégorie médicale d'anorexie s'imbrique à des « interventions » médicales, éducatives et thérapeutiques, de contrôle et de régulation des phénomènes biologiques liés aux processus vitaux de « développement », comprenant la croissance, la maturation, la puberté et la reproduction. La notion de développement fait ici référence aux diverses conceptions scientifiques débattues tout au long du XIXe siècle dans les sciences biologiques (Canguilhem & *al*., 2003 [1962]), et comprenant autant l'observation et la définition des processus de maturation embryonnaire et individuelle, que les dynamiques de transmission héréditaire de caractères physiologiques et morphologiques au cours des générations. La thèse propose ainsi d'étudier la production des « seuils diagnostiques » de l'anorexie au regard de ces pratiques matérielles et discursives de catégorisation.

Par « seuils diagnostiques », j'entends ici les faits et les limites quantitatives et qualitatives, à partir desquels certaines manifestations physiques, morphologiques ou encore certaines conduites sont observées, identifiées, classées par différentes professions médicales et divers savoirs scientifiques comme relevant de l'anormal, du non sain, ou encore du pathologique. En d'autres termes, j'interroge ici à partir « d'où », « de quoi », « de quand » ou encore « chez qui », les médecins diagnostiquent l'anorexie. Je fais notamment l'hypothèse que ces pronoms interrogatifs renvoient, dans le champ médical, à l'observation de phénomènes corporels quantitatifs et qualitatifs, ainsi qu'à des faits et des limites identifiés depuis des catégorisations du social et des manipulations de données biologiques. En somme, j'avance que ces interrogations se réfèrent à des « seuils diagnostiques » de l'anorexie à partir desquels les savoirs sur la maladie fondent la catégorie, mais aussi, en retour, participent pleinement aux catégorisations médicales genrées et des âges de la vie, ainsi qu'à leur naturalisation. Il est possible à cet effet de se demander à partir de quels signes cliniques et de quel âge chronologique est diagnostiquée l'anorexie, et en quels termes. Mais aussi d'interroger ce que recouvre le fait que l'anorexie soit une catégorie principalement appliquée aux filles adolescentes ou aux enfants et nourrissons des deux sexes.

Cet écheveau d'interrogations rappelle ici la richesse théorique, mais aussi les impasses analytiques d'une volonté pour les sciences sociales de distinguer une fois pour toutes, le naturel

du non-naturel, en matière de sexe. Sans reprendre les larges débats qui traversent les études de genre quant à la pertinence analytique de l'usage privilégié de la notion de genre ou de sexe[29], je me positionne ici – en m'appuyant sur le texte introductif de l'ouvrage « L'invention du naturel » de Delphine Gardey et Ilana Löwy (2000) – en faveur d'une analyse de la catégorie d'anorexie comme d'une catégorie de « genre ». La notion de genre ne désigne donc pas dans la thèse une traduction culturelle de données biologiques féminines innées, mais un processus perpétuel de bi-catégorisation – du côté du féminin ou du masculin – de données biologiques instables et multiples.

De ce point de vue, Jean-Christophe Coffin souligne que la période de la IIIe République est marquée par un « nouveau partage entre les sexes » (2000 : 161) redistribuant les signes pathologiques de folie entre le genre féminin et masculin. Elsa Dorlin (2008) suggère quant à elle que la crise des modèles médicaux en matière de classification des pathologies du féminin et du masculin constitue un dispositif de savoir et de pouvoir historique qui permet, par les mutations qu'il induit dans et sur les corps, de faire se perpétuer un ordre social bi-catégoriel et hétérosexuel. À partir de ces travaux, le « genre » renvoie donc dans cette thèse à un ensemble de normes et de standards, orchestrés par des techniques de pouvoir ainsi que par des pratiques matérielles et discursives de catégorisation des individus et de normalisation de leurs corps. Notre étude des « seuils diagnostiques » de l'anorexie se décline ainsi en une étude de la production d'une catégorie de genre, entendue comme le produit d'un travail social du biologique, c'est-à-dire d'un travail de stabilisation de l'instabilité du vivant, pour construire du « sexe ». En d'autres termes et pour reprendre la formulation d'Elsa Dorlin, il ne s'agit pas de faire une critique du nominalisme du genre renvoyant à un état biologique, mais bien une critique des dispositifs par lesquels ce « nominalisme se fait passer pour une traduction exacte » de ce qui serait « naturel » ou « normal » (Dorlin, 2008 : 58). Cette traduction consiste le plus souvent en un rabattement de l'opposition féminin/masculin sur les catégories biologiques femelle/mâle, mais aussi en ce que les « traits sexués » (caractères sexuels secondaires, organes génitaux), qui, bien qu'ils ne déterminent pas l'entièreté de l'organisme (Touraille, 2011a), sont interprétés médicalement comme le tout du « corps genré », comprenant la sexualité (conduites, orientation sexuelle), les « traits genrés » (la modélisation sociale des traits sexués) et la capacité de procréation. De cette manière, notre étude des seuils de l'anorexie est aussi une étude des « seuils d'âge » de la catégorie diagnostique, puisque le rabattement du

[29] Pour une synthèse de ces débats, voir par exemple : Théry, 2007.

féminin/masculin sur les catégories femelle/mâle s'insère dans des observations, des discours et des cadres scientifiques visant à standardiser les temps d'inscription des corps dans un sexe et une sexualité.

À un moment où la question évolutive et reproductive est au cœur des pratiques biopolitiques, le « sexe » devient au XIXe siècle un lieu d'« accès à la fois à la vie du corps et à la vie de l'espèce » (Foucault, 2014 [1976] : 192). L'enjeu central de ce travail consiste donc à mettre au jour la manière dont l'articulation des « seuils diagnostiques » de l'anorexie, en tant que catégorie d'âge et de genre, tend à inscrire les corps enfantins et adolescents dans un temps de vie et dans un sexe contrôlé. Les manifestations corporelles et temporelles, mais aussi les frontières du pathologique et du physiologique, constituent alors les cibles de ce contrôle du « bon » développement sexué et sexuel. Au fil de l'analyse, le concept de « seuil » permet donc de mettre en évidence les dynamiques politiques, scientifiques et techniques, ainsi que les diverses limites légales, juridiques et institutionnelles de définition des âges et du genre qui sont mises en dialogue, se recoupent ou s'opposent, au sein des diverses catégorisations médicales de l'anorexie sur la période étudiée.

Un parcours en quatre mouvements

Le cours de la démonstration suit quatre mouvements : d'abord de problématisation de l'émergence de la question anorexique dans les savoirs médicaux et scientifiques relatifs à l'enfance et à la puberté féminine (partie I) ; puis d'étude de l'identification de l'anorexie, par la psychiatrie et la psychologie du développement, telle une pathologie féminine se déclarant principalement moment de l'adolescence (partie II) ; ensuite d'analyse de la stabilisation de la catégorie autour des temporalités corporelles féminines de croissance et de maturation sexuelle (partie III) ; et enfin d'interrogation des classifications sociales et médicales de l'anorexie, depuis l'étude des techniques corporelles et de soi (partie IV).

En croisant les apports d'une anthropologie historique des pratiques savantes et des techniques, avec ceux d'une sociologie des âges de la vie, du genre et du corps, la première partie de ce travail reprend de manière plus approfondie les réflexions présentées dans cette introduction. Elle délimite la démarche théorique et méthodologique de l'enquête et des analyses proposées dans la thèse. Le chapitre 1 aborde, d'abord, le cheminement de l'enquête ainsi que la constitution du terrain documentaire. Il explicite, ensuite, l'apport du concept de « seuils diagnostiques » pour étudier l'observabilité médicale et scientifique de l'anorexie, ainsi que son passage d'un statut de symptôme à celui d'une catégorie médicale d'âge et de genre. Le

chapitre 2 met en lumière l'intérêt, pour l'étude de notre objet, de croiser une approche foucaldienne des « dispositifs » de « biopouvoir » (Foucault, 2004b) avec une étude des systèmes socio-techniques de standardisation des âges de la vie et de « coordination » d'acteurs médicaux et éducatifs autour du développement de l'enfant (Turmel, 2006, 2013). Il replace ainsi la problématique des « seuils » de l'anorexie au sein des enjeux politiques de surveillance et de standardisation du développement contenus dans la production scientifique et médicale d'échelles et de tableaux de croissance et de maturation. Enfin, il précise la manière dont les seuils diagnostiques de l'anorexie sont analysés dans la thèse comme des seuils d'âge et de genre découlant d'opérations médicales – c'est-à-dire d'opérations de mesure, d'objectivation, de mise en chiffres et en série de cas, ou de comparaison – préfigurant l'inscription des corps dans un sexe.

La deuxième partie de ce travail amorce le parcours analytique des « seuils » de l'anorexie au regard des matériaux récoltés au cours de l'enquête. Elle s'organise autour des récits médicaux de l'anorexie produits par la médecine clinique, en psychiatrie neurologique et en psychologie du développement. Le chapitre 3 interroge la production de « seuils esthétiques de genre » et de « sexualisation » de l'anorexie par la psychiatrie neurologique, laquelle s'appuie sur des pratiques instrumentales d'enregistrement et de visualisation des corps. Il met en avant la façon dont les médecins ont observé et ont rendu visible la pathologie anorexique à travers un quadrillage expert des corps féminins, dont les lignes et leurs intersections guident le regard clinique. Le chapitre 4 se concentre sur la fixation de ces seuils esthétiques de genre et de sexualisation autour d'une *chronologisation* des maladies mentales féminines. Il met en avant l'influence, sur la définition des critères cliniques de l'anorexie, du passage d'un modèle de l'hérédité morbide à un modèle plus développemental de la maladie. Ce dernier modèle appréhende, entre autres, les troubles développementaux comme des réactions psychiques à des évènements biologiques ou sociaux qui seraient survenus durant l'ontogenèse, allant de la conception à la pleine maturation de l'organisme. Dans ce cadre, l'adolescence acquiert le statut de temps de vie « critique », justifiant, en particulier chez les filles, une surveillance médicale et éducative accrue.

La troisième partie de ce travail étudie plus en profondeur ce que recouvre le passage d'un modèle héréditaire à un modèle chronologique dans la définition des seuils de l'anorexie. Le chapitre 5 met en avant l'édification, à la fin du XIXe siècle, de « seuils métaboliques » d'âge et de genre par la médecine psychiatrique et psychophysiologique. Il montre que la question anorexique a été travaillée depuis une approche énergétique du vivant et de la maladie mentale,

les connaissances en thermodynamique orientant autant la conception des relations entre le corps et la psyché, que les savoirs produits en psychiatrie et en psychologie sur le développement. L'anorexie est notamment classée parmi les pathologies de la fatigue, et ses signes cliniques sont lus comme des manifestations d'un déséquilibre métabolique d'ordre énergétique, spécifique aux phénomènes vitaux de croissance et de maturation durant l'enfance et l'adolescence. Dans le sillage du chapitre précédent, le chapitre 6 aborde la production de « seuils de croissance » de l'anorexie par la pédiatrie et la médecine infantile du début du XXe siècle. Il montre que les observations de cas d'anorexies infantiles et juvéniles sont formalisées par des dispositifs statistiques et anthropométriques d'évaluation de l'état de santé de la population enfantine et adolescente. Ces dispositifs dépassent le strict cadre de la maladie mentale et s'étendent à des pratiques d'encadrement de l'enfance anormale et de gouvernement de la population. Dès le début des années 1920, avec l'étoffement des connaissances du système hormonal, les seuils de croissance s'articulent aux seuils métaboliques de l'anorexie. Ceci complexifie l'observabilité de l'anorexie, en ajoutant à l'observation et la standardisation des processus vitaux de nutrition ceux des processus biochimiques, endocriniens et glandulaires, impliqués selon les psychiatres et pédiatres dans les phénomènes de croissance et de maturation organique et sexuelle.

La quatrième et dernière partie de ce travail étudie la façon dont les seuils diagnostiques de l'anorexie ont été travaillés par la matérialité des thérapeutiques et des lieux de prise en charge et de soin des malades. Le chapitre 7 se concentre sur les métamorphoses du « traitement moral », avec l'émergence à la fin du XIXe siècle de savoirs et de nouvelles pratiques thérapeutiques centrées autour des processus psychologiques de suggestion. Il met en avant l'effet de la formalisation de la pratique psychothérapeutique sur l'émergence d'un « sujet anorexique », et suggère que les pratiques d'isolement et de réalimentation thérapeutiques représentent des techniques disciplinaires visant l'apprentissage de techniques du corps et l'incorporation par les malades de sensorialités alimentaires. De cette manière, le chapitre identifie la formulation de « seuils de rendement » économiques et sociaux de l'anorexie. Ces « seuils de rendement » désignent notamment l'efficacité des thérapeutiques perçue par les médecins, quant à la capacité des sujets à se soumettre à l'autorité médicale, puis, à l'issue de ces thérapeutiques, aux attentes sociales de genre. Enfin, le chapitre 8 tente de répondre à la question de savoir dans quels espaces de soin les anorexiques ont été prises en charge. Pour cela, il interroge plus précisément la variable de la classe sociale dans la délimitation des « seuils de rendement » de la catégorie. Le chapitre suggère ainsi que l'application des

diagnostics d'anorexie aux filles et femmes de classes aisées est à discuter au regard de l'essor, au début du XXe siècle, d'un marché de la santé favorisant des pratiques corporelles et sanitaires de distinction. Il montre que le diagnostic d'anorexie tend à être posé chez des personnes pour lesquelles l'investissement sanitaire est élevé sur le plan économique, social et symbolique. Par le biais de pratiques corporelles et thérapeutiques de pouvoir visant une normalisation des processus métaboliques et des conduites alimentaires, le diagnostic d'anorexie est ainsi posé au regard de la capacité des malades à s'engager dans des techniques de « soi ». Enfin, le chapitre étudie le rôle des acteurs de la psychologie expérimentale et de l'hygiène mentale dans le classement de l'anorexie parmi les troubles nerveux issus d'une désadaptation des sujets à leur environnement.

Au fur et à mesure de notre cartographie des instruments, des acteurs et des savoirs impliqués dans la définition de la question anorexique, les « seuils diagnostiques » de la catégorie se multiplient, varient ou s'entrecroisent, entraînant ainsi l'émergence de nouvelles catégorisations de l'anorexie ou bien la disparition d'anciennes. Par exemple, l'anorexie du nourrisson apparait dans les années 1910, alors que l'anorexie hystérique s'efface des classifications psychiatriques. Cette cartographie suggère également que la question anorexique constitue pour les médecins une caisse de résonnance des incertitudes qui entourent le développement des populations, pensées en tant qu'ensemble d'individus et en tant qu'espèce, et qu'elle devient ainsi, au début du XXe siècle, une catégorie médicale au service d'une médecine des âges fortement engagée dans le gouvernement de ces incertitudes.

PREMIÈRE PARTIE
Une cartographie des acteurs, des savoirs et des pratiques

Cette première partie est consacrée à l'exploration des divers acteurs, savoirs et pratiques impliqués dans la production et la circulation de la question anorexique, qui émerge dès le début des années 1870 et jusqu'au début des années 1930 comme un objet scientifique et médical.

Le premier chapitre pose les jalons théoriques et méthodologiques de l'enquête et des analyses proposées dans la thèse. Il met en avant les étapes clés de collecte des diverses sources documentaires étudiées. Il explicite ensuite les apports, pour notre objet, d'une démarche cartographique, non pas au sens géographique, mais plutôt au sens topologique, aspirant à situer les pratiques et les savoirs qui gravitent autour des phénomènes corporels, biologiques et physiologiques relatifs au développement. Cette démarche est tirée des réflexions ouvertes par Christian Jacob autour des « lieux de savoir » (Jacob, 2007, 2011), qui sont ici saisis comme autant d'acteurs, d'instruments, de pratiques, d'espaces matériels et corporels ou d'« arènes » scientifiques et littéraires (Latour & Woolgar, 1996 [1979]) depuis lesquels la question anorexique a été « travaillée ». Le chapitre expose, enfin, les apports théoriques du concept de « seuils diagnostiques » dans notre étude de la production de la catégorie d'anorexie. Le deuxième chapitre précise notre problématisation des « seuils diagnostiques » de l'anorexie, au regard des enjeux politiques et scientifiques liés au gouvernement de l'enfance et à la régulation de la puberté féminine. Il explicite l'intérêt d'étudier la production des « seuils » de l'anorexie à la confluence, d'une part, des dispositifs biopolitiques d'observation et de mesure des corps enfantins, et, d'autre part, des systèmes socio-techniques de visualisation et de standardisation des processus vitaux de développement.

Cette première partie évoque ainsi une pluralité de disciplines scientifiques et médicales, d'acteurs et d'espaces, qui fournissent, tout au long de cette thèse, des points d'éclairage à partir desquels il nous semble possible d'étudier les pratiques savantes, mais aussi les techniques corporelles participant à la production des « seuils diagnostiques » de la catégorie médicale d'anorexie.

Chapitre 1 – La production documentaire et corporelle de l'anorexie

---

> « *L'anthropologie des savoirs devient historique lorsqu'elle s'appuie sur la médiation des traces et des sources permettant d'identifier les acteurs, de reconstruire leurs pratiques, leur environnement matériel et social. Il s'agit alors d'appliquer le protocole d'observation anthropologique aux sources documentaires, de les corréler, de les confronter pour reconstituer la fabrique des savoirs dans un lieu et à un moment donnés* ».
>
> (Jacob, 2014c : 20)

Dans sa dimension historique, l'anthropologie des savoirs repose, comme l'énonce Christian Jacob dans la citation reproduite ci-dessus, sur une étude privilégiée des traces et des sources documentaires de diverses natures (archives, publications, iconographies). Sa réflexion programmatique portée sur les « lieux de savoir » (Jacob, 2007, 2011) propose ainsi de reconstituer les constellations au sein desquelles les savoirs et leurs objets prennent forme, circulent, sont débattus, se transforment ou perdurent à travers des pratiques d'écritures, des supports documentaires ou des techniques corporelles. Dans cette perspective, les bibliothèques, les sociétés savantes, les laboratoires, les ouvrages scientifiques ou de vulgarisation, mais aussi les discours oraux et textes écrits, sont autant de lieux de savoir où sont « travaillés les mots, les idées, les nombres, les savoirs antérieurs » (Jacob, 2007 : 351). Ce premier chapitre mobilise ainsi les réflexions méthodologiques tirées d'une anthropologie historique des savoirs, du corps et des pratiques savantes, dans l'optique d'expliciter les enjeux théoriques de notre étude portant sur la production médicale, documentaire et corporelle des seuils diagnostiques de la catégorie d'anorexie.

La première partie de ce chapitre se concentre sur la présentation de l'enquête documentaire. J'y retrace les étapes de construction et d'accès aux lieux d'enquête et y présente la diversité des espaces, spécialités médicales et acteurs interrogés tout au long de la thèse. La deuxième partie de ce chapitre présente la posture d'enquête et d'analyse relative à la cartographie des « lieux de savoir » de l'anorexie. J'y explicite la place respectivement accordée dans la suite de ce travail aux savoirs, aux corps et aux techniques, pour penser la production des seuils diagnostiques de la catégorie d'anorexie. J'y spécifie également l'apport de l'application du concept de « seuil » à la catégorie d'anorexie, en particulier pour repenser les relations entre le biologique et le social, telles qu'elles se tissent dans les pratiques scientifiques et médicales de mesure et d'observation des données corporelles et des phénomènes vitaux.

1. Présentation du terrain documentaire

Toute enquête est le résultat de négociations réussies ou manquées, de choix méthodologiques et pratiques. En d'autres termes, les négociations de terrain, les échecs et les voies méthodologiques empruntées sont autant ce qui fait l'enquête que le type de données récoltées. Évidemment, dans le cadre de ce travail, ma présence devant les textes n'a pas constitué une influence extérieure venant modifier le contenu des documents étudiés comme la présence d'un enquêteur peut influencer le discours produit par les personnes observées ou interrogées[30]. Il me semble néanmoins primordial de rappeler qu'aucun texte ni aucune archive n'attendent patiemment d'être découverts, et que la réalité du terrain se tisse au fil du parcours d'enquête qui est rarement tracé d'avance. Dans cette perspective, cette première partie de chapitre vise à expliciter les choix qui ont guidé mon enquête et la constitution du terrain documentaire. Ces choix constituent la « situation d'enquête » à partir de laquelle les données analysées dans cette thèse ont été produites.

1.1. Les fonds d'archives du ministère de l'Instruction publique de la Seine

À partir des années 1860, les médecins hygiénistes sont appelés à intervenir dans les établissements scolaires non seulement pour inspecter le degré de salubrité des bâtiments, mais aussi pour évaluer l'état de santé des élèves (Parayre, 2008). Cette intervention sanitaire marque l'entrée de l'hygiène à l'école, avec l'incursion de pratiques prophylactiques dans le cadre scolaire. Le dépouillement des fonds d'archives de l'Instruction publique[31] m'a fourni un aperçu des enjeux éducatifs et politiques associés à l'application des principales lois et décrets ayant structuré l'entrée des services sanitaires à l'école publique.

L'entrée de la médecine à l'école

À la fin du XIXe siècle, l'État français entreprend un fort rapprochement entre médecine et école. Le décret du 6 mai 1872 instaure ainsi l'obligation d'enseignement de cours d'hygiène prenant la forme de six leçons dispensées par le médecin scolaire de chaque lycée. L'espace géographique de l'Académie de Paris fait alors office de terrain d'expérimentation pour les nouvelles lois et mesures d'hygiène soutenues par le ministère de l'Instruction publique. Par exemple, la circulaire du 14 novembre 1879 relative à l'inspection médicale des écoles publiques vise à généraliser dans toute la France un service de médecins inspecteurs, auparavant

[30] C'est notamment ce que montrent Céline Bessière et Frédérique Houseaux (1997) dans un texte réflexif portant sur l'enquête par questionnaire en sociologie.

[31] La liste des sources archivistiques consultées est disponible en fin de manuscrit, à la section « Archives consultées ».

expérimenté dans les établissements parisiens et dans ceux de « quelques [autres] grandes villes »[32].

Les archives administratives des fonds de l'Instruction publique de la Seine contiennent ainsi des rapports de statistiques scolaires produits par les médecins inspecteurs à destination du ministère, ainsi que des lettres échangées entre le ministère et les préfets à propos de l'état de santé des élèves. Ces documents donnent accès aux politiques hygiéniques de l'époque et aux enjeux économiques et administratifs de leur mise en place. Les tableaux de statistiques scolaires produits dans le cadre de ce rapprochement entre État, médecine et institution scolaire sont aussi intéressants pour ce qu'ils disent des catégorisations médicales des affections de l'enfance. Chaque année depuis 1877, les médecins en charge des écoles comptabilisent le nombre de cas de varioles, de rougeoles, de fièvres typhoïdes, ou de dysenteries, ainsi que les décès. Outre les maladies contagieuses, les médecins répertorient aussi les maux du quotidien, notamment associés à la digestion, tels que les « embarras gastriques ». Un cas d'« anhorexie »[33] apparait par exemple dans les statistiques du collège de Compiègne pour l'année scolaire 1875-1876. Par ailleurs, ces catégories médicales sont accompagnées dans les statistiques scolaires par des feuillets répertoriant la population scolaire des établissements selon des catégories d'âge reprenant les bornes d'âge scolaire (entre six et treize ans, enfants de moins de six ans, enfants de plus de treize ans)[34].

La question alimentaire traverse ces observations médicales et statistiques. Outre les maladies digestives, l'état nutritionnel des enfants est scruté à travers l'évaluation de leur état de santé ou de leur croissance. La généralisation des visites médicales par les médecins inspecteurs donne lieu à l'observation de l'état de santé des élèves. La taille et le poids sont notamment consignés dans des fiches sanitaires, puis dans des carnets de santé, actualisés deux fois par an. Les médecins répertorient à ces occasions des cas d'amaigrissement chez des élèves d'un collège de jeunes filles[35], sur lesquels je reviendrai dans la suite de ce travail.

La famille se dessine dans ces archives administratives de l'Instruction publique comme un espace de tension concernant la santé des élèves. La sphère domestique est en effet un endroit dans lequel les médecins renvoient les élèves malades, soit pour éviter les épidémies, soit pour

[32] Archives Nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique. F/17/11782 : Commission hygiène scolaire (1879-1880), Lettre de Jules Ferry.

[33] Au cours de mon enquête, je n'ai rencontré cette orthographe de l'anorexie (avec un « h ») qu'à cette unique occasion.

[34] Archives Nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique. F/17/6855 : statistiques de la population scolaire des établissements publics d'enseignement secondaire au 5 avril 1884.

[35] Archives Nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique. AJ/16/8784 : Enquête sur le carnet de santé de juin 1931.

faciliter le suivi d'un soin ou d'un traitement. Toutefois la famille est aussi présentée comme un environnement pathogène, en raison des conditions de vie urbaine et ouvrière des parents. Enfin, la famille est aussi perçue à la fois comme un levier de diffusion de nouvelles pratiques prophylactiques et comme un frein à ces pratiques. L'obligation de vaccination des élèves ou la lutte contre le « surmenage scolaire » fait par exemple partie des sujets largement traités par le ministère et les directeurs et directrices d'école du département de la Seine, qui échangent à ce propos avec les médecins des établissements. Si la vaccination est largement plébiscitée par les médecins scolaires, voire rendue obligatoire pour les élèves internes de certains établissements, les familles s'opposent parfois à une telle mesure. Situation qui demande aux chefs d'établissement de renforcer leur autorité ou leur pouvoir de persuasion, à un moment où l'organisation de l'école et des systèmes éducatifs et de protection des enfants fait débat dans les communautés scientifiques.

Les rapports et congrès internationaux sur l'enfance

À partir du milieu du XIXe siècle, les congrès internationaux autour de la protection de l'enfance et de l'assistance publique se multiplient (Rollet, 2001). L'historienne Catherine Rollet montre que les sujets abordés et les personnes impliquées dans ces congrès, traduisent d'une part, les modèles successifs qui entourent l'enfant et son éducation, et d'autre part, le passage d'une domination de la France à une domination anglo-saxonne dans ces modèles. Dans cette perspective, et afin de replacer les réseaux de relations nationaux – et à certains égards internationaux – qui se nouent autour de la question de l'enfance, cette enquête s'est aussi intéressée aux comptes-rendus de communications et aux programmes de congrès scientifiques, médicaux et d'hygiène. Ces congrès rendent compte de relations ambiguës, à la fois de concurrence et de coopération, entre les pays européens en matière d'hygiène, d'éducation, et *in fine* dans la constitution d'une force nationale. Ces textes sont d'ailleurs complétés par les documents administratifs et rapports d'émissaires envoyés par le ministère de l'Instruction publique dans les écoles de pays européens (Allemagne, Pays-Bas, Suisse), afin d'en tirer les meilleurs enseignements pour l'organisation du système scolaire français[36]. Au-delà des congrès portant sur l'enfance, le corpus est aussi constitué de comptes-rendus de congrès internationaux de neurologie[37], dont certaines communications, comme celle tenue par Paul

[36] Archives Nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique. F/17/9393/1 : Missions enseignement primaire.

[37] Par exemple : Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France (1895), Congrès international de l'hygiène scolaire (1910), Congrès des aliénistes de France (1912).

Sollier[38] en 1895 au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, portent spécifiquement sur l'anorexie mentale.

Sans directement nous renseigner sur la question anorexique, les documents dépouillés, qu'il s'agisse de lettres de directeurs d'établissements, de préfets et de médecins inspecteurs, ou de tableaux statistiques, rendent compte de l'incursion du regard médical dans le champ scolaire par le biais de l'hygiène. Ils montrent comment, entre l'institution familiale et l'institution médicale, l'institution scolaire est constituée sous la IIIe République en relai de la surveillance de la croissance et du développement des élèves. Les rapports et comptes-rendus de congrès internationaux donnent quant à eux accès aux formes de circulations internationales des problématiques et des théories scientifiques en matière d'éducation, d'hygiène ou encore d'assistance psychiatrique. Ces sources ont été associées à des archives médicales et administratives publiques.

1.2. Le spectre de l'anorexie mentale dans les archives médicales publiques

Mon enquête s'est également en partie articulée autour du dépouillement d'archives médicales et administratives, notamment des registres d'entrée et d'observation médicale d'asiles et d'hôpitaux publics.

Dépouillements préliminaires

Durant les premiers mois de ce travail de recherche, j'ai dépouillé les dossiers médicaux et les registres de la clinique psychiatrique d'Alsace, conservés à ce moment au Département d'Histoire de la Vie et de la Santé de l'Université de Strasbourg. Je découvrais au même moment que le psychiatre Bénédict Morel, figure majeure de la psychiatrie française du XIXe siècle, avait dirigé dès 1858 l'asile de Saint-Yon-Quatre-Mares qui accueillait à cette époque principalement des femmes (Carbonel, 2010). J'ai donc souhaité compléter le dépouillement des archives strasbourgeoises avec les archives de cet asile, conservées aux Archives départementales de la Seine-Maritime.

Ces dépouillements préliminaires de documents asilaires produits et conservés en dehors de l'espace parisien m'ont permis de faire mes premières armes concernant la recherche archivistique. Durant plusieurs mois, je me suis familiarisée avec les inventaires et j'ai appris à me repérer parmi les types de registres asilaires (registres d'entrée, de sortie, tables des lois). J'ai rédigé de nombreux mails, souvent maladroits et incomplets, de demande de

[38] Sollier, P. (1895) « L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Bordeaux, t.2, p. 360-372.

communication de documents. Je me suis familiarisée avec l'écriture de demande de dérogation, et j'ai affiné ma pratique des salles de lecture. Surtout, il m'a fallu découvrir la temporalité longue des archives. Je me suis confrontée à l'accumulation de papiers, au tri des données récoltées et à l'exercice de sélection des dossiers « utiles », en contraste avec ceux, *a posteriori*, beaucoup moins utiles pour ma recherche. J'ai accumulé des photographies de pages de répertoires et de dossiers, et constitué minutieusement sur le logiciel Excel® un tableau des cotes consultées[39]. Enfin, de longues heures ont été consacrées au déchiffrement des manuscrits ou à la compréhension des acronymes institutionnels. Je n'ai saisi que tardivement les rouages de l'administration des archives, et je n'ai certainement pas terminé mon apprentissage. Même au sortir de cette thèse, le jeu de piste que nécessite la demande d'une cote ou l'accès à un dossier précis me semble parfois abyssal[40].

Durant ces recherches archivistiques relatives aux asiles, j'ai préférentiellement dépouillé des documents médicaux et administratifs que je range ici en deux catégories : les registres d'entrée et de sortie des patientes, et les dossiers médicaux et certificats médicaux d'observation. Ces deux catégories reprennent une distinction déjà effectuée par Hervé Guillemain (2018 : 166) dans son étude de dossiers de patients, et dans laquelle il suggère que cette distinction entre les « registres d'admission » et les « dossiers de patients » recoupe des processus psychiatriques de classification des maladies et des malades. Il m'a ainsi semblé opportun de reprendre cette distinction pour exposer mon chemin d'enquête au sein des archives médicales, tout en interrogeant les logiques de classifications psychiatriques qui structurent les placements asilaires et qui ont guidé ma recherche de l'anorexie dans ces archives.

Les registres d'entrée et de sortie

Les registres d'entrée et d'admission des malades dans les asiles et hôpitaux sont des documents administratifs indispensables à la gestion des établissements. Dans ces documents figurent les informations les plus élémentaires. On y trouve le nom et prénom des personnes internées, la date d'entrée, parfois la profession, puis le diagnostic d'entrée et la date de sortie. Dans le cas des cotes consultées figuraient aussi parfois le nom du médecin en charge des patientes, le diagnostic de sortie ou le numéro d'entrée au dispensaire. L'ensemble de ces informations m'ont permis de connaitre la durée d'internement des individus (de quelques jours à plusieurs années), ainsi que le diagnostic d'entrée et celui de sortie, qui ne concordent pas toujours. Les

[39] Voir la liste des archives consultées dans la liste des « Archives consultées » disponible en fin de manuscrit.

[40] Ce sentiment est peut-être dû à ma formation quasi exclusive en anthropologie où les enquêtes sur archives ne sont pas au cœur des enseignements, d'où ma découverte tardive des logiques de conservation, de classification et d'accès aux documents.

registres de sortie contiennent quant à eux des informations analogues, bien qu'ils soient centrés sur la date de sortie ou de transfert des malades, ainsi que sur la cause de ces déplacements ou des décès.

L'objectif initial de cette thèse était de cartographier, à partir de ces registres, les lieux et dates d'apparition de l'anorexie et de sa prise en charge. De cette manière, le dépouillement des registres d'entrée devait me permettre d'identifier à partir de quand ce diagnostic commençait à être posé, et à exercer une influence sur les parcours de soin des malades. Sur la période allant de 1880 à 1925, les diagnostics posés par les médecins à l'entrée des malades dans les asiles de Maison Blanche et de la Salpêtrière correspondent aux grandes catégories psychiatriques du XIXe siècle, telles que la mélancolie, l'hypocondrie, la manie ou encore l'hystérie. Conformément aux observations de Mark Micale (1993) réalisées à partir des registres de certains asiles de Grande-Bretagne, la notion d'hystérie s'efface largement au début du XXe siècle, mais refait ponctuellement son apparition après les années 1910 et dans les années 1920. Cependant, entre 1880 et 1925, les registres dépouillés n'ont révélé aucun placement pour anorexie. Néanmoins, certains dossiers de patientes évoquaient des refus d'alimentation chez des personnes diagnostiquées mélancoliques, maniaques, hystériques, ou encore présentant des « idées d'empoisonnement ». Je me suis donc penchée sur quelques dizaines de dossiers de patientes pour évaluer la pertinence d'une extension de mon enquête à l'ensemble des dossiers mentionnant un trouble alimentaire, même non anorexique.

Les dossiers de patientes (1880 - 1930)

Les dossiers de patientes, les registres et les certificats médicaux d'observation sont intéressants à étudier en tant qu'ils fournissent des indications plus précises que les registres d'entrée et de sortie concernant les diagnostics successifs posés par les médecins au cours de l'internement des malades. Ces notes, souvent brèves, proposent des diagnostics larges comme un « trouble mental » ou un « affaiblissement intellectuel ». Certaines internées dont j'ai dépouillé le dossier sont qualifiées de délirantes, avec des phobies de persécution ou des peurs d'empoisonnement parfois associées à des refus de nourriture. Le refus de se nourrir est par exemple évoqué, soit en lien avec le manque de soin et d'hygiène personnels, soit en lien avec une posture de refus plus générale, associée parfois au mutisme, ou qui s'inscrit dans des idées mystiques et délirantes. La cachexie ou l'amaigrissement sont considérés comme des états inquiétants, pouvant faire l'objet d'un suivi, sans pour autant être des diagnostics en soi. À l'asile de Maison Blanche, j'ai pu faire état de plusieurs cas de femmes atteintes de mutisme et dont les dossiers relatent : « refuse toute nourriture » ou « ne s'alimente que sous pression de son entourage ».

De la même manière, la notion d'anorexie, renvoyant littéralement à la perte d'appétit, et la mention « refus de nourriture » apparaissent parfois comme des symptômes cliniques marquant la dégradation ou l'amélioration de l'état mental de la malade. La consultation des dossiers médicaux ou registres d'observation permet donc de dépasser le peu d'informations contenues dans les registres d'admission. Toutefois, la piste visant à explorer l'ensemble des dossiers et registres d'observation mentionnant un refus de nourriture s'est avérée rapidement difficile à suivre. Dans ces registres et dossiers, ce sont surtout les conduites qui font l'objet d'une vive attention. Les médecins notent les « troubles de l'humeur » ou les « bizarreries de la conduite ». L'alimentation des malades fait donc l'objet de commentaires de la part des observateurs sans pour autant constituer un critère diagnostique, ni même un principe organisateur des autres troubles observés (démence, nervosité, anxiété).

Le cas de Sainte-Anne (1922 - 1930)

Ce n'est finalement que tardivement dans ce travail, lors de mes dernières recherches portant sur l'hôpital de Sainte-Anne à Paris, que la notion d'anorexie est apparue clairement dans les registres d'admission. L'établissement accueille depuis 1889 la chaire clinique des maladies mentales et de l'encéphale. Il est de ce fait en grande proximité avec les Facultés de médecine et s'impose comme « berceau des innovations en matière de psychiatrie »[41]. L'hôpital de Sainte-Anne est souvent mentionné comme lieu de transfert des malades difficiles à traiter ailleurs. Il est par exemple possible de lire dans le dossier médical de Louise D., alors prise en charge en mars 1919 à Maison Blanche :

> *« Est atteinte de troubles cérébraux (divagation, insomnies), mutisme absolu à certains moments – réponses inconsidérées quand elle répond, ne s'alimente que sous la pression de son entourage. Il est nécessaire de la placer dans un établissement spécial où elle pourra recevoir les soins que nécessite son état, à Sainte-Anne* »[42].

En 1922, le psychiatre Édouard Toulouse instaure à Sainte-Anne un « service ouvert pour psychopathes légers », le premier service libre dédié à l'accueil des malades non soumis à la loi de 1838[43]. L'asile se dote ainsi d'un dispensaire « départemental de prophylaxie mentale ». À l'aune de ces données, je me suis orientée vers le dépouillement des registres d'entrée et de sortie des femmes admises dans ce centre de prophylaxie mentale, entre juin 1922 et octobre

[41] Voir : Répertoire numérique détaillé des archives de Sainte-Anne établi par Marie-Claire Quin-de Stoppani sous la direction d'Audrey Ceselli. Présentation du fond, « fonctionnement et activité de l'établissement », p. 10 [en ligne] Url : https://archives.paris.fr/_depot_ad75/_depot_arko/ead/INV2039.pdf (page consultée le 23/03/2024).

[42] Archives départementales de Paris : D4X3 - 1070 (1919).

[43] La loi du 30 juin 1838 oblige chaque département à se pourvoir d'un établissement dédié à l'accueil et au traitement des aliénés, admis soit en placement volontaire, soit par ordre du préfet.

1930. J'y ai trouvé le cas d'une femme de vingt-six ans, hospitalisée dans le service pour « dépression, anorexie », et ressortant avec le même diagnostic. Il est difficile à ce stade d'identifier clairement les raisons pour lesquelles les diagnostics d'anorexie évoluent, perdurent ou disparaissent au cours des hospitalisations, qui ne durent parfois seulement que quelques jours. Afin d'approfondir ce point, j'ai souhaité accéder aux dossiers médicaux de ces patientes. Les dossiers médicaux du Centre de prophylaxie mentale de Sainte-Anne (ensuite rattaché à l'hôpital Henri-Rousselle) n'ont pas été conservés au format papier. Seuls les négatifs des dossiers qui ont été gardés et photographiés sont accessibles au format microfilmé. Après une demande d'autorisation d'accès, et avec l'aide des archivistes, il m'a été possible de consulter les bobines de microfilms contenant les dossiers des personnes identifiées dans les registres d'entrée. Finalement, entre l'incomplétude et la mauvaise qualité des négatifs, il m'a été possible de consulter trois dossiers médicaux d'une trentaine de pages chacun. Un piètre butin qui m'a tout de même donné à lire quelques éléments clés sur la manière dont était diagnostiquée et traitée l'anorexie à la toute fin des années 1920 à Sainte-Anne.

1.3. Les espaces thérapeutiques privés

Au début du XXe siècle, les savoirs et les institutions psychiatriques font l'objet de multiples restructurations qui favorisent l'ouverture de lieux de soin non asilaires et privés (Faure & Dessertine, 2012 ; Henckes, 2007). En complément des archives médicales publiques, il m'a de ce fait paru pertinent de me lancer dans l'exploration des fonds d'archives de maisons de santé privées.

L'accès difficile aux maisons de santé

Je ne maintiendrai ici aucun suspens. L'accès à des archives médicales conservées dans des fonds privés, sur la période étudiée, s'est avéré impossible. Concernant la maison de santé d'Épinay-sur-Seine — que j'avais identifiée en raison de la mention par certains médecins d'envois d'anorexiques vers cet établissement au début du XXe siècle —, la direction des Affaires culturelles de la ville me signale n'avoir conservé que les archives relatives au bâti, lequel a été cédé à la commune pour en faire un parc en 1996. Mon interlocutrice me conseille de prendre contact avec la famille du fondateur de l'établissement, Jean Tarrius (ce qui s'avéra extrêmement difficile) ou bien avec le directeur actuel de la maison de santé. Mes multiples tentatives de prises de contact, également menées auprès d'autres établissements privés – dont la clinique Solisana de Guebwiller, située dans le Haut-Rhin et aujourd'hui détenue par le groupe Korian – sont restées lettre morte.

La difficulté de prise de contact avec les actuels grands groupes ou avec d'anciens gérants de ces établissements se couple à une politique d'archivage du secteur privé qui tranche avec les règles des archives publiques. Contrairement aux archives hospitalières ou asilaires conservées par les municipalités, par les départements ou par l'État[44], les dossiers médicaux et registres d'entrée et de sortie des établissements privés n'ont pas fait l'objet d'un archivage systématique. S'ils existent encore, ces documents ont de grandes chances d'être conservés chez des particuliers, anciens médecins ou propriétaires des lieux, comme ce fut le cas pour une partie des carnets de santé analysés par Catherine Rollet (2005, 2008). Cette dernière s'est d'ailleurs appuyée sur des dons privés pour constituer un fonds de carnets de santé. Une telle démarche me semblait assez difficile à mettre en œuvre pour mon sujet.

Face à l'impossibilité d'accéder aux archives médicales d'établissements privés, je me suis donc tournée vers des supports visuels plus facilement accessibles, comme les plans, et surtout les cartes postales, en vogue à cette époque.

Les cartes postales comme unique matériau

Mise en circulation en réaction à l'annexion de Strasbourg par la Prusse en 1870, la carte postale permet, en contexte de guerre, aux populations françaises et allemandes de correspondre (Bénard & Guignard, 2010). Le déploiement de nouvelles techniques d'image, comme la phototypie, ainsi que le développement du tourisme et des réseaux ferroviaires favorisent la mise en circulation de ces supports de communication, qui connaissent au début du XXe siècle un véritable essor. La massification scolaire induite par les lois républicaines facilite l'accès à l'écriture et à la lecture. Désormais, presque tout le monde peut envoyer et recevoir des lettres et des cartes, lesquelles sont distribuées via un réseau postal très actif.

Partant de ces sources documentaires iconographiques, il m'a semblé possible, à l'instar de certains sociologues et historiennes (Epstein, 2022 ; Malaurie, 2003 ; Rennes, 2013), de proposer une analyse de la matérialité de ces documents. Conservées dans les dossiers d'archives, mises en vente sur les brocantes ou disponibles sur les sites de vente en ligne, les cartes postales de maisons de santé du début du XXe siècle sont facilement accessibles parmi la multitude d'autres cartes circulant sur le marché de la cartophilie. Elles n'en sont pas moins riches en informations, et donnent accès dans une certaine mesure aux objets et à la culture matérielle psychiatrique (Majerus, 2011) de l'époque. Véritable « témoin de son temps »

[44] « Archives » (2011). *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1, n°109, p. 213-220 [en ligne] (page consultée le 26/03/2024) Url : https://www-cairn-info.acces-distant.bnu.fr/revue-vingtieme-siecle-revue-d-histoire-2011-1-page-213.htm.

(Bénard & Guignard, 2010), la carte postale véhicule à travers les objets et les sujets photographiés, et leur mise en scène, un imaginaire social et collectif (Rennes, 2013).

Les cartes postales analysées dans ce travail sont des cartes numérisées, soit acquises sur des sites internet dédiés aux cartes postales anciennes[45], soit consultables sur la plateforme numérique de la Bibliothèque interuniversitaire de santé « Médic@ », ou bien dans les collections de musées en ligne [46]. Certaines iconographies de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine m'ont quant à elles été transmises par la responsable des archives de la ville[47]. L'enquête menée ici porte également sur des publications médicales et scientifiques (essais, revues, thèses) rédigées par des médecins universitaires, internes des hôpitaux ou professeurs de clinique, mais aussi par des médecins aliénistes et praticiens non universitaires. Ce sont ces types de sources documentaires que je vais maintenant présenter.

1.4. Une entrée privilégiée par les publications médicales et scientifiques

Comme l'exprime Muriel Darmon dans son « analyse d'un refus de terrain » (2005 : 98), l'étude en sciences sociales des textes issus des retranscriptions d'entretiens doit nécessairement s'accompagner d'une étude des situations d'énonciation des paroles des interrogés. Dans un contexte d'entretien ou d'observation, cela consiste à réfléchir aux effets de la présence de l'enquêteur ou de l'enquêtrice sur le discours, la posture, ou les rhétoriques des enquêtés. Dans mon cas, l'étude de documents publiés et issus principalement de la presse médicale française ne peut se faire sans la prise en compte de la situation dans laquelle les textes sélectionnés ont vu le jour. De ce fait, il me semble indispensable de revenir dans un premier temps sur l'émergence de la presse médicale pour définir les conditions politiques et professionnelles d'écriture et de publication de ces textes. Cela consiste en d'autres termes à identifier les logiques scientifiques de publication, ainsi que les aspirations, les attentes et les projections des auteurs, mais aussi de définir les stratégies de recours à la presse médicale pour structurer une spécialité ou défendre une profession.

[45] Je me suis notamment investie dans la recherche de documents iconographiques et épistolaires, en explorant des brocantes et des marchés ouverts comme celui de la place Kléber à Strasbourg ou de la place d'Aligre à Paris. Mais j'ai aussi découvert le florissant marché en ligne de la carte postale ancienne !

[46] Les sites internet des collections en ligne consultées dans cette thèse sont répertoriés dans la section dédiée aux sources documentaires, en fin de manuscrit.

[47] Je remercie à cet égard Laurie Coppin, la responsable du service Archives-Patrimoine et Tourisme de la ville d'Épinay-sur-Seine pour avoir accepté de me transmettre des copies numériques de photographies et cartes postales des bâtiments.

Une presse médicale par et pour les médecins

Au tournant des XIXe et XXe siècles, la presse médicale européenne et française est en pleine expansion (Renaudet, 2011b). Chaque année, des dizaines de nouvelles revues médicales et professionnelles voient le jour. Le développement de la presse médicale suit celui plus global de la presse générale et de la constitution du métier de journaliste scientifique (Huard, 1963). Le déploiement tout au long du XIXe siècle de la presse médicale accompagne en France la formation de nouvelles spécialités médicales et scientifiques comme la neurologie ou la psychophysiologie (Andrieu, 2003). Le premier Congrès international de la Presse Médicale a lieu en juillet 1900. L'organisation d'un évènement de cette ampleur marque la reconnaissance sociale, politique et scientifique accordée à la presse médicale. À cette occasion, le médecin Louis Landouzy[48], membre de l'association de la *Presse Médicale Française*, prononce un discours dans lequel il défend l'activité des journalistes-médecins qui, « à l'heure où la pensée imprimée représente la plus grande force de propagation pour les idées de progrès »[49] participent selon lui à la production et à la circulation nationale et internationale des nouveaux savoirs médicaux. Landouzy vante les mérites d'une presse médicale au service de l'examen critique et de la science, capable de soulever la chape de plomb qui entoure les savoirs produits par les institutions dominantes, comme l'Académie de médecine, dont il est membre par ailleurs.

En faisant baigner le médecin dans une « culture scientifique », les revues médicales mensuelles ou hebdomadaires concourent à étendre la formation des professionnels au-delà des facultés. Il est par exemple spécifié dans l'introduction du numéro introductif de *La Pédiatrie Pratique* de 1903 que cette nouvelle revue s'adresse en priorité « aux praticiens de la ville et de la campagne ». Cette visée formatrice se manifeste notamment dans l'attention portée par les rédacteurs en chef et comités de rédaction à favoriser la publication d'études cliniques et thérapeutiques d'ordre pratique. Les rédacteurs de *La Pédiatrie Pratique* s'engagent ainsi à publier uniquement les travaux qui « auront un résultat pratique pour l'exercice de la médecine ». Ils déclarent :

> « *Nous ferons un journal de pratique et rien que de pratique. Nous voulons, autant que faire se pourra, bannir de nos articles les discussions théoriques qui ne sont pas encore étayées sur des faits cliniques ou expérimentaux très précis ; nous voulons que "La Pédiatrie Pratique" devienne comme une sorte de vade-mecum du praticien où ce dernier*

[48] Landouzy, L. (1900). *1er Congrès international de presse médicale juillet 1900 : inauguration, le jeudi 20 juillet, au pavillon de la Presse*, Exposition universelle, Paris : Carré, G., Naud, C. (éds.).

[49] *Ibid*., p. 4.

trouvera les renseignements désirables concernant les maladies contre lesquelles il a à lutter le plus ordinairement. Les études cliniques et thérapeutiques seront donc toujours à la base de nos publications »[50].

Le souhait de publier des cas pratiques rend compte d'une évolution de la médecine moderne vers un modèle scientifique basé sur l'expérimentation et la démonstration. Le vœu de construction d'un « vade-mecum du praticien » formulé ici, et passant par la diffusion des savoirs pratiques, s'exprime par la valorisation d'études de cas réalisées par les praticiens de l'ensemble du territoire. La revue s'engage notamment à publier toutes les observations et réflexions tirées d'un exercice médical :

« *Ce journal sera l'organe, non pas d'un Comité, mais de tous ceux qui voudront bien venir à lui. Nos colonnes seront toujours largement ouvertes à tous nos confrères, qui pourront y exposer leurs idées, échanger ensemble les réflexions inspirées par leur pratique, tout cela pour le plus grand profit du corps médical. Nous les prions instamment de nous adresser leurs observations intéressantes recueillies dans leur clientèle* »[51].

Dans l'introduction du premier numéro d'une plus ancienne revue, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, le rédacteur en chef, le médecin François-Hyppolyte Chaillou, souhaite avec la création de sa revue « mettre sous les yeux des médecins-praticiens les nombreuses observations publiées chaque jour »[52]. De cette manière, les revues rassemblent des observations de pathologies et des pratiques thérapeutiques qui sont éprouvées aussi bien à l'hôpital que dans les cabinets des médecins parisiens et en région. Certaines revues publient également des observations de cas d'anorexie réalisées en dehors du sol français et des traductions d'études de cas effectuées par exemple en Autriche[53] ou en Italie[54]. Ces traductions rendent compte des relations entretenues entre des médecins français et étrangers, francophones ou non. En effet, la diffusion de données cliniques par-delà les frontières supporte la constitution de réseaux nationaux, européens et internationaux de médecins et professionnels (Renaudet, 2011a).

La publication sous forme d'articles, de mémoires, de communications ou de leçons publiques, facilite ainsi la diffusion, *par* et *pour* les médecins, de savoirs nouveaux autour de certaines

[50] s.a. (1903). « Introduction », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°5, p. 1.

[51] *Ibidem*.

[52] s.a. (1830). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t.1, p. 1.

[53] Basch, G. (1935). « Loewy. Anorexie de la petite et de la seconde enfance (Wiener medizinische Wochenshrift, t.85, n°9, 23 février 1935, pp. 231-234) », *La Presse Médicale*, octobre, p. 195-196.

[54] Galli, P. (1908). « Syndrome dû à la croissance et au dysthyroïdisme », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°133, p. 257-264.

pathologies comme l'anorexie. Si les revues contiennent des articles inédits, les publications reprennent aussi très souvent des leçons cliniques ou des communications et reflètent ainsi le contenu des savoirs diffusés dans les facultés de médecine, au sein des sociétés savantes ou lors de congrès nationaux et internationaux. En raison d'un large lectorat, la presse médicale contribue ainsi au XIXe siècle et au début du XXe siècle à fabriquer la renommée et la carrière des médecins. Cette renommée peut s'établir à travers la publication d'essais, d'ouvrages ou de leçons cliniques qui feront date et qui seront repris ou discutés, ou bien par l'expérimentation et la diffusion de techniques, d'instruments ou de pratiques médicales présentés comme innovants. Le succès d'une théorie ou d'une observation clinique jugée éclairante pour la profession, ou marquant une certaine avancée clinique, s'observe ainsi au niveau des référencements et des récompenses symboliques accordées aux textes. La large diffusion et la reprise d'observations cliniques, comme celle de Ernest-Charles Lasègue[55] à propos de l'anorexie hystérique, ou celle du Dr Buffet-Delmas[56] concernant l'anorexie du nourrisson, marquent ainsi une excellente réception du propos par les pairs, en même temps qu'elles entraînent par un effet de recoupement et de reprise des théories et de cas présentés, un mouvement d'unification des savoirs et des pratiques médicales sur le territoire national. C'est par exemple en reprenant les divers ouvrages et articles publiés autour de l'anorexie, et notamment en discutant la thèse portée par Lasègue selon laquelle l'anorexie est à inclure dans la classification hystérique, que le neurologue Jules Tinel[57] rédige son essai sur l'anorexie hystérique, récompensé en 1909 par l'Académie nationale de médecine du Prix Civrieux. Loin d'une redondance ou d'un plagiat, les reprises et republications au sein de la presse médicale de certains cas cliniques donnent au contraire à lire les discussions internes qui ont lieu au début du XXe siècle autour de la nosologie clinique et par là, la place accordée par les scientifiques à l'anorexie au sein des classifications médicales et psychiatriques.

La presse médicale nationale s'impose également comme un canal de communication privilégié par lequel les médecins défendent leur spécialisation médicale, mais aussi la profession médicale en elle-même, et ceci, face à une administration jugée particulièrement exigeante. Les revues professionnelles offrent en effet des supports d'expression et de revendications économiques de la part des médecins, concernant par exemple la tarification des accidents du

[55] Lasègue, E.-C. (1873). « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine,* nº21, p. 385-404.

[56] Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº249, p. 155-159.

[57] Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*, Prix Civrieux, Académie de médecine.

travail[58], ou concernant le budget alloué à la généralisation d'une inspection médicale des écoles publiques[59]. Les enjeux économiques qui entourent l'acte médical recouvrent au début du XXe siècle les débats sur la gestion de la patientèle. Par exemple, selon le comité de rédaction de la revue *La Pédiatrie pratique*, si la revue sert un usage pratique pour les praticiens, elle se destine également à relayer les demandes relatives aux corps professionnels, et notamment « les cessions de clientèle et les remplacements momentanés »[60].

Si nous ne faisons ici qu'effleurer ces questions qui dépassent tout en contenant l'objet de notre recherche, il nous semble néanmoins important de souligner qu'une telle diffusion des revendications professionnelles permet d'identifier les enjeux de spécialisation médicale et financiers découlant de la place nouvellement accordée aux médecins dans la société française de l'entre-deux-siècles. Marquée par des bouleversements politiques majeurs, ainsi que par un renouveau technique et culturel fort, cette société, désormais organisée autour des visées et idées républicaines de liberté et d'égalité, porte dans le champ de la santé une gouvernementalité libérale qui fait des conditions de vie de la population un champ d'action politique privilégié (Foucault, 2004a, 2004b). Le « jugement clinique » est une clé de voûte du fonctionnement de la psychiatrie, de la justice, de la médecine légale, tout comme du fonctionnement de l'école avec la mise en place de systèmes de notation et classification des élèves selon leurs capacités intellectuelles. À la fin du XIXe siècle, les pouvoirs publics se tournent de plus en plus vers la bonne volonté des médecins pour déployer sur le territoire, et à moindres frais, certaines mesures d'hygiène ou pratiques médicales de gestion, de contrôle de la population et de renouvellement de la main-d'œuvre du pays (Schlegel, 2016). Mais cette mise au travail des médecins n'est pas toujours chose aisée. Landouzy consacre ainsi la dernière partie de son discours prononcé au premier Congrès International de la Presse Médicale déjà cité en amont, à l'important rôle joué par les revues dans la préservation de la profession médicale, ainsi que dans la lutte pour les intérêts professionnels, contre, dit-il, une « exploitation que l'État, les départements, les communes, les sociétés mutuelles feraient des médecins »[61].

---

[58] À ce sujet, il est noté en 1912 dans l'introduction du *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques* : « *La profession médicale tout entière a le devoir de se défendre contre l'appréciation injuste de ses services que cherchent à lui imposer aussi bien les Sociétés de secours mutuels que les compagnies d'assurances qui représentent, à l'heure actuelle, l'intermédiaire entre les patrons et le médecin pour le règlement de son intervention dans les affaires d'accidents du travail* ». Lucas-Championnière, J. (1912). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.83, p. 8.

[59] Par exemple le médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris, Henri Gourichon, réouvre en 1912 dans un article publié dans la revue *La Pédiatrie pratique*, le débat autour des budgets étatiques alloués à l'inspection des écoles. Gourichon, H. (1912). « À propos de l'inspection des écoles en France », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°260, p.370.

[60] s.a. (1903). « Introduction », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°1, p. 1.

[61] Landouzy, L. (1900), *op. cit*., p. 10.

La presse médicale est ainsi saisie par les médecins de ville comme un espace de défense de leurs privilèges professionnels. Ces défenses tranchent avec l'organisation d'une médecine sociale et hospitalière et laissent poindre la structuration d'un réseau alternatif de santé privé, qui prendra notamment forme dans la construction de maisons et cliniques privées, pour lesquelles la constitution d'une clientèle est vitale.

Structurer les champs disciplinaires et défendre les professions médicales

Les revues professionnelles constituent des espaces importants de structuration des champs professionnels et des spécialités médicales. La création par le médecin pédiatre Ernest Ausset de la revue *Pédiatrie Pratique* en 1903 est un parfait exemple du rôle donné aux revues dans la structuration et la légitimation d'une spécialité médicale comme la pédiatrie. La revue voit en effet le jour à l'issue de la commission extra-parlementaire dédiée à l'étude de la dépopulation, et à la suite de la création, consécutive à cette commission, de la *Ligue contre la mortalité infantile* en 1902. Cette dernière rassemble des hommes politiques, des démographes et des médecins, dont Ernest Ausset (Becchia, 1986 ; Rollet, 2017). La revue constitue dès sa création un espace de diffusion des comptes-rendus d'évènements notoires et des activités impulsées par la *Ligue* concernant l'hygiène infantile et la médecine pédiatrique. Dans le quatrième numéro de la revue paru le 15 juin 1903[62], figure par exemple la séance de rencontre entre le ministre de l'Instruction publique et les membres de la *Ligue contre la mortalité infantile*. Cet évènement marque par ailleurs, dès la création de la revue, une proximité forte entre les membres de la revue et les instances de pouvoir responsables de l'encadrement sanitaire et éducatif des enfants. Le contenu de la revue reflète aussi en lui-même les intérêts marqués des membres de la *Ligue* pour les questions d'hygiène alimentaire qui structurent le champ de la pédiatrie. Dès la première année d'existence de la revue bimensuelle, Ausset y publie plusieurs articles et encarts de promotion de l'hygiène alimentaire et infantile. Plus largement, les contributeurs à cette revue, comme le médecin et inspecteur des écoles de la ville de Paris Louis Dufestel[63], ainsi que les sujets abordés (allaitement, alimentaire infantile, gymnastique scolaire, maladies enfantines) étayent l'inscription de cette revue dans le champ de la pédiatrie scientifique.

[62] s.a. (1903). « Premier Congrès International d'hygiène scolaire », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°13, p. 156.

[63] Par exemple, Dufestel, L. (1907). « Appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°108, p. 229-235 ; (1907). « Mensurations anthropométriques chez l'enfant », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°105, p. 193-198 ; (1912) « L'éducation physique à l'école primaire », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°262, p. 386-421.

La création de revues médicales et la publication d'articles s'affichent ainsi comme des supports d'expression et de diffusion des positionnements scientifiques et politiques des médecins. Les revues professionnelles constituent de ce fait des espaces institutionnels de défense de la profession médicale face à certaines décisions législatives, mais aussi de coopération avec certaines instances gouvernementales et de légitimation d'un champ disciplinaire ou d'une spécialité. Ces lignes de défense et de coopération révèlent en creux l'instabilité du champ médical au début du XXe siècle qui doit encore, à certains égards, prouver son utilité publique, avec certaines spécialités comme la pédiatrie qui sont en voie de légitimation. Les Bulletins et les Annales publiés par les sociétés savantes jouent d'ailleurs un important rôle de structuration des disciplines médicales et scientifiques[64].

Les publications sont aussi un support de défense des spécialités professionnelles, de leur structuration administrative et des pratiques thérapeutiques associées. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, l'asile constitue le lieu central de la science et de l'administration aliénistes en tant que lieu d'enfermement des aliénés. Cependant, les pratiques de mise au ban social et les traitements contraignants qui y sont attachés sont largement remis en cause à travers de nouvelles initiatives thérapeutiques comme l'hypnotisme ou l'électrothérapie, mais aussi via des mouvements de réforme de la loi de 1838 obligeant chaque département à ouvrir un hôpital psychiatrique. Les vives critiques du système asilaire se font surtout à l'encontre des conditions de prise en charge des malades.

À partir de documents judiciaires et d'articles de presse rédigés à la suite d'un meurtre commis en 1880 par un surveillant d'asile sur un aliéné interné dans l'un des plus grands asiles français de l'époque, celui de Clermont, Aude Fauvel (2002) montre que la couverture médiatique de cet évènement a ouvert la voie à une vigoureuse campagne contre l'aliénisme. L'entrée de journalistes et de juges au sein des murs de l'asile a impliqué une forme de dévoilement de l'existence d'un décalage fort entre la théorie aliéniste et sa mise en pratique. En particulier, le nombre trop important d'aliénés au sein de la structure rendait l'application individuelle des principes thérapeutiques émis par Philippe Pinel totalement irréalisable. En effet, le « traitement moral » requiert une certaine proximité entre le médecin et les patients. Il demande aux aliénistes de passer du temps auprès des malades afin de comprendre leur logique interne, et ainsi de tisser avec eux des liens de confiance. Pourtant, à l'asile de Clermont et comme beaucoup ailleurs, l'absence manifeste de médecins cède la place à une autorité abusive de la

[64] Ceci est d'ailleurs le cas dès le début du XIXe siècle dans les champs scientifiques de l'histoire naturelle et de l'anthropologie physique avec par exemple le *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*.

part des surveillants qui, sans formation médicale, n'hésitent pas, par exemple, à recourir aux coups de bâtons afin de détourner les « fous » de leurs idées déraisonnables. Selon les critiques émises dans la presse, ces débordements rendraient compte d'un répréhensible détournement du traitement moral. À la suite de l'exposition médiatique des conditions de vie des aliénés au sein de l'asile de Clermont, l'établissement privé alors tenu par la famille Labitte est racheté par le conseil général de l'Oise. Ne pouvant rester sourd aux bourdonnements médiatiques et judiciaires générés par cette affaire, le gouvernement envisage dans les années 1880 de réformer la loi de 1838[65].

En somme, loin d'un simple fait divers, l'affaire survenue dans l'asile de Clermont et son exposition médiatique montrent combien l'aliénisme rencontre à la fin du XIXe siècle une certaine impopularité. Fauvel suggère ainsi que si pour Foucault, l'aliénisme puis la psychiatrie s'imposent dans la société de plus en plus fortement et de manière continue depuis le XVIIIe siècle, il s'observe également au XIXe siècle une redéfinition du paysage psychiatrique répondant à l'émergence de nouveaux sujets de sociétés et lignes morales. Cette situation de remise en cause du système asilaire omnipotent et uniforme nous invite ici à une lecture plus nuancée des lieux de soin et d'internement, qui sont aussi des lieux de production de savoir et d'expérimentation médicale et sociale par lesquels les psychiatres tentent d'asseoir leur légitimité, toujours incertaine. Il s'agit ici d'un élément qu'il faut, à mon sens, retenir lorsqu'on cherche, comme ici, à comprendre les dynamiques d'émergence et de stabilisation des catégories médicales au sein des classifications psychiatriques et de leurs reconfigurations à l'orée du XXe siècle.

De surcroît, cet exemple illustre le rôle de catalyseur des débats publics et des réformes sanitaires et sociales joué par la presse et les médias de l'époque. Les titres de revues et les publications médicales constituent dans ce cadre des organes de diffusion de récits de pratiques expérimentales et thérapeutiques, et de défense de ces dernières. Dans son introduction au numéro thématique de la revue *El Argonauta* dédié à la presse médicale espagnole et européenne, Isabelle Renaudet (2011b : 3) souligne notamment que ce type de presse peut être étudiée au tournant des XIXe et XXe siècles comme un « vecteur des transferts de savoirs, mais aussi un moyen de consolider les pouvoirs du corps médical ». De cette façon, pour les médecins psychiatres, la presse a notamment « pour fonction de servir leurs intérêts, leur carrière » (*ibidem*.). Ainsi, l'étude de l'émergence et de l'évolution du traitement de la catégorie

[65] Pour un aperçu des débats et des réformes concernant, à cette époque, la « Loi des aliénés » de 1838, voir par exemple : Henckes, 2017.

d'anorexie au sein de la presse médicale française ne peut faire l'économie d'une considération générale des enjeux disciplinaires et professionnels qui traversent le domaine psychiatrique et celui de la médecine mentale. Ceci requiert en particulier de spécifier à quel moment et de quelle manière dans l'histoire des spécialités médicales étudiées ici (pédiatrie, psychiatrie, psychologie), ainsi que dans leur ramification avec divers champs de savoir (physiologie, anthropologie physique), la question anorexique a été investie.

Une médecine en train de se faire

Dès la fin du XIXe siècle, la presse médicale française est à la fois le lieu de production et la vitrine d'une science en train de se faire. Les publications servent en effet un double travail disciplinaire et ontologique qui se cristallise dans l'articulation nouvelle entre médecine expérimentale et médecine clinique. D'un côté, les ouvrages de vulgarisation diffusent des savoirs médicaux anciens, propres à la période classique basée sur une médecine néo-hippocratique, reposant sur une médecine des fluides et de leur bonne circulation (Seignan, 2013). Ces savoirs accordent une place importante à l'observation des malades et des signes cliniques et s'appuient sur une conception de l'influence du milieu sur les organismes qui est conçue depuis le XVIIIe siècle à travers la théorie des miasmes, ainsi qu'à la croisée de divers facteurs environnementaux, climatiques ou alimentaires (Diasio, 1999 : 41). D'un autre côté, les bulletins, manuels et les revues médicales encouragent une scientifisation de la médecine par la multiplication de cas cliniques et l'élaboration de lois physiologiques et d'études expérimentales. L'observation méticuleuse des symptômes et la systématisation des cas cliniques y occupent une place importante. Cette double posture vise surtout à consolider la légitimité d'un pouvoir médical encore incertain au début du XXe siècle, à en tracer les limites et à constituer, par une démarche d'expérimentation et positive, les frontières de nouvelles spécialités médicales. Par ailleurs, et contrairement à la presse générale et de vulgarisation médicale qui s'adressent principalement au grand public, les revues issues de la presse médicale ciblent en priorité les médecins praticiens en poste ou en formation. En complément des manuels et aide-mémoires qui rassemblent l'état d'un savoir stabilisé à un instant « t », les revues transmettent des savoirs en mouvement. Elles permettent la diffusion rapide de nouveautés théoriques et thérapeutiques qui font débat, ce qui traduit la diversité des conceptions de la médecine et de ses principales évolutions, comme l'arrivée nouvelle de la microbiologie (Latour, 2011).

En diffusant les savoirs d'une médecine scientifique, les ouvrages théoriques, essais et articles de revues médicales se distinguent souvent des ouvrages de vulgarisation, manuels ou

dictionnaires qui ont davantage vocation à transmettre un savoir pratique et stable, plutôt qu'un savoir démonstratif. Par ailleurs, si les revues professionnelles revendiquent un aspect pratique, le contenu de leurs publications est plutôt hétéroclite et s'avère plus bigarré que dans les ouvrages ou manuels médicaux. Enfin, les cas cliniques et observations publiés dans les articles de revues n'apparaissent pas forcément dans d'autres littératures médicales. En effet, ces publications comprennent une variété de textes, tels que des comptes-rendus de congrès, des retranscriptions de leçons cliniques ou d'échanges ayant eu lieu au sein de sociétés savantes. Ainsi, en complément des archives médicales et administratives, les articles issus de la presse médicale et professionnelle représentent une source documentaire particulièrement riche pour étudier la multiplicité des « lieux de savoir » de l'anorexie, ainsi que pour interroger les dynamiques médicales et scientifiques de production des « seuils diagnostiques » de cette catégorie.

2. Les « lieux de savoir » de l'anorexie

Les « lieux de savoir » sont multiples et s'établissent à des échelles diverses, allant d'un territoire géographique aux notes inscrites manuellement dans les marges d'un ouvrage. Christian Jacob (2014) identifie cependant quatre grands types de « lieux de savoir » : celui des « interactions vivantes » se déroulant lors de congrès ou au sein de communautés savantes, celui des « lieux matériels » comme les laboratoires ou les hôpitaux, celui des « instruments » tels que les outils de mesure, et enfin celui des « artefacts » dont font partie les supports scripturaux et les inscriptions. À partir de l'exposition de ma démarche cartographique visant à situer les savoirs ayant « travaillé » la question anorexique, je propose ici une complexification de la typologie établie par Jacob, en ajoutant aux lieux interactionnels, matériels, instrumentaux et artefactuels, celui des localités corporelles.

2.1. Un réseau scientifique et médical parisien qui se veut actif

Les espaces urbains constituent à certaines périodes historiques des espaces privilégiés dans la production et la circulation de savoirs (Jacob, 2007). Les villes rassemblent en effet au sein d'un même espace géographique diverses communautés savantes ainsi que divers acteurs politiques et économiques nationaux et internationaux. Mais elles abritent aussi des lieux de savoir plus spécifiques, comme des laboratoires, des bibliothèques ou des bâtiments archivistiques qui sont autant de lieux d'archivage, de conservation et de consultation de documents qui favorisent la circulation des savoirs à travers le temps.

Dans le cadre de ce travail, je me suis principalement concentrée sur les espaces savants parisiens. Ce choix a été fait en raison de la profusion d'études, de leçons cliniques, d'expérimentations et de productions littéraires et scientifiques produites ou conservées par les structures publiques situées en région parisienne (centres hospitaliers, laboratoires, archives nationales ou départementales). Ces logiques géographiques de production et de conservation s'expliquent à mon sens, et en partie, par le mouvement de centralisation des administrations et des centres de pouvoir qui s'est effectué vers la capitale dès le XVIe siècle, et qui s'est accentué au XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle. Néanmoins, dès le milieu du XIXe siècle, la France engage un mouvement de « décentralisation » (Vulbeau, 2010). Ce sera notamment le cas dans le cadre scolaire avec le ministre de l'Instruction publique François Guizot qui en 1833 octroie aux communes une plus grande responsabilité en matière de gestion et d'entretien des écoles primaires. Ces libertés communales se retrouveront plus tard autour de l'application locale par les préfets et les maires des politiques éducatives et d'hygiène votées sous la IIIe République. Néanmoins, le département de la Seine reste jusqu'au début du XXe siècle le siège des innovations médicales et hospitalières, et représente à ce titre une large plateforme d'expérimentation et de diffusion d'innovations techniques en matière de santé ou d'éducation.

Des unités spatiales de production de savoirs et d'archivage

Paris constitue à la fin du XIXe siècle un centre urbain, politique et scientifique, qui irradie par ses innovations, ses réseaux, ses universités, ses hôpitaux et ses laboratoires la scène médicale française et européenne. Sans minimiser l'influence d'autres centres urbains, ce travail s'appuie principalement sur le dépouillement et l'exploration d'archives issues de fonds conservés par la Ville de Paris ou l'État français qui portent sur le territoire francilien. Il s'agit notamment d'archives médicales et administratives conservées aux Archives nationales basées à Pierrefitte-sur-Seine, d'archives administratives et médicales de l'asile de Maison-Blanche et de l'hôpital Sainte-Anne conservées aux Archives de Paris, ainsi que des archives médicales de la Salpêtrière actuellement conservées par l'AP-HP à l'hôpital Bicêtre. Par ailleurs, j'analyse de manière privilégiée des articles de revues médicales et professionnelles, des ouvrages et des thèses de médecine conservés dans les bibliothèques parisiennes comme la Bibliothèque nationale de France, la Bibliothèque interuniversitaire de santé, la Bibliothèque Henri Ey, ou encore la Bibliothèque de l'Académie de médecine et celle du Collège de France. Mais j'ai également pu consulter des thèses conservées à la Bibliothèque universitaire de santé de Lyon ou à celle de Strasbourg.

L'accès à l'ensemble de ces documents m'a notamment permis de ne pas me cantonner au seul espace parisien, en abordant plus largement les dynamiques nationales et internationales de production et de circulation des savoirs portant sur l'anorexie.

Au cœur de la psychiatrie française ?

Au début du XXe siècle, la capitale française est placée au cœur de la tourmente qu'amène la laïcisation des hôpitaux, et s'impose à la fin du XIXe siècle comme un lieu central de la psychiatrie française et de ses innovations thérapeutiques (Goldstein, 1997). Les scientifiques qui participent à la construction de la catégorie d'anorexie et à son insertion dans la classification psychiatrique sont principalement des médecins parisiens, ou ayant été formés à Paris. Ernest-Charles Lasègue, Paul Sollier, Jules Dejerine, ou encore Jean-Martin Charcot, Édouard Brissaud, Georges Gilles de La Tourette ou Gilbert Ballet, tous ont participé à un moment ou à un autre de leur carrière aux débats portant sur l'étiologie de l'anorexie, sur sa nosographie ou sur ses traitements[66]. Bien qu'ils n'exercent pas toujours à Paris, ces médecins y ont fait une partie de leurs études ou de leur internat, et prennent part activement à des échanges qui ont lieu dans les amphithéâtres de la Salpêtrière ou dans les tribunes des sociétés savantes de la capitale[67]. De nouvelles thérapeutiques sont aussi éprouvées par des médecins non parisiens et en dehors de l'Île-de-France, comme ce fut le cas pour Pierre Janet qui réalisa ses premières expérimentations hypnotiques auprès des hystériques à l'hôpital du Havre. Cependant, la Salpêtrière, mais aussi l'hôpital Sainte-Anne, Bicêtre ou encore Ville-Évrard sont autant d'institutions médicales qui font de la capitale française, et de sa proche banlieue, un réseau hospitalier dense et actif, et surtout, qui se représente comme tel.

Dans une conférence donnée à l'*Escuela Psiquiátrica Española* portant sur le mouvement de la psychiatrie française au tournant des XIXe et XXe siècles, le neurologue et psychiatre français Henri Ey affirme par exemple que « l'école de Magnan, installée à Sainte-Anne, a brillé de tout son prestige de 1880 jusqu'à 1910 » (Ey, 2014 [1950]). D'autres figures phares de la médecine mentale comme Jean-Martin Charcot exercent également une certaine influence sur les pays limitrophes. Le jeune Sigmund Freud effectuera notamment un stage au sein du service du célèbre neurologue à la Salpêtrière (Laroche, 2020 ; Mayer, 2018), bien qu'il se rende également à Nancy afin de visiter les opposants de Charcot en matière d'hypnose.

[66] Voir en Annexe 1 le « Tableau des nominations de l'anorexie » dans lequel figurent les noms des médecins ayant abordé la question anorexique dans leurs travaux.

[67] Notons qu'une grande partie des médecins ayant traité de la question anorexique, des années 1880 aux années 1910, sont représentés sur le célèbre tableau « Une leçon clinique à la Salpêtrière » d'André Brouillet reproduit ici en Annexe 4.

De nombreuses sociétés savantes influentes en matière de psychiatrie s'établissent sur le territoire parisien. C'est par exemple le cas de la *Société médico-psychologique*, fondée en 1847 par l'aliéniste Jules Baillarger. D'abord étudiant à l'hôpital Saint-Antoine puis interne à Charenton, Baillarger est élu en 1847 à l'Académie nationale de médecine. Il prendra également la direction de la maison de santé d'Ivry, initialement ouverte en 1827 par l'aliéniste Jean-Étienne Esquirol. La *Société médico-psychologique* est présentée dans le discours d'Henri Ey (2014 [1950]) comme « une véritable Académie des sciences psychiatriques ». Ses actuels membres la désignent comme « la plus ancienne des sociétés françaises de psychiatrie et l'une des toutes premières dans le monde »[68]. Du point de vue thérapeutique, le secteur public de la santé est marqué tout au long du XIXe siècle, et après, par l'ouverture sur le territoire parisien de diverses structures privées (Faure & Dessertine, 2012), confessionnelles ou laïques, dédiées aux aliénés puis aux maladies nerveuses. Néanmoins, Paris n'est pas le seul espace géographique métropolitain à avoir façonné le visage de la psychiatrie française au cours du XIXe siècle et au début du XXe siècle. D'autres centres urbains comme Bordeaux, Montpellier, Toulouse ou Strasbourg ont aussi contribué à faire évoluer l'aliénisme, mais aussi la médecine générale et spécialisée. Toutefois, et alors même que la compréhension de la maladie mentale et ses approches neurologiques et psycho-pathologiques se chevauchent et s'opposent suivant les courants suivis par les médecins, en continuité ou en volonté de rupture avec l'aliénisme du XIXe siècle, la plupart des cas de malades présentant de l'anorexie sont rapportés par des médecins parisiens, ou adressés à un moment de leur parcours thérapeutique à des structures situées en région parisienne. Une anorexique de treize ans, originaire d'Angoulême, est par exemple envoyée auprès de Jean-Martin Charcot (Shorter, 1987 : 87). Ce dernier préconise un isolement ferme de la malade, par ailleurs difficile à mettre en place dans sa ville natale. Ces adresses ont souvent lieu lorsque les cas sont considérés comme désespérés, avec peu de chances de guérison. Elles rendent compte des réseaux de relation qui se forgent entre les médecins qui partagent des liens professionnels et d'amitié scientifique, ou de parenté, comme pour les frères Pierre et Jules Janet qui s'occupent successivement de Marceline[69], une hystérique anorexique.

[68] Voir la présentation d'elle-même faite par la *Société* et disponible sur son actuel site web : https://www.medicopsy.com/qui-sommes-nous (page consultée le 11/09/2023).

[69] Janet, J. (1889). « Un cas d'hystérie grave - Communication à la Société clinique de Paris », *La France médicale : historique, scientifique, littéraire*, n°42/6, p. 472-475 ; Janet, P. (1910). « Une félida artificielle », *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, t.69, p. 329-357.

Une manne populationnelle expérimentale

Le territoire parisien est également un espace au sein duquel foisonnent des études scientifiques et des enquêtes alimentaires et médicales qui contribuent à orienter les politiques sanitaires et les mesures d'hygiène publique relatives à l'alimentation des populations. Cet espace contribue plus largement à la production de savoirs psychologiques et physiologiques centrés autour des pathologies digestives et de la nutrition, ou sur l'organisation du travail. L'examen médical et scientifique des états nutritionnels des malades et des travailleurs participe aux plus vastes réflexions menées par les physiologistes européens autour des phénomènes nutritionnels de fatigue[70] (Rabinbach, 1992) et de la thermodynamique (Seignan, 2013).

La multiplicité des études réalisées sur le territoire parisien et sur sa population rend compte de la constitution de ce territoire par les savants comme d'un véritable « laboratoire vivant » (Diasio, 1999), dont les frontières débordent des terrains d'enquête de l'anthropologie physique et des laboratoires biologiques, mais au sein desquels l'observation et la mesure sont de mise. En effet, en raison de la densité démographique et de la paupérisation de la population parisienne et de sa région, les dispensaires de quartier, comme l'institution de la « Goutte de lait » du quartier de Belleville, les écoles publiques et écoles militaires, mais aussi les hôpitaux et services dédiés à la population enfantine constituent pour la médecine expérimentale du tournant du XIXe et du XXe siècle un important vivier, favorable au développement de nouvelles idées et théories scientifiques autour de la nutrition infantile et enfantine, en lien avec la croissance et le développement physiologique. Certains médecins membres de la *Société d'anthropologie de Paris*, comme Paul Godin (Diasio, 2019), impulsent des enquêtes statistiques sur les processus vitaux de développement et de croissance auprès de la population militaire et scolaire, dont les résultats sont publiés dans le bulletin de la *Société*. Ce dernier fournit ainsi de nombreuses informations clés sur la manière avec laquelle l'anthropologie française et parisienne de la fin du XIXe siècle a construit, à travers la revendication de l'étude de thèmes phares comme la croissance physique des enfants et des adolescents, des standards scientifiques de développement.

Les écoles et notamment les lycées constituent également des lieux d'expérimentation de pratiques pédagogiques et médicales. Par exemple, dans les années 1920 et 1930, certains lycées sont désignés par le ministère de l'Instruction publique comme des lieux d'expérimentation de

[70] Par exemple la médecin Józefa Jotejko ayant travaillé sur les phénomènes de fatigue dans le travail ouvrier et chargée en 1916 de donner un cours au Collège de France autour de ces questions, a notamment réalisé ses travaux de thèse sous la direction du physiologiste Charles Richet, par ailleurs connu pour ses expérimentations autour des processus de nutrition.

la mise en place de pratiques de prévention sanitaire comme la vaccination antityphoïde obligatoire ou les « fiches physiologiques »[71]. L'introduction en 1930 d'un carnet de santé destiné à la surveillance médicale des élèves (de haut rang social) qui effectuent leurs études au sein des établissements parisiens Henri IV, Janson-de-Sailly, Lakanal, Michelet et Montaigne, se fait également à titre expérimental. Dans une lettre adressée aux chefs des établissements concernés, le recteur de Paris précise qu'il « laisse pour ce travail de mise au point, toute liberté de recherche et d'expérimentation »[72].

La région parisienne représente donc au tournant du XIXe siècle et du XXe siècle un espace géographique de production et de circulation de savoirs médicaux, psychiatriques et physiologiques. Le territoire s'apparente également par ses multiples institutions à un « lieu d'élaboration et de labeur » (Mandressi, 2007 : 433), regroupant des espaces dédiés au soin, à l'expérimentation médicale ou à l'éducation (écoles, hôpitaux, universités) ainsi qu'un réseau de relations et d'acteurs y circulant, et qui sont connectés entre eux. Toujours dans une démarche cartographique visant à positionner les lieux de savoir de l'anorexie, ce travail étudie de manière privilégiée la dynamique des pratiques – notamment d'observation et de mesure des corps – et des savoirs échangés entre ces institutions autour de la question anorexique. Cette approche est notamment articulée autour de l'étude des documents et des pratiques de mesure et d'observation partagées par ces institutions.

2.2. La matérialité des savoirs

L'anthropologie historique des savoirs repose sur l'étude des traces et des sources documentaires permettant d'accéder à la « fabrique des savoirs » (Jacob, 2014) sur un temps et dans un espace donné. Toutefois, et contrairement à une analyse purement sémiotique ou linguistique, il est question dans une analyse documentaire « orientée vers la pratique » (Asdal & Reinertsen, 2021) de saisir la matérialité des savoirs produits et circulant dans et à travers les documents. Défendant ainsi ici une approche par le « material semitotics », je suggère, avec les travaux de John Law, que les pratiques sociales, dont font partie les pratiques savantes et scientifiques[73], « résultent de tissages entre des fils sémiotiques, c'est-à-dire relationnels et porteurs de significations, et matériels, à savoir relatifs à des objets physiques pris dans ces

[71] Archives Nationales, Fonds de l'Académie de Paris : AJ/16/87/84 : Statistiques des vaccinations (1921-1927), Contrôle médical carnets de santé (1929-1932).

[72] Archives Nationales, Fonds de l'Académie de Paris : AJ/16/8784, Contrôle médical carnets de santé, Instructions et communications des chefs d'établissements (1930-1932).

[73] Les savoirs scientifiques constituent une partie des savoirs savants. J'utilise néanmoins dans ce travail les deux notions de manière identique, renvoyant aux savoirs médicaux et scientifiques produits autour du pathologique, de l'anormal ou du développement en général.

relations et façonnés par elles »[74] (Law, 2019 : 1). C'est dans ce cadre que les lieux de savoir documentaires de l'anorexie, allant des archives aux inscriptions (tableaux, graphiques, tracés) reproduites dans les ouvrages médicaux, sont étudiés.

Qu'est-ce qu'un document ?

Un document est-il un réservoir graphique de signes, un objet qui passe de main en main, une trace de l'activité humaine archivée dans des dossiers ? Sûrement tout cela à la fois. La notion de « document » renvoie ici à tout objet ou artefact dont la matière et la surface comportent des inscriptions textuelles, graphiques, chiffrées, iconiques ou photographiques, ou encore des marques issues des activités culturelles humaines comme l'étudie Tim Ingold (2007) dans son « histoire des lignes ». La définition suivante est issue des travaux de la documentaliste Suzanne Briet (1951 : 7) qui écrit dans son manifeste « Qu'est-ce que la documentation » :

> « *Une étoile est-elle un document ? Un galet roulé par un torrent est-il un document ? Un animal vivant est-il un document ? Non. Mais sont des documents les photographies et les catalogues d'étoiles, les pierres d'un musée de minéralogie, les animaux catalogués et exposés dans un zoo* ».

Cette approche anthropologique du document nous invite à le penser à travers les activités cognitives et intellectuelles qui le font naître. En effet, l'historienne Sylvie Fayet-Scribe (2012) nous apprend que Briet perçoit la documentation comme « une des conditions indispensables à l'outillage du travail mental ». La documentaliste s'appuie d'ailleurs sur les travaux de Robert Pagis, directeur du laboratoire de psychologie sociale de la Sorbonne de 1951 à 1985, et le paraphrase en déclarant que « la documentation est à la culture ce que la machine est à l'industrie » (cité par Fayet-Scribe, 2012 : 42). Selon Briet : « Les outils du travail intellectuel ont profondément transformé le comportement de l'homme […] la main a servi l'esprit, l'outil a développé le cerveau. Le cerveau en retour a guidé la main. Telle est l'omniprésence de l'intelligence » (*ibidem*.).

Cette inscription de la documentation dans le champ de la technique fait bien sûr écho, comme le souligne Fayet-Scribe, à la pensée de l'anthropologue André Leroi-Gourhan (1977 [1965]), autour des relations de l'homme à l'outil. Elle ouvre également des perspectives de discussion avec les positions marxistes concernant la machine industrielle. Mais cette définition ouvre aussi la voie aux travaux de l'anthropologue Jack Goody concernant l'étude de la matérialité

[74] *"[They] are woven out of threads to form weaves that are simultaneously semiotic (because they are relational, and/or they carry meanings) and material (because they are about the physical stuff caught up and shaped in those relations".*

des techniques d'écriture. Dans « La Raison graphique » (1978), Goody interroge les capacités transformatives de la cognition et de la culture portées par l'écriture. Il affirme notamment que « l'écriture favorise des formes spéciales d'activité linguistique et développe certaines manières de poser et de résoudre les problèmes » (Goody, 1978 : 267). Les procédés d'écriture sont ainsi, pour lui, au fondement d'une domestication de la « pensée sauvage ». La liste, la formule ou le tableau permettent de réaliser des activités cognitives impossibles à mettre en œuvre à l'oral. Les manières avec lesquelles l'humain documente le monde structurent donc l'humain lui-même, ses manières d'agir sur lui-même, ainsi que les rapports qu'il entretient avec son environnement.

Cette approche matérielle de la « pensée », à travers l'étude de sa structuration dans l'écriture, est également au cœur de l'anthropologie historique des savoirs et des pratiques savantes défendue par des anthropologues et historiens des sciences comme Bruno Latour, Christian Jacob ou Jean-François Bert. Leurs travaux soulignent en effet la forte intrication entre les démarches de connaissance des scientifiques et les formes d'écritures savantes, qui impliquent elles-mêmes l'incorporation de la part des savants de « techniques du corps » (Mauss, 1993 [1934]) et de pratiques d'écritures savantes spécifiques. Dans son histoire de la fiche érudite, Bert (2017) montre par exemple que la matérialité de la fiche, ses dimensions et les opérations intellectuelles et d'écriture qui mènent à sa fabrication, façonnent aussi bien les pratiques scientifiques que ses objets et les régimes de véridiction, par l'accumulation de données empiriques et de références. En questionnant la diversité des espaces, des pratiques sociales et des instruments de production de savoirs, les travaux et réflexions portées autour des « lieux de savoirs » (Jacob, 2007, 2011) ont quant à eux mis au cœur des analyses des savoirs l'interface dynamique entre la matérialité des espaces, des documents et des corps savants.

Si dans le cadre des études ethnographiques portant sur les pratiques laborantines (Knorr Cetina, 1995 ; Latour & Woolgar, 1996 [1979]) il est possible d'accéder directement aux pratiques réalisées par les acteurs sur le terrain, cela s'avère bien plus compliqué dans le cadre d'une approche historique telle que nous la défendons ici. À ce titre, Jacob (2014) s'interroge sur la pertinence d'une analyse de l'écriture scientifique en dehors de toute possibilité d'observation directe des processus et étapes de production de ces écritures. Il se demande notamment comment, avec les apports du *Practical turn*, « appliquer ce type de questionnement aux situations du passé, proche ou lointain échappant à l'observation directe ? » (Jacob, 2014c : 19). La matérialité est la clé de cette énigme méthodologique, puisqu'une entrée par les « lieux de savoir » – entendus comme ce qui « peut être le projet de matérialiser, de partager et de

transmettre le savoir, sous la forme par exemple d'une bibliothèque, mais ce lieu peut également être le cadre de l'activité savante, de la pièce à la table, de la table à l'instrument et jusqu'au support inscrit » (Jacob, 2014b : 8) – permet d'accéder par les traces et les sources à ces dynamiques de production d'objets savants historiquement et géographiquement situés.

Par le biais de l'étude des lieux de savoirs de l'anorexie, nous souhaitons ainsi dans ce travail rendre compte de la constellation des espaces, des acteurs, des instruments de mesure et d'observation, mais aussi des documents et des inscriptions qui dans leur rapprochement et leur éloignement mutuels, depuis diverses spécialités médicales, ont façonné les frontières de cette catégorie médicale. L'anorexie est ainsi appréhendée ici comme un objet de savoir aux multiples dimensions, qui sont agencées au sein d'un même regard médical.

L'œil instrumenté et ses figurations

Le regard occupe dans l'histoire des savoirs occidentaux une place particulière (Bert & Lamy, 2021 ; Foucault, 2015 [1963]). Par la vue, les savants observent des phénomènes, classent des individus et produisent des savoirs sur ces derniers. Le regard médical renvoie à la capacité savante des médecins à évaluer, par une approche clinique, les caractéristiques corporelles des individus et à juger, par-là, de l'anormalité de leur état physique et mental. Il s'enracine dans une nouvelle épistémologie de l'humain qui voit le jour à la fin du XVIIIe siècle, à un moment où le corps est érigé en objet de savoir (Foucault, 2015 [1963]). Cependant, ce regard savant n'est jamais neutre et s'organise suivant un ensemble d'instruments et de pratiques savantes codifiées qui façonnent les objets étudiés, dont le corps humain et ses composantes.

Les représentations savantes du monde, qu'elles soient graphiques, iconographiques ou même scripturales ou numériques, sont le produit d'une configuration socio-technique, politique et scientifique donnée. Dans le cadre de l'histoire des instruments scientifiques, l'étude des représentations visuelles produites par des instruments de visualisation (dessins naturalistes, photographies, écritures mathématiques) permet par exemple d'accéder aux usages faits par les savants des instruments scientifiques, mais aussi de saisir quelles conceptions du monde sont partagées par la société, et comment cette dernière accède collectivement à ce qui n'est autrement pas visible à l'œil nu (par exemple les planètes ou l'intérieur du corps). Dans le domaine scientifique, les représentations visuelles fondent depuis le XVIIe siècle la validité de l'objectivité scientifique. À partir d'une étude des images scientifiques contenues dans des atlas savants, Lorraine Daston et Peter Galison (2007) soulignent la superposition successive, allant du XVIIIe siècle au milieu du XXe siècle, de trois régimes de l'objectivité : le régime de vérité

d'après nature (« *truth-to-nature* »), le régime de l'objectivité mécanique (« *mechanical objectivity* ») et le régime du jugement éclairé (« *trained jugement* »). Le premier régime est symbolisé dans leur travail par les dessins naturalistes. Il suppose l'action du savant qui non seulement observe le monde, mais aussi le dessine, et par ce biais, l'améliore. Ce régime d'objectivité tend notamment à produire des images génériques qui effacent les différences entre les spécimens représentés, et participe à la classification de ces variations en espèces ou en familles esthétiques ou morphologiques. Ce procédé s'applique dans le champ de l'histoire naturelle à la flore et à la faune. Il favorise également, lors des premiers pas naturalistes de l'anthropologie, la constitution d'idéaux humains (Guédron, 2009). Le deuxième régime, celui de l'objectivité mécanique, est défini au XIXe siècle en négation de la subjectivité. Daston et Galison mettent en avant la défiance scientifique qui naît à cette époque à l'égard de la subjectivité. Les technologies qui semblent permettre une absence de subjectivité comme la photographie sont par exemple présentées par les savants comme de simples outils d'enregistrement des phénomènes du monde. Dans ce cadre, la photographie scientifique (Aigrain, 2023 ; Didi-Huberman, 1981) entre dans le champ de la médecine et de la psychiatrie en tant qu'outil d'observation et d'objectivation des manifestations de la folie.

La représentation visuelle constitue dès le XVIIIe siècle un vecteur majeur de production et de présentation de savoirs sur le monde et sur l'humain. Dans cette perspective, et pour reprendre les termes de Jérôme Lamy (2022 : 25), « la représentation est un dispositif probatoire et argumentatif ; elle n'a pas uniquement vocation à soutenir un texte ou à illustrer ; elle déploie sa propre logique de véridiction ». Cette logique de véridiction par l'image s'appuie sur des formes partagées de figuration. En effet, l'objectivité scientifique s'élabore dans une ontologie spécifique aux sciences modernes et occidentales, qui est qualifiée par Philippe Descola (2005, 2021) de « naturaliste »[75]. Selon cette ontologie, dont le point culminant est placé au XIXe siècle, l'humain se caractérise d'un côté par une discontinuité morale, et de l'autre par une continuité physique avec le reste du vivant. Cette conception s'enracine dans de nouveaux modes de figuration du monde qui, dans les arts, mais aussi en sciences, reposent sur la mesure et la comparabilité des êtres vivants, perçus comme partageant un même environnement et une même nature biologique. À cet égard, Descola (2021) souligne la mise en place en Europe, dès le XVIIe siècle, d'une « conquête du visible », où les techniques de figuration sont perçues comme des outils d'accès des humains, par leur regard, à un espace physique partagé par tous

[75] Descola identifie quatre ontologies correspondant à quatre manières culturellement situées de concevoir l'humain, sa nature, et les relations qu'il entretient avec son environnement. Il s'agit de l'animisme, du totémisme, de l'analogisme et du naturalisme.

les vivants. Dans le champ artistique et figuratif, les représentations picturales de scènes quotidiennes ou de paysages visent alors à mettre en avant l'environnement physique commun à tous les êtres vivants, ainsi que la singularité de l'humain capable de s'en extraire pour regarder le monde, mais aussi pour s'observer lui-même agissant dans et sur ce monde. Ceci revient « avant tout à rendre visible une relation, celle d'un sujet humain au spectacle du monde qu'il institue par le fait de l'observer là où il se trouve » (Descola, 2021 : 446). Ces figurations contribuent à l'entrée de la catégorie d'humain dans le champ de l'histoire naturelle, et ouvrent la voie au XIXe siècle à la constitution du corps comme objet de savoir sur et par l'humain lui-même (Foucault, 2008 [1969], 2015 [1963]). Continuellement étayé par des instruments d'observation et des pratiques de visualisation (par exemple, les représentations scripturales ou, plus tard, photographiques), le regard savant s'enracine donc depuis le XVIIIe siècle dans une ontologie naturaliste. Il y constitue notamment le vecteur privilégié par le biais duquel sont pensées autant les variations des faits humains que les frontières corporelles distinguant l'humain du reste du monde vivant.

Les localités corporelles

Qu'elle soit appréhendée comme un symptôme ou un diagnostic médical, l'anorexie doit, pour exister en tant qu'objet de savoir, être observable et visualisable par les médecins et les scientifiques qui s'y intéressent. Cette affirmation peut paraitre un truisme. Pourtant, l'observabilité de certaines données empiriques n'a rien d'évident. Du moins, si elle est formulée ainsi, il s'agit d'une évidence non naturelle qui mérite d'être interrogée. L'observabilité de données corporelles ou biologiques repose en effet sur une somme de pratiques sociales et savantes, instrumentées ou non, qui s'insèrent et participent à la définition de « régimes de connaissance » (Schaffer, 2015) qui orientent le regard en visibilisant ou invisibilisant certaines caractéristiques physiques du monde. Faire de l'anorexie un objet de savoir demande donc non seulement aux savants de pouvoir se figurer son existence et la visualiser à partir de supports documentaires, mais requiert aussi l'usage de certaines pratiques d'observation, de mesure et de quantification du monde qui rendent le phénomène visible, c'est-à-dire accessible aux sens, énonçable et véridique. Mais si le corps des observateurs est un vecteur central dans la définition médicale de l'anorexie, en tant que vecteur d'exercice du regard médical, c'est bien aussi sur d'autres corps, ceux des malades, que s'exerce ce regard médical.

Selon Michel Foucault (2004a [1979]), le regard clinique anatomise les corps humains et demande la même chose que l'histoire naturelle, c'est-à-dire d'identifier des traits, de regrouper

des cas ou encore de classifier des individus, par espèce et par famille. Ainsi, lorsqu'il affirme que pour comprendre la médecine moderne il faut « se maintenir au niveau de la spatialisation et de la verbalisation fondamentale du pathologique » (*ibid.* : 8), il nous invite à interroger la façon dont le corps humain dépend du langage qui le produit, mais aussi qui conditionne l'expérience que le médecin fait de sa rencontre avec le corps de l'autre, et qui oriente son regard. En d'autres termes, la maladie se nichant dans les corps, c'est par le regard clinique et sa grammaire que certains phénomènes sont rendus visibles et énonçables. La visibilité dépasse donc le seul sens oculaire pour embrasser l'ensemble des variables culturelles et historiques qui la font émerger et lui donnent sens. Elle désigne alors comme l'exprime l'anthropologue Hervé Munz (2019 : 147) :

> « *L'agencement – pour un individu ou un collectif, dans un contexte socio-historique précis – non seulement de facultés sensorielles (non limitées à la vue), d'éléments matériels, de pratiques, mais également de discours, de valeurs et d'institutions qui rendent un objet ou un processus visible, et configure le regard* ».

Cette configuration du regard n'est pas seulement le fait des idées, mais aussi celui de variables matérielles, instrumentales et corporelles. En somme, ce sont les manières de savoir par le regard et ses agencements socio-techniques qui fabriquent le visible. Les frontières visibles du corps s'établissent au travers des orientations prises par le regard savant, lequel s'exerce aussi bien via des techniques incorporées par les observateurs que par le biais de techniques d'écriture et de visualisation des corps. Le regard clinique s'oriente et s'applique ainsi sur les corps, de concert avec les inscriptions et leurs modalités de mise en dialogue dans les écrits savants.

André Turmel (2013) étudie la double fonction des inscriptions qui sont autant des supports de mémoire et une matérialisation des savoirs que des objets matériaux et signifiants incorporés par le biais des institutions encadrant les dispositions corporelles. Il souligne en effet que les corps ne sont pas seulement le fait de pratiques disciplinaires de dressage, mais aussi le résultat de phénomènes d'inscription et d'incorporation de ces inscriptions. Les phénomènes d'inscription se réfèrent par exemple au langage, aux codifications corporelles ou même aux pratiques d'écriture scripturales et graphiques des corps. En effet, pour Turmel, l'écriture et sa centralité dans les sociétés lettrées occidentales du XIXe siècle et du XXe siècle introduit une dimension scripturale à l'incorporation, puisque « le passage d'une tradition orale en culture de l'écrit génère la transition de l'incorporation à des pratiques inscrites » (Turmel, 2013 : 73). Il étudie ainsi les formes d'incorporation de certaines dispositions

corporelles durant l'enfance, à travers les inscriptions circulant au sein de la « littérature de conseil » et médicale portant sur le développement de l'enfant (carnets de santé, tableaux de poids, manuels de puériculture, échelles de croissance), qui est abondamment produite à l'orée du XXe siècle. L'apport majeur de l'ouvrage de Turmel au champ de la sociologie historique des pratiques savantes portant sur l'enfance repose donc sur son étude du jeu mutuel entre ces pratiques savantes d'observation, les supports matériels de mesure et de comparaison, et les pratiques d'écriture qui entourent le développement de l'enfant et lui donnent forme. Son travail met également en avant le pouvoir d'action des inscriptions qui façonnent, par le biais des institutions qui les produisent et y recourent, les dispositions corporelles enfantines qui se déclinent selon la classe sociale et le genre. Dans cette perspective, ce travail de thèse propose d'identifier, par l'étude des traces documentaires laissées dans les ouvrages, dans les archives ou dans les iconographies scientifiques, les segments (tronc, bassin), les couches (peau, nerfs) et les organes (estomac, cerveau) dont les formes, les rythmes d'activation, les seuils de sensibilité et les techniques corporelles associées font l'objet d'examens et de discours historiquement situés. Delphine Gardey et Ilana Löwy (2000) rappellent que la pensée médicale des XIXe et XXe siècles est une pensée de la distinction. Les savoirs et les pratiques médicales tendent à fabriquer des différences entre les sexes – qu'elles soient morphologiques, anatomiques, physiologiques ou hormonales – à partir de « sites » et de « lieux pertinents » (Gardey & Löwy, 2000 : 12) du corps servant à signifier cette différence.

J'interroge ainsi dans la suite de ce travail la manière avec laquelle les savoirs sur l'anorexie s'appuient sur l'observabilité de « localités corporelles » spécifiques aux corps enfantins et féminins. Philippine Valois (2021) montre par exemple que dès la fin du XVIIIe siècle, le sternum et le bassin figurent parmi les segments corporels privilégiés dans l'identification des physiologies féminines. D'après les textes médicaux de l'obstétricien Joseph Capuron ou ceux publiés dans l'Encyclopédie de D'Alembert, un bassin élargi et un sternum troué servent aux fonctions reproductives féminines (Valois, 2021 : 125-126). Outre le squelette, c'est aussi la morphologie extérieure et la répartition de la graisse sur le corps qui font l'objet de discours médicaux portant sur le « sexe ». Les savoirs produits autour de la puberté féminine vont ainsi s'appuyer sur une observation de certaines localités corporelles. Capuron affirme par exemple à propos des signes physiques d'apparition des règles (*ibid.* : 437) :

> « *Il faudroit être bien aveugle, ou n'avoir aucune teinture de physiologique, pour méconnoître la révolution qui s'opère dans le physique et le moral de la femme aux*

approches de la puberté. Tout annonce alors que l'économie animale s'ébranle et acquiert une nouvelle énergie. La matrice et le sein deviennent deux centres d'action ou de vitalité, qui vont maitriser désormais toutes les autres parties de l'organisme. Voyez comme le tissu cellulaire s'amasse autour de la poitrine et du bassin, pour aller se distribuer ensuite aux membres thoraciques et abdominaux »[76].

Cet extrait datant du début du XIX[e] siècle illustre la nécessité de prendre en compte dans notre cartographie des lieux de savoirs de l'anorexie les localités corporelles qui ont été rendues visibles au regard médical, par le biais de pratiques matérielles d'observation, de mesure et de comparaison des corps enfantins et féminins.

2.3. La matérialité des corps

Dans un dernier temps – et avant de présenter plus concrètement ce que ce point induit concernant les « seuils » de l'anorexie –, je souhaiterais clarifier la place accordée respectivement au corps, à la technique et aux documents dans cette étude, et ceci, de manière à rendre le plus évident possible l'apport d'une étude de la diversité des lieux de savoirs de l'anorexie. Je m'intéresse en effet ici au corps dans ses dimensions matérielles et techniques, c'est-à-dire à un corps fait de chair et d'os. Ce dernier est soumis en tant que matière vivante à des processus vitaux irréductibles (croissance, sénescence, reproduction), bien que possibles à orienter et avec lesquels l'humain interfère (Hacking, 1981; Pitrou, 2022) par le biais de techniques d'action sur et à travers la matérialité, ainsi qu'en interaction continue avec des objets (Julien & Warnier, 1999). Pour faire état des mondes de savoirs qui gravitent autour de la question anorexique, une réflexion se distille tout au long de ce travail : celle portant sur les façons dont la matérialité des corps et des sensorialités associées à certains processus vitaux sont travaillées et formalisées par des savoirs scientifiques et médicaux, avant d'être incorporés par l'apprentissage et dans les techniques corporelles.

Le corps technique

Marcel Mauss a ouvert, avec sa conférence sur les « techniques du corps » présentée devant la *Société de Psychologie* en 1934, un champ d'étude anthropologique qui a depuis largement essaimé, celui du corps et de ses techniques. Le récit de l'épiphanie de Mauss au sujet du corps technique est aujourd'hui célèbre. C'est en observant la forte ressemblance entre la démarche des actrices de cinéma et celles des infirmières d'un hôpital new-yorkais où il séjournait, que le savant eut l'intuition de la malléabilité sociale des pratiques corporelles. La suite du récit est elle aussi bien connue. De retour en France, Mauss généralise son intuition et décline les

[76] Capuron, J. (1817). *Traité des maladies des femmes*, Paris : De Crapel, p. 17.

situations sociales où se modélisent les pratiques corporelles (pratiques de rendement, techniques de l'enfance et de l'adolescence). Dans le cadre de notre étude de la production d'une catégorie médicale attachée aux âges de la vie, en particulier à l'enfance et l'adolescence, la classification biographique et thématique des techniques du corps apprises et incorporées au fil des « âges de l'homme » (Mauss, 2022 [1934] : 62) constitue un point de départ fécond pour penser le corps technique et la manière dont il se manifeste à travers l'émergence de catégories médicales comme l'anorexie. Georges Vigarello (2022) identifie dans la conférence de Mauss trois propositions majeures. La première proposition est celle d'un corps outil dont les techniques ne se limitent pas à l'usage d'instruments. La deuxième proposition porte sur la variabilité des techniques selon la culture. La troisième, qui découle de la précédente, porte sur la variation des techniques dans le temps. Avant de porter notre regard sur la première proposition et de la nuancer à la lumière des critiques formulées par l'anthropologie de la culture matérielle, je souhaiterais revenir sur ce que la proposition maussienne concernant une variation des techniques du corps dans le temps et l'espace implique pour notre étude.

Comme le montre Vigarello (2022) dans sa lecture des travaux de Mauss, la variation des techniques du corps au cours du temps répond à des enjeux sociaux, politiques et économiques rendant une technique efficace et transmissible. Mais l'historien omet de rappeler que cette variation renvoie chez Mauss aussi bien à une variation historique qu'à une variation à l'échelle individuelle et développementale. En effet, Mauss énumère les techniques d'élevage des enfants, de sevrage et d'apprentissage de la marche ou de la nage. Il souligne qu'après le sevrage, les enfants savent boire et manger. Il montre qu'à l'âge adulte ces actions vitales peuvent se faire avec la main outil ou avec la main outillée, directement au jet de la source ou via un contenant. En somme, boire et manger sont des techniques du corps apprises au cours du temps, parfois facilement, parfois à l'issue de fortes contraintes disciplinaires. On ne mange donc pas de la même manière à deux ans qu'à cinq ans. Les techniques ne sont pas non plus les mêmes entre les femmes et les hommes, les premières étant généralement présentées comme désavantagées sur le plan technique (Bromberger, 2012 ; Tabet, 1979), notamment lorsque cela implique de la force. Si l'approche maussienne des techniques du corps interroge l'apprentissage de techniques au cours du développement, elle ne questionne cependant pas nécessairement la production des savoirs concernant ces apprentissages, ni les représentations genrées que ces savoirs véhiculent, et qui contribuent à justifier des rapports sociaux de domination et à ériger des catégories sociales d'âge ou de genre.

Ces éléments viennent ainsi compléter en certains points les travaux de Mauss qui n'interrogent pas les pratiques savantes donnant sens aux conceptions culturelles de ce que serait le développement humain, individuel, collectif et genré. Mauss évoque bien les rythmes et leur variabilité culturelle, ceux de la marche et de la respiration, mais ne fournit pas d'indication sur la définition sociale et biologique de ces phénomènes biologiques et culturels. Il ne nous apprend rien non plus des rythmes et des quantités alimentaires, de leurs diminutions ou de leurs accélérations, ni même des variations de ces quantités selon l'âge, le genre, l'état physiologique ou l'état de santé supposés.

Notons ici que nous ne nous opposons pas à la réalité biologique des corps enfantins, ni même au partage par le vivant de processus vitaux irréductibles dont la croissance et le développement font partie. L'exploration des lieux de savoirs de l'anorexie, c'est-à-dire des espaces, des acteurs, des pratiques et des disciplines médicales qui forgent la constellation de savoirs sur cette catégorie médicale, nous invite aussi à interroger comment la matérialité des savoirs se heurte de diverses manières à celle des corps enfantins, pour lesquels les processus de croissance et de développement sont particulièrement instables (Diasio & *al*., 2019). En d'autres termes, notre approche cartographique nous mène indéniablement à prendre en compte la matérialité des phénomènes vitaux qui sont observés, objectivés et à certains égards stabilisés par les médecins, par le biais de l'écriture (Turmel, 2013).

Avec son projet d'étude d'un humain « bio-psycho-social », Mauss porte une vision de ce même ordre, selon laquelle l'enfance et l'adolescence sont une période d'apprentissage biologiquement féconde, durant laquelle l'enseignement de certaines techniques du corps détermine les « habitus » de l'individu à l'âge adulte. Comme une vérité générale, Mauss affirme par exemple dans sa conférence de 1934, à propos des techniques de l'enfance, que « la femme est très longue à se sevrer de son lait » (Mauss, 2022 [1934] : 63). Il affirme également : « Pour les hommes comme pour les femmes, le moment décisif est celui de l'adolescence. C'est à ce moment qu'ils apprennent définitivement les techniques du corps qu'ils garderont pendant tout leur âge adulte » (*ibid.* : 64). Mauss aborde néanmoins peu les techniques corporelles visant à agir sur le biologique, de manière par exemple à minimiser le temps de sevrage, ou à calculer le moment d'apprentissage le plus opportun lors de l'adolescence, dont les formes d'existences politiques et sociales varient par ailleurs dans le temps et dans l'espace. En bref, l'enfance et l'adolescence sont pour Mauss des moments biologiquement stabilisés, et surtout, décisifs pour les apprentissages et l'incorporation de dispositions qui seront maintenues à l'âge adulte. Mais à quoi se réfèrent culturellement et matériellement ces moments biologiques de la vie humaine ?

À quel humain et à quelles actions sur le monde et sur le corps font-elles référence ? Si Mauss ne répond pas explicitement à ces questions, c'est sans doute parce que son intérêt est ailleurs. Il souhaite intégrer la question corporelle à l'anthropologie générale, et se réfère pour cela à des débats portés par une psychologie du début du XXe siècle particulièrement attentive aux dynamiques biologiques et physiologiques de l'intellect et des actions motrices.

Les consistances du corps

Cet oubli du corps matériel chez Mauss a été mis en lumière dès les années 1990 par les travaux en anthropologie de la culture matérielle. Les travaux du groupe « Matière à Penser » (Julien & *al*., 2006 ; Julien & Warnier, 1999) suggèrent que la conférence de 1934, sous couvert d'investir le corps, en oblitère les relations matérielles avec le monde qui lui donne forme. En affirmant une distinction entre le corps et les objets, c'est-à-dire entre le corps instrument et les instruments extérieurs au corps et qu'il manie, Mauss semble ainsi passer à côté des consistances du corps, alors même qu'il revendique s'y intéresser. Le projet du groupe « Matière à Penser » réactualise donc le projet maussien en comblant certaines de ses lacunes. La réintroduction des objets et de leur dynamique d'incorporation nous paraît d'une grande aide pour comprendre les modalités socio-techniques de production de savoirs sur les corps, mais aussi pour saisir l'effet de ces modalités sur la construction de l'existence sociale de l'anorexie à travers des matérialités corporelles, instrumentales et techniques.

Partant donc des apports de l'anthropologie des pratiques savantes, des corps et de la culture matérielle, la focale analytique n'est placée ici ni strictement du côté des corps savants (c'est-à-dire des médecins et scientifiques), ni de celui des corps « objets de savoirs » (c'est-à-dire des sujets malades), mais bien à leur interface. Outre la relation matérielle qui lie le savant à son écriture, et donc d'un point de vue de l'anthropologie matérielle, qui lie le savant au livre qu'il consulte, au document qu'il étudie ou au carnet qu'il remplit, la question anorexique – dans ses dimensions documentaires – soulève une autre relation matérielle, celle des sujets malades aux objets, mais aussi celle des corps des médecins aux corps des malades[77].

La relation matérielle des sujets aux objets passe par des dynamiques d'incorporation et de désincorporation de ces derniers dans l'action (Julien & Warnier, 1999). Si l'on considère les documents comme des objets, ce point rejoint l'approche socio-historique d'André Turmel

[77] Notre analyse se situe à l'interface entre le corps des médecins et celui des malades, mais il est évident que les médecins ne sont pas les seuls acteurs du champ médical ni les seules personnes qui interagissent avec les malades. À ce titre, il serait envisageable de mener une étude sur les relations nouées, par exemple, entre les anorexiques et les équipes de soin infirmier, dans les hôpitaux ou les espaces asilaires, depuis les archives officielles et privées existantes sur ce groupe professionnel (Chevandier, 2011).

autour de l'incorporation de dispositions corporelles par les documents. Notons néanmoins que Turmel adopte une approche latourienne reconnaissant aux documents un statut d'acteur, ce qui ne semble pas être fondamentalement le cas d'une anthropologie de la culture matérielle où les documents ne sont acteurs seulement dans la mesure où ils sont les supports d'incorporation de dynamiques d'action. De ce fait, il s'agit plutôt de redéfinir en des termes phénoménologiques les notions de sujet, d'acteur, d'individu et de personne à partir des objets avec lesquels ces entités dialoguent. De cette manière, nous nous intéresserons ici aux documents comme à des objets à analyser en relation avec deux de ces notions. Celle d'abord d'« individu », que nous mentionnons dans ses dimensions à la fois anthropologique et biologique, c'est-à-dire comme une entité ayant un corps et une identité, qu'elle soit d'espèce ou pathologique[78]. Celle ensuite de « sujet » que nous abordons du point de vue des relations de pouvoir comme un corps qui se gouverne dans ses dimensions les plus biologiques, et qui est mu par des désirs, tout en agissant sur lui-même et sur le monde.

Ainsi, ce détour par l'approche maussienne du corps et la critique qui en est faite par l'anthropologie de la culture matérielle nous permet de préciser deux choses à propos de ce travail. La première est de remettre au cœur de l'analyse des savoirs sur l'anorexie ce qui en est vraiment l'objet, c'est-à-dire le corps technique ou technicisé à travers la notion d'individu et de sujet. Dans le cadre de l'anorexie, cette réflexion sur le corps technique implique d'interroger la place accordée à l'activité alimentaire dans les savoirs et pratiques savantes portant sur l'humain et sur son développement. Avec la sécularisation des sociétés européennes et la médicalisation des comportements alimentaires, la notion même d'anorexie (désignant alors une perte d'appétit accompagnée d'un refus de manger et d'une maigreur extrême) devient un signe clinique renvoyant certes à un état physique pathologique, mais surtout à des conduites jugées inadaptées en matière d'alimentation. Lorsqu'au milieu du XIXe siècle le jeûne prolongé ne peut plus être expliqué par les lois divines, il fait l'objet d'expertises psychiatriques (Bell, 1985 ; Brumberg, 1988 ; Goldstein, 1997). Avec l'accroissement des savoirs anthropologiques et physiologiques, ainsi qu'avec la multiplication des techniques d'examen du fonctionnement interne des corps, l'alimentation et ses diverses manifestations (types d'aliments, rythmes, quantités, calories) sont étudiées au prisme du milieu de vie (climat, profession) et des temps de vie (croissance, grossesse, travail). La question alimentaire est alors située à l'intersection

[78] Elle se rapproche en cela de la notion de « spécimen », entendu comme un exemplaire de l'espèce. Nous n'utilisons néanmoins pas ce dernier terme qui s'applique préférentiellement aux êtres étudiés par les sciences naturelles et dont l'usage ici demanderait certaines précautions et clarifications, ce qui nous éloignerait de notre principal objet d'étude.

de multiples autres techniques du corps qui rythment le « cycle de vie » (Mauss, 1993 [1934]) et les processus vitaux de développement, telles que l'allaitement ou le sevrage.

Du point de vue de l'anthropologie sociale, la « division sexuelle du travail alimentaire » (Fournier & *al*., 2015) et de l'accès aux ressources a fait l'objet d'une attention particulière en sociologie et en anthropologie. On pense aux études notables de Robert Brightman (1996) sur la division sexuelle de la quête alimentaire, ou de Paola Tabet (1979) sur l'asymétrie de genre dans la maîtrise des armes et de la chasse. Ces études montrent que les techniques alimentaires de genre façonnent les relations qu'entretiennent les sujets avec la culture matérielle et ses objets, mais aussi les corps eux-mêmes. Priscille Touraille (2008) a par exemple évoqué le « coût biologique » en défaveur des femmes des politiques inégalitaires d'accès aux ressources alimentaires. Au fil du temps individuel et collectif, la consistance du corps, ses sensations, sa tessiture, sont constituées en relation avec l'environnement matériel, mais aussi en interaction avec les normes sociales de genre. Les apprentissages et les « dressages » (Mauss, 1934) occupent dans ce cadre une place majeure en orientant les manières de faire usage de son corps et de son environnement.

De ces considérations autour de l'alimentation découle la seconde contribution de ce travail, rendue possible par un détour par le corps technique et la culture matérielle, celle d'une réflexion sur les « types humains ». Les éléments précédents peuvent, concernant les apprentissages corporels de genre, de prime abord, avoir l'air éloignés de notre étude de l'anorexie. Pourtant, cette catégorie médicale émerge bien à l'intersection d'acteurs et de disciplines scientifiques taraudées par les relations entre le corps et l'esprit, ou, comme l'exprime Mauss, entre le biologique, le psychologique et le social. Les lieux de savoir de l'anorexie sont donc aussi situés au croisement de relations matérielles entretenues entre les corps savants des médecins et celui des malades, et entre ces mêmes corps de malades et leur environnement matériel (instruments de mesure, objets, aliments). Ces relations matérielles sont également des relations d'apprentissage et de couplage aux choses. Par ce couplage, l'objet est intégré au « schéma corporel » (Schilder, 2017) dans l'action. De ce point de vue, la division du corps et de l'objet telle que pensée par Mauss paraît obsolète, puisqu'il y aurait en somme autant de techniques du corps qu'il y aurait de relation d'incorporation aux objets dans l'action. Par exemple, un humain qui conduit, en incorporant la voiture à son « schéma corporel », est à ce moment un autre humain que celui qui opte pour la marche à pied. Par ailleurs, un humain qui déambule dans les rues d'une actuelle métropole est certainement, dans sa démarche et sa subjectivité corporelle, différent d'un humain ayant emprunté les rues d'un oppidum plusieurs

siècles auparavant. Mais alors, dans ses gestes et ses habitus corporels, quel humain est celui qui se nourrit, nourrit les autres, ou ne se nourrit pas, ou pas suffisamment, et selon qui ? De plus, concernant spécifiquement la question anorexique, comment la définition de l'humain – dans ses techniques du corps apprises, incorporées, ou désincorporées, « ratées », jugées inadaptées ou médicalement pathologiques – est-elle pensée par les scientifiques et médecins du tournant des XIXe et XXe siècles ?

2.4. La production des « seuils diagnostiques »

En étudiant la matérialité des savoirs et des corps, ce travail de thèse porte sur la production des « seuils diagnostiques » de l'anorexie. Il propose pour cela de centrer l'analyse sur les conditions de l'observabilité scientifique et médicale de la pathologie, offrant ainsi une relecture de la « niche écologique » de l'anorexie.

Une relecture de la « niche écologique » de l'anorexie

Dans sa thèse de doctorat portant sur les « carrières anorexiques » contemporaines, Muriel Darmon (2001) propose une analyse des conditions socio-historiques d'apparition des premiers diagnostics d'anorexie mentale émergeant à la fin du XIXe siècle en France. Elle se réfère pour cela au cadre théorique de la « niche écologique », forgé par Ian Hacking (2002 [1998]) dans son étude portant sur l'apparition du vagabondage pathologique dans les classifications médicales françaises de la même époque. Hacking défend le caractère transitoire (ou passager) de certaines maladies mentales, qu'il définit comme des maladies qui « n'apparaissent qu'à certaines époques et en certains lieux pour des raisons dont on ne peut que supposer qu'elles sont liées à la culture de ces époques et de ces lieux » (Hacking, 2008 [2000]). Darmon reprend ainsi les quatre vecteurs de la « niche écologique »[79] conditionnant l'apparition des maladies transitoires pour l'appliquer – comme l'invite d'ailleurs Hacking (2005 ; 2008 [2000]) – à l'anorexie. Sans s'engager dans une analyse approfondie de ce travail, il me semble néanmoins indispensable de reprendre les quelques résultats exposés par Darmon concernant cette niche écologique de l'anorexie, et ceci, de manière à mettre en avant les apports d'une analyse de la production des « seuils diagnostiques » de cette catégorie médicale.

Muriel Darmon montre que l'anorexie a fait l'objet, à la fin du XIXe siècle, de divers débats taxinomiques et étiologiques, avec une polarisation de ces débats entre les défenseurs d'une

[79] Il s'agit du vecteur des taxinomies, de la polarité culturelle, de l'observabilité et de la libération (*release*). Nous allons ici reprendre ces quatre vecteurs en gardant pour la fin celui de l'observabilité, qui nous intéresse le plus.

anorexie hystérique et ceux d'une anorexie nerveuse[80]. En tout état de cause, l'anorexie intrigue les médecins du dernier tiers du XIXe siècle. Elle fait à ce titre l'objet de vives discussions et expérimentations, qui, d'une part, contribuent à faire exister la catégorie dans les taxinomies médicales et, qui, d'autre part, participent à son délitement au début du XXe siècle, lorsque cet intérêt médical et les conflits qu'il engendre s'amenuisent. La sociologue montre également que l'anorexie est le fruit d'une « polarité culturelle » des valeurs attribuées à la maigreur, qui se manifeste notamment à l'aube du XXe siècle dans un mouvement culturel de redéfinition des valeurs esthétiques et comportementales portées par la classe bourgeoise. Dès la fin du XIXe siècle, face à l'abondance alimentaire, les femmes aisées en quête de distinction valorisent ainsi la restriction alimentaire volontaire, via l'entretien d'un corps mince. En miroir, la maigreur populaire est érigée en parangon des actes de tromperie envers la médecine, perpétrés par de jeunes femmes. Ces actes de tromperie sont rapportés au grand public à travers la publication dans la presse de récits d'imposture, accusant certaines « *fasting girls* »[81] d'avoir affirmé, contre toute vérité, pouvoir vivre sans manger.

Au regard d'une polarité culturelle opposant « vertu romantique » et « vice criminel » (Darmon, 2001 : 47), les conduites de restrictions alimentaires offriraient alors aux personnes issues de la classe moyenne et de la petite bourgeoisie aussi bien une voie de libération des injonctions sociales, qu'un moyen d'expression de sa souffrance. Muriel Darmon (*ibid.* : 52) souligne à ce propos :

> « *Il ne s'agissait donc, pour réinscrire ce recrutement dans la polarité culturelle dessinée plus haut, ni de jeunes filles pauvres et rurales pour qui le jeûne aurait pu représenter l'unique sortie de la misère, ni non plus de femmes "lancées" dans la mode et les salons parisiens et pouvant à leur gré travailler un corps maladif et romantique sans que leur famille ne s'en inquiète et tente de les en dissuader, mais bien de cet entre-deux social des "familles respectables" ou bourgeoises* ».

En somme, l'application du modèle de la niche écologique à l'anorexie se révèle particulièrement féconde lorsqu'il s'agit d'étudier les conditions de possibilité culturelle d'apparition du diagnostic et de sa stabilisation autour de caractéristiques sociales, comme celles de la classe ou du genre. La proposition faite par Muriel Darmon pose cependant à l'aune d'une sociologie et anthropologie des âges de la vie, plusieurs limites concernant l'étude de la

[80] Cette polarisation se retrouve même à l'échelle internationale avec une opposition entre le britannique W. W. Gull qui classifie l'anorexie parmi les maladies mentales nerveuses et le français E.-C. Lasègue qui interprète davantage l'anorexie comme un symptôme hystérique. Voir à ce propos : Vandereycken & van Deth, 1989.

[81] La notion de *fasting girls*, littéralement filles qui jeûnent, désigne dans l'Angleterre victorienne des filles se présentant comme capables de vivre sans manger.

production médicale des âges et de leur naturalisation. Ce sont ces limites que notre analyse des seuils diagnostiques de l'anorexie tente de dépasser.

Quelle observabilité des données biologiques et corporelles ?

Darmon suggère que les conditions d'émergence de l'anorexie à la fin du XIXe siècle procèdent à la fois des opportunités culturelles et sociales de suivi de certaines conduites alimentaires et de l'observabilité de ces conduites. L'espace familial victorien, parce que très resserré sur les enfants, permettrait une forte observabilité des conduites enfantines qui, en France, dans un contexte de forte laïcisation des institutions, échappent de plus en plus à l'encadrement religieux. Cette observabilité des conduites alimentaires enfantines et adolescentes s'effectue également via des pratiques scientifiques d'évaluation et de rationalisation du corps, et « à l'aide de critères chiffrés » (Darmon, 2001 : 49). Cette intrication entre des pratiques d'observation rationalisées par le chiffre et des possibilités d'observabilité scientifique de l'anorexie nous paraît fondamentale à étudier pour comprendre la manière dont les pratiques savantes de mesure et d'observabilité des corps ont façonné la catégorisation de l'anorexie, du point de vue notamment des caractéristiques sociales et des critères cliniques qui font la catégorie. Le vecteur de l'observabilité met néanmoins principalement en lumière les mécanismes par lesquels une conduite entre dans le champ de la maladie mentale, en étant vue, remarquée et désignée en inadéquation avec les normes de conduites dominantes. De ce fait, Darmon n'accorde que peu d'importance aux conditions d'observabilité scientifique et valorise davantage les transformations culturelles des conduites alimentaires féminines, ainsi que leur observabilité sociale. Autrement dit, ce qui est vu et remarqué dans l'anorexie serait une conduite alimentaire restrictive qualifiée de déviante, sous l'effet de la médicalisation des comportements féminins à la fin du XIXe siècle. Notons cependant qu'en France, le refus ou l'impossibilité de se nourrir sont, sur ce point, également considérés comme des signes cliniques de maladies organiques, infectieuses ou mentales (cancer, tuberculose, manie). Le refus de nourriture est même au cœur de certaines thèses de médecine[82] qui proposent des solutions techniques invasives pour contrecarrer de telles conduites (sondes, ouvre-bouches), mais qui ne se réfèrent pas à l'anorexie comme une catégorie médicale constituée. En somme, la restriction alimentaire féminine n'est pas le seul symptôme qui forme l'unicité de la catégorie d'anorexie, puisque d'autres pathologies produisent ce même comportement.

[82] Par exemple : Grasse, A. (1876). « De l'alimentation forcée chez les aliénés ». Thèse, Université de Nancy, Faculté de médecine.

Par ailleurs, la médecine psychiatrique de la fin du XIXe siècle définit l'anorexie comme un symptôme hystérique. Nous pourrions alors nous attendre à ce que l'anorexie disparaisse avec l'effacement de l'hystérie des taxinomies psychiatriques au début du XXe siècle (Edelman, 2003 ; Micale, 1993). Au contraire, le tableau des nominations de l'anorexie réalisé au commencement de cette enquête[83] suggère que la catégorie d'anorexie atteint dès les années 1910 l'âge d'or de son usage. Elle semble se déployer largement autour de nouvelles qualifications se rapportant à des âges de la vie spécifiques (juvénile, adolescente, du nourrisson), situés au niveau de transitions existentielles d'âge telles que la naissance ou la puberté. Comment expliquer alors cette mutation d'un symptôme en une catégorie diagnostique distincte de l'hystérie, et attachée à ces périodes de la vie ?

Si comme l'affirme Muriel Darmon[84], la niche écologique de l'anorexie se délite dans les premières décennies du XXe siècle, dans quelle mesure les savoirs médicaux sur les âges et la vie ont-ils participé à ce délitement ? La fin d'une niche sonne-t-elle le glas de l'observation scientifique d'une pathologie ? Ce sentiment de délitement de la niche n'est-il pas davantage un effet de déplacement des frontières professionnelles et des spécialités médicales, plutôt que comme le propose Darmon, le résultat d'un désintérêt des scientifiques et des médecins pour la pathologie ? Pour fournir des éléments de réponses à ces questions, et afin de mieux circonscrire notre analyse des « seuils diagnostiques » de l'anorexie, nous allons désormais aborder plus spécifiquement les opérations biopolitiques et socio-techniques d'encadrement et de standardisation des âges de la vie, en particulier en lien avec l'enfance et la puberté féminine.

Conclusion du chapitre 1 :

En retraçant le parcours d'enquête et les choix de sélection et de récolte des données archivistiques, documentaires et iconographiques étudiées dans la thèse, ce chapitre s'est concentré sur la présentation de l'enquête documentaire et des grands axes analytiques de ce travail. Il a notamment proposé une contextualisation de l'émergence et de la circulation de la question anorexique, en tant qu'objet de publications scientifiques et médicales, ainsi qu'une problématisation de l'étude des « seuils diagnostiques » de l'anorexie.

[83] Voir en Annexe 1 le « Tableau des nominations de l'anorexie ».

[84] Muriel Darmon (2001 : 55) avance en effet l'idée que la « première » niche écologique de l'anorexie s'étiole au cours de la première moitié du XXe siècle, d'abord en raison d'un essoufflement de l'intérêt médical pour le diagnostic, puis à la suite de son entrée, dans les années 1940, dans les classifications psychiatriques officielles.

De cette manière, il a d'abord mis en évidence les apports d'une enquête fondée sur des archives et des publications issues du champ clinique, hospitalier et psychiatrique, ainsi que sur des archives et publications tirées des activités du ministère de l'Instruction publique et du champ de la prophylaxie sanitaire. Il a ensuite présenté la démarche cartographique qui est adoptée dans cette étude dans l'optique d'identifier et de situer les savoirs et pratiques savantes ayant façonné la question anorexique. Enfin, le chapitre a posé les premiers jalons analytiques d'une étude des « seuils diagnostiques » de l'anorexie, depuis l'observabilité scientifique et médicale de la maladie. Les éléments abordés nous invitent notamment à revenir plus amplement sur les dynamiques d'encadrement biopolitique et socio-technique des âges de la vie en France au tournant des XIXe et XXe siècles.

Chapitre 2 – La scansion médicale des âges : gouverner les enfants et réguler le développement féminin

> « *Dans la seconde moitié du [XIXe] siècle, les progrès de la science, les nouvelles hypothèses théoriques sur la nature du monde et son histoire, la généralisation des systèmes éducatifs, efficaces, sans gaspillage, l'attention de la famille pour le petit enfant, la baisse de la mortalité infantile, tout converge pour donner à l'enfant une place nouvelle : celle d'un être qu'il faut observer, définir, expliquer dans un cadre qui ne soit pas exclusivement celui de l'humain* ».
>
> (Becchi, 1998a : 153)

Dans ses contributions à l'ouvrage collectif « Histoire de l'enfance en Occident » (Becchi & Julia, 1998), Egle Becchi retrace la transformation progressive, mais néanmoins radicale et complète, du statut de l'enfant dans les sciences, en politique et dans les familles, depuis les premières réflexions rousseauistes sur l'éducation jusqu'à la conception psychanalytique de la sexualité enfantine au début du XXe siècle. En Europe, la seconde moitié du XIXe siècle représente une période de grande effervescence théorique autour des enfants et de leur éducation. Ces derniers deviennent un objet de savoirs et d'interventions faisant appel aux théories développées depuis un siècle autour de l'histoire évolutive du vivant. De cette manière, l'existence du temps de l'enfance n'est pas seulement pensée à l'échelle de la vie humaine, mais aussi à l'échelle de l'espèce, faisant ainsi de l'enfant, comme le suggère Becchi (1998a : 153), « un temps fort de la vision génétique du monde ».

Dans ce cadre, ce chapitre montre comment les savoirs sur l'espèce et sur l'enfance humaines s'insèrent dans des pratiques sociales, politiques et techniques de gouvernement et de normalisation des corps. Dans un premier temps, il présente succinctement les grands mouvements théoriques à partir desquels, en France et en Europe, le développement humain et le temps de l'enfance ont été constitués, suivant un axe temporel de développement, en objet de savoir et d'intervention sur le vivant. Il suggère que l'enfant est conçu dans le « champ médical » moderne (Pinell, 2005, 2009) aussi bien comme un espace de théorisation du développement que comme un sujet à gouverner. Dans un second temps, le chapitre questionne l'émergence d'une médecine des âges impliquée dans la régulation étatique des âges de la vie, et faisant intervenir et dialoguer les savoirs et pratiques issus de la médecine clinique, sociale et biologique. Enfin, le chapitre explore l'influence de la constitution d'une médecine des âges

sur la production des « seuils d'âge » et des « seuils de genre » de l'anorexie. Il précise la façon dont ces « seuils » sont mobilisés dans la suite de la thèse pour interroger les opérations de mesure et de standardisation du développement sexué et sexuel en lien avec les catégorisations de l'anorexie.

1. L'avènement d'une médecine des âges

Dans son ouvrage « Le temps et les autres », Johannes Fabian formule que toute connaissance de l'autre est un « acte temporel, historique et politique » (Fabian, 2017 : 26). En décortiquant les pratiques de terrain et les pratiques d'écriture de l'anthropologie moderne depuis la fin du XIXe siècle, il montre que l'anthropologie, sous l'influence d'aspirations impérialistes et coloniales, a fait du *temps* un « élément nécessaire à la mise en place des éléments d'une histoire à sens unique : le progrès, le développement, la modernité (ainsi que leurs images en miroir : la stagnation, le sous-développement, la tradition) » (*ibid*. : 226). Cette vision développementale du temps s'est appuyée sur des conceptions biologiques évolutionnistes du vivant, qui ont constitué le creuset de pratiques savantes de hiérarchisations temporelles des corps, et dans lesquelles s'ancre, dès la fin du XIXe siècle, une médecine attentive aux processus de développement ainsi qu'aux spécificités physiologiques de l'enfance.

1.1. Une altérisation temporelle des malades et des enfants

Au cours du XIXe siècle, les savoirs biologiques produits en embryologie et en histoire naturelle suscitent l'émergence de nouvelles conceptions scientifiques du développement des organismes (Canguilhem & *al*., 2003 [1962] ; Ottavi, 2009). Ces dernières conduiront notamment les scientifiques et les médecins à expliquer la variation des faits humains par l'interaction de l'organisme avec le « milieu » (Canguilhem, 1989 [1952]). Dans le champ de la médecine clinique et psychiatrique, le milieu comprend la notion lamarckienne de « circonstances influentes » (Ruelle, 2005), incluant par exemple l'alimentation et le climat, mais aussi l'ensemble des conditions sociales de vie (classe sociale, profession). Ces évolutions théoriques s'effectuent suivant une valence différentielle de l'autre « racial » ou de l'autre « sexué » qui est quasi systématiquement renvoyé, sur une échelle évolutive linéaire, à la manifestation d'une anormalité ou d'une arriération. À la lumière de ces théories évolutionnistes du développement, les psychiatres conçoivent la maladie mentale comme un espace d'altérisation subordonné à une échelle temporelle de développement.

La théorie de la dégénérescence

En 1857, Bénédict Morel, alors psychiatre à l'asile de Saint-Yon de Rouen, publie le « Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives »[85]. Cet ouvrage marque l'entrée dans le champ de la psychiatrie des concepts de « famille » et de « type primitif », initialement issus de la zoologie et de l'histoire naturelle (Doron, 2016). Malgré un recoupement parfois parcellaire entre la notion initiale de « dégénérescence » telle que pensée par Morel, et la signification qu'elle prend, en pratique, dans le sens commun et dans les systèmes psychiatriques, cette théorie de la dégénérescence connaît jusqu'au début du XXe siècle, en France, un large succès.

Dès lors, la « race » humaine est un concept basé sur l'identification des types humains et des déviations individuelles à ces types, ainsi que sur l'identification d'un ensemble de discours et de stratégies de gouvernement qui visent à déceler, classer ou réduire ces déviations. Ces « techniques de pouvoir » dit Claude-Olivier Doron (2018 : 481), ne reposent pas sur une différence raciale « absolue » entre les humains, mais plutôt sur « un écart, une déviation, une dégradation, voire une quasi-pathologie de l'identité humaine » qui sont appréhendés comme une « fixation, un retard, un archaïsme dans le développement d'une humanité à réaliser ». Doron souligne ainsi l'existence au XIXe siècle, en France et en Europe, d'un système de pensée spécifique de l'altération. Dans ce système, l'exclusion de la norme et la production de l'autre ne reposent pas sur une rupture de nature, mais sur une différence temporelle graduée, selon une échelle de développement de l'espèce humaine et des individus qui la composent. Dans cette perspective, les « techniques de pouvoir » vont, toujours selon Doron (2016 : 26-27) :

> « *Prétendre corriger l'altération à travers des techniques morales, éducatives ou des dispositifs biopolitiques ; qui vont fonder les rapports de dominations, y compris les plus radicaux, non sur la radicalité et le caractère inaltérable des différences, mais sur le fait que ce sont des altérations qui peuvent (et doivent) être prévenues, modifiées, améliorées, corrigées, amendées, etc.* ».

Ces techniques se présentent comme des techniques temporelles de réajustement entre le corps et le temps développemental. À travers une étude des discours médicaux et anthropologiques portant sur les orifices humains au XIXe siècle, Nicoletta Diasio (2020) interroge cette systématisation de la production de l'altérité par l'évaluation de l'altération temporelle. Elle montre notamment que la construction scientifique de l'altérité repose aussi bien sur la production de savoirs naturalistes autour des différences, que sur celle de ressemblances entre

[85] Morel, B.-A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris : J.-B. Baillière.

les types humains (les sauvages, les primitifs, les dégénérés, les pauvres). Le recours à l'analogie dans la production de savoirs sur l'humain répond d'ailleurs à une tension, entre versatilité et stabilité des traits humains au cours du temps. Cette tension s'exprime notamment par des formes d'inconstance de la transmission de caractères héréditaires, par le partage de traits communs par toute une lignée généalogique, ou par l'apparition de variations individuelles. Le corps est dans cette perspective le support labile de répétitions ou de ruptures de transmission des caractéristiques ou caractères naturels de développement. Cette instabilité des corps est saisie, tout au long du XIXe siècle, par des démarches mathématiques d'analyse du degré de certitude d'évènements isolables, comparables à une série d'apparitions de faits identiques ou divergents. Ce « retournement conceptuel » du temps développemental a ouvert la voie, selon Michel Foucault, à une mesurabilité des degrés de convergence ou de divergence des phénomènes cliniques entre eux et à la constitution de tableaux cliniques. Foucault (2015 [1963] : 140) explique ce processus comme suit :

> « *Il donnait au champ clinique une structure nouvelle où l'individu mis en question est moins la personne malade que le fait pathologique indéfiniment reproductible chez tous les malades semblablement atteints ; où la pluralité des constatations n'est plus simplement contradiction ou confirmation, mais convergence progressive et théoriquement indéfinie ; où le temps enfin n'est pas un élément d'imprévisibilité qui peut masquer et qu'il faut dominer par un savoir anticipateur, mais une dimension à intégrer puisqu'il apporte dans son propre cours les éléments de la série comme autant de degrés de certitude. Par l'importation de la pensée probabilitaire, la médecine renouvelait entièrement les valeurs perceptives de son domaine : l'espace dans lequel devait s'exercer l'attention du médecin devenait un espace illimité, constitué d'évènements isolables dont la forme de solidarité était de l'ordre de la série* ».

Dans ce cadre, le temps linéaire devient un facteur de certitude qui amène avec lui une fréquence mesurable d'apparition de faits cliniques. Le temporel, composé de répétitions, de ruptures de rythmes ou de synchronie d'apparition de traits et de faits cliniques entre les populations et les individus, constitue pour les psychiatres et médecins un vecteur de classements des corps humains et de constitution d'une nosographie clinique stabilisée autour des rythmes de développement, de ses flux et de ses reflux.

L'enfant, figure passée de l'adulte

L'enfant est construit tout au long du XIXe siècle comme une figure naturelle, à la fois d'altérité et de continuité vis-à-vis de l'adulte. C'est d'ailleurs selon Dominique Ottavi cette « apparente naturalité de l'enfance, et des âges de la vie [qui] entraine spontanément la croyance qu'il est

possible de dominer l'altérité enfantine, au moyen d'une science qui en détienne la vérité » (2009 : V). Cette science s'établira notamment à partir de l'observation scientifique des comportements et des changements physiques des enfants en bas âge, une pratique qui prend de l'ampleur chez les savants, avec comme adeptes des figures comme Charles Darwin (Turmel, 2013) ou Hippolyte Taine (Luc, 1997). Par exemple, Darwin publie en 1877 « A Biographical Sketch of Infant », texte dans lequel il rend compte de ses observations menées auprès de son fils William Erasmus né en 1830 (Turmel, 2013). L'étude de ses premiers mois de vie permet à Darwin de proposer de nouvelles hypothèses autour du développement, contribuant ainsi à sa vision évolutionniste de l'histoire naturelle. À partir de l'observation des réactions émotionnelles de William aux stimuli extérieurs, Darwin propose deux théories autour de la « dynamique mentale ». La première suppose l'innéité de certaines facultés mentales chez l'enfant. La seconde suppose l'acquisition de caractéristiques mentales par l'habituation – cette dernière étant créée par une association répétée entre des évènements et des réactions passés (Bradley, 1989, cité par Turmel, 2013 : 97). Si selon André Turmel les observations effectuées par Darwin n'ont pas impacté ses travaux autour de l'origine des espèces, elles ont néanmoins orienté ses travaux postérieurs autour de l'évolution humaine. Surtout, ces observations marquent le rapprochement fort qui s'opère au XIXe siècle chez les médecins et scientifiques entre état enfantin et animalité. Ce rapprochement amène à considérer l'enfant comme un être placé sur l'échelle de l'évolution au plus près de la « nature », et par conséquent, éloigné de la « culture ». Un fait qui est notamment renforcé par la diffusion de la théorie de la récapitulation au sein de la psychiatrie et de la psychologie du développement.

Au XIXe siècle, le temps de l'enfance est en effet construit par les sciences naturelles tel un espace de formulation d'états phylogénétiques[86] partagés par l'ensemble des humains. De cette manière, l'enfant pourrait « révéler l'histoire de l'espèce ainsi que l'histoire des autres jusqu'au point où ils ont divergé » (Ottavi, 2009). À ce titre, Dominique Ottavi (2009 : 17) montre que la théorie de la récapitulation, qui est « incarnée par des auteurs très divers, comme Herbert Spencer ou Hippolyte Taine, constitue le point de départ de l'étude expérimentale de l'enfant ». En 1860, Ernst Haeckel formule la « loi biologique fondamentale » selon laquelle « l'ontogénie n'est que la récapitulation sommaire de la phylogénie », qu'il présente comme suit :

> « *La série des formes par lesquelles passe l'organisme individuel, à partir de la cellule primordiale jusqu'à son plein développement, n'est qu'une répétition en miniature de la*

[86] La phylogenèse désigne l'histoire évolutive à l'échelle généalogique des espèces. Elle s'oppose à l'ontogenèse qui traite de l'histoire évolutive à l'échelle du développement individuel.

longue série de transformations subies par les ancêtres du même organisme, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours »[87].

Cette hypothèse de biologie développementale signifie que tout organisme reproduirait, à chaque étape de son développement, les étapes précédentes du développement de son espèce, et qu'il traverserait ainsi inévitablement les états constitutifs des espèces antérieures à la sienne. Pour Haeckel, tous les êtres vivants partagent une « communauté d'origine », celle de la monère[88]. Ottavi (2009) montre que la pensée d'Haeckel doit beaucoup à celle de Karl Von Baer qui avait affirmé quelque temps auparavant que tous les êtres partageaient une même première forme indéfinie, et ceci, avant de suivre un des quatre embranchements possibles de développement[89], jusqu'à se développer en une forme adulte non reprise dans l'ontogenèse[90] des descendants.

De surcroît, la pensée d'Haeckel se compose, selon Georges Canguilhem et ses collaborateurs (2003 [1962]), de trois caractéristiques. Elle est d'abord « comparatiste », puisque l'usage de l'anatomie comparée permet d'identifier des ressemblances et des différences entre des organismes. Elle est aussi « paralléliste » dans la mesure où l'histoire des individus et des organismes est soumise à la marche phylogénétique de l'évolution. Enfin, elle est « perfectionniste », car elle implique, corrélativement à l'accumulation de stades phylogénétiques, une réduction dans l'ontogenèse des stades de passage d'un état de développement à un autre. En d'autres termes, plus un être est complexe, plus le temps passé à chaque stade est court. Canguilhem (2003 [1962] : 84) exprime ainsi :

« La montée phylogénétique, des êtres les plus simples aux êtres les plus complexes, est répétée dans le développement progressif et perfectionnant de l'individu : l'adulte est plus perfectionné que l'enfant parce que l'homme est plus perfectionné que la monère ».

La phylogenèse renvoie alors à un amoncèlement dans le temps de formes adultes successives. L'ontogenèse est quant à elle l'héritière de ces formes, qu'elle reproduit et dépasse. Canguilhem (2003 [1962] : 86) remarque à cet égard que la théorie de la récapitulation explique « le futur par le passé, sans tenir compte du présent ». En d'autres termes, cette approche se trouve en

[87] Haeckel, E. (1877). *Anthropogénie, ou Histoire de l'évolution humaine : leçons familières sur les principes de l'embryologie et de la phylogénie humaines,* traduit de l'allemand sur la 2e édition par le Dr Ch. Letourneau, Paris, C. Reinwald, p. 5.

[88] La monère est un organisme monocellulaire considéré en biologie, à cette époque, comme l'état organique le plus primitif.

[89] Von Baer distingue quatre types de développement qu'il classe selon les quatre « embranchements » établis par Cuvier, celui des vertébrés, des annelés, des mollusques, des échinodermes. Voir : Brossolet, 2025a.

[90] En biologie, l'ontogenèse désigne le processus de développement d'un organisme de sa fécondation à son état adulte, communément placé au moment où il a la capacité de se reproduire.

concurrence avec les théories évolutives qui voient dans le présent un moment où les individus acquièrent des caractéristiques qu'ils transmettent à leurs descendants. Ici, l'imprévisibilité du développement est contenue dans un processus évolutif par stades prenant racine dans une force qui appartient non pas au présent, mais bien au passé.

Malgré les critiques qui lui sont très tôt faites, la théorie de la récapitulation offre une assise stable à l'étude des variations humaines suivant un axe temporel de développement. Avec elle, les étapes de développement d'un organisme et ses altérations sont explicables par l'histoire de l'espèce. À l'inverse, les stades de l'ontogenèse donnent accès aux étapes de la phylogenèse et à leur possible stagnation et dégénérescence. En d'autres termes, l'ontogenèse est saisie comme une sorte de mémoire biologique du passé (Duvernay Bolens, 2001). Dans ce cadre, l'enfance constitue une voie d'accès privilégiée à l'étude de l'évolution de l'espèce humaine et des altérations du développement. La reprise de la théorie de la récapitulation par les scientifiques, psychiatres et psychologues donne lieu à la conduite de diverses observations, ainsi qu'à l'élaboration de théories scientifiques de standardisation des étapes de développement de l'enfant. Mais alors, comment ces théories et savoirs temporels sur l'altérité physiologique et pathologique de l'enfance ont-ils orienté le gouvernement des populations, ainsi que la formulation d'un intérêt biopolitique pour la régulation médicale des âges de la vie ? Et qu'est-ce que cela induit pour notre étude de la production des seuils diagnostiques de l'anorexie ?

1.2. Les « dispositifs » sécuritaires

L'incursion en sciences sociales des travaux en phénoménologie de la perception (Merleau-Ponty, 1964) ainsi que des théories foucaldiennes (Foucault, 1994a, 2004b) autour des sociétés disciplinaires et sécuritaires favorisent depuis les années 1980 l'investissement universitaire du corps et de la vie comme objets politiques (Diasio & *al*., 2019). Ces travaux ont souligné que l'avènement du corps à la fin du XVIIIe siècle s'effectuait à travers un ensemble de « dispositifs » constitués de discours, de pratiques ou d'espaces qui font circuler le pouvoir *entre* et *par* les corps. Foucault (1994b [1977] : 299-300) présente ainsi la notion de « dispositif » en ces termes :

> « *Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments […] Par dispositif, j'entends une sorte – disons – de formation qui à un moment donné a eu pour fonction majeure de répondre à une*

urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante… J'ai dit que le dispositif était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer, ou pour les stabiliser, les utiliser. Le dispositif donc est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux ».

Giorgio Agamben (2006) reprend ces termes qu'il résume en trois points clés. Le dispositif renvoie d'abord à « un ensemble hétérogène qui inclut virtuellement chaque chose, qu'elle soit linguistique ou non », et se constitue donc par les réseaux tracés entre ces éléments. Ensuite, le dispositif est stratégique et « s'inscrit toujours dans une relation de pouvoir ». Enfin, il « résulte du croisement des relations de pouvoir et des relations de savoir ». En étant appliqués sur et à travers les corps, ces dispositifs de pouvoir sont constitutifs d'un « biopouvoir », c'est-à-dire d'un type de pouvoir qui s'exerce, dans les sociétés modernes, sur les individus constitués en êtres vivants. Foucault (2004c : 3) commente ce biopouvoir en affirmant qu'il s'agit de :

« *L'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui dans l'espèce humaine constitue, ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir, autrement dit comment la société, les sociétés occidentales modernes, à partir du XVIIIe siècle, ont repris en compte le fait biologique fondamental que l'être humain constitue une espèce humaine* ».

Ainsi, la naissance, la maladie et la mort des enfants, en tant que phénomènes biologiques, entrent au XIXe siècle dans le champ du biopouvoir. Cette entrée s'effectue par la reconnaissance administrative et politique de la population enfantine, que nous pourrions définir avec Foucault (1999, 2004a) comme un ensemble d'individus ciblés par des politiques d'intervention, qui sont guidées par l'observation statistique de la répétition de phénomènes physiques ou biologiques soumis à des variables sociales et matérielles mouvantes.

Cette observation d'une régularité des phénomènes biologiques malgré une variabilité des causes pose donc les bases de la pensée statistique, telle qu'elle se constitue au XIXe siècle en levier de gouvernement des populations. Dans cette perspective, pour Foucault (2004d : 76) :

« *La population c'est un ensemble d'éléments à l'intérieur duquel on peut remarquer des constantes et des régularités jusque dans les accidents, à l'intérieur duquel on peut repérer l'universel du désir produisant régulièrement le bénéfice de tous, et à propos duquel on peut repérer un certain nombre de variables dont il est dépendant et qui sont susceptibles de le modifier* ».

Suivant cette conception de la population comme un ensemble de phénomènes réguliers aux causes irrégulières, les pratiques sécuritaires désignent toutes les interventions étatiques, médicales ou individuelles visant à encadrer, prédire, réguler ou encore endiguer l'expression de l'aléatoire statistique. Dans le cadre de l'enfance, ceci consiste à gouverner la vie de l'enfant et à réguler les phénomènes biologiques liés à sa croissance[91], et plus largement à son développement.

Cet intérêt biopolitique pour l'enfant s'établit concomitamment à la reconnaissance de l'enfance comme période de vie, ainsi que d'une mesure de plus en plus fine des différents âges qui constituent l'enfance (Armstrong, 1983 ; Diasio & *al*., 2019 ; Turmel, s. d.). L'affinement croissant des différents âges qui constituent l'enfance (première ou seconde enfance, petite enfance) se traduit par une densification des dispositifs de pouvoir destinés à renforcer la population nationale en luttant contre la mortalité infantile.

Lutter contre la mortalité infantile

David Armstrong (1986) montre que la prise en compte de la mortalité infantile remonte en Angleterre à la fin du XIXe siècle. Avant 1877, les enfants morts au cours de leur première année de vie ne sont pas comptabilisés dans les tables de mortalité. Le calcul du taux de mortalité infantile est néanmoins rendu possible dès cette date, avec la création d'une liste administrative répertoriant les pathologies et les causes pouvant expliquer la mort durant la première année de vie. De cette manière et selon Armstrong (1986 : 212) : « La création d'un taux de mortalité spécifique pour les nourrissons à cette époque suggère à la fois l'émergence d'une conscience sociale de ces jeunes décès et, ce qui est plus important, la reconnaissance sociale du nourrisson en tant qu'entité discrète »[92]. La mesure des taux de décès est donc ici constitutive de la création d'une population infantile (celle des nouveau-nés) dont les âges sont situés entre la naissance et la deuxième année de vie. Selon l'historien Jean-Noël Luc (1997), en France, la prise en compte de la population des nouveau-nés (aussi nommés première enfance, nourrissons ou jeunes enfants) se fait à travers le suivi de la croissance des nourrissons, en réaction à l'angoisse politique d'une dépopulation[93] nationale. Dès les années 1860, la notion de première enfance

[91] La croissance renvoie dans le cadre de cette thèse à l'augmentation du volume des corps (taille, poids) et des organes internes (poumons, muscles). Elle désigne ainsi une partie des phénomènes du développement humain qui inclut plus largement l'ensemble des phénomènes de transformations du corps et de la psyché (capacité intellectuelle, développement des caractères sexuels secondaires).

[92] "The creation of a specific mortality rate for infants at this time suggests both the emergence of a social awareness of these young deaths and, more importantly, the social recognition of the infant as a discrete entity".

[93] La dépopulation est une notion tirée de la démographie qui apparait au XIXe siècle au sein des sciences statistiques. Elle désigne un phénomène de dépeuplement d'un territoire engendré par un nombre de décès supérieur au nombre de naissances. Elle renvoie ici à une rhétorique du déclin diffusée dès le milieu du XIXe par certains économistes et démographes. Voir à ce sujet : Clément, 2015.

ou de premier âge indique ainsi la période située entre la naissance et l'apparition de la première dentition ou la fin du sevrage.

La constitution de la population des jeunes enfants s'adosse donc à la fois à un âge chronologique et à des phénomènes biologiques de croissance, de sevrage ou de mort, dont les définitions répondent à la constitution au XIXe siècle de « dispositifs de sécurité » (Foucault, 2004b) visant à limiter toute forme de risque pour les individus et la société (maladie, dépopulation). Dans le champ administratif, ces dispositifs soutiennent un gouvernement des populations reposant sur une mise en chiffre de phénomènes statistiques et populationnels. Le pouvoir exercé sur les enfants se manifeste alors par la mise en œuvre de politiques natalistes visant à favoriser les naissances et l'accroissement démographique du pays. Pris dans des dispositifs de sécurité statistiques qui le font exister en tant que population, le petit enfant est ainsi directement associé en France au début du XXe siècle aux politiques familiales et natalistes de limitation de la mortalité infantile.

L'historienne et démographe Catherine Rollet (2017) montre que dans un contexte marqué par des instabilités géopolitiques et de fortes concurrences entre nations, la dépopulation fait l'objet dans l'hexagone d'une préoccupation étatique majeure qui rassemble des parlementaires, des médecins et des hygiénistes autour de la constitution de lois et de politiques sanitaires et sociales œuvrant à renforcer la population nationale. Les positions natalistes affrontent puis s'entremêlent à la promotion grandissante de la lutte contre la mortalité infantile qui donne lieu à l'ouverture d'espaces médicaux et hospitaliers dédiés à la diffusion de savoirs et pratiques de puériculture, et au sein desquels s'effectue un contrôle systématique des naissances.

L'historien Alain Becchia (1986) montre que la commission extra-parlementaire autour de la dépopulation de janvier 1902 donne lieu à la création consécutive de la *Ligue contre la mortalité infantile* rassemblant des hommes politiques, des médecins et des démographes. Les positions réformistes de la *Ligue* face au phénomène de dépopulation se distinguent, à ce moment, des positions du groupement politique et conservateur de l'*Alliance nationale pour l'accroissement de la population française* qui se place davantage en faveur d'une promotion de la natalité.

Ainsi, à l'aube du XXe siècle, ces politiques sécuritaires visant à favoriser les naissances par l'appui matériel de l'État se couplent à des pratiques médicales de surveillance qui ensemble, visent à « faire vivre » l'enfant et à « prendre [sa] vie en charge » (Moreau, 2005). Conséquemment, les pratiques de puériculture forment un terrain privilégié d'intervention d'un biopouvoir « qui a pour tâche de prendre la vie en charge » et qui pour cela, se réfère à des « mécanismes continus régulateurs et coercitifs » (Foucault, 2014 [1976] : 189). En dehors de

la sphère familiale, les lois Ferry d'obligation scolaire facilitent, en France, l'accès de la population enfantine à l'instruction. Comme Philippe Ariès le souligne dans son travail sur le « sentiment de l'enfance » (1973 [1960]), l'école et la famille constituent des espaces d'enfermement des enfants. Ces derniers ne peuvent échapper au regard des adultes qui scrutent non seulement leurs conduites, mais aussi leur état de santé.

La famille et l'école ne sont toutefois pas les seuls espaces clos au sein desquels des pratiques sécuritaires, tout aussi morales qu'hygiéniques (Boltanski, 1984) sont mises en œuvre. Les établissements éducatifs et sanitaires comme les dispensaires et les hôpitaux spécialisés dans la prise en charge de l'enfance, mais aussi les dispositifs d'écriture comme les carnets de santé jouent également ce rôle.

L'espace du « dispensaire »

Dans « Political Anatomy of the Body » (1983), David Armstrong réinterroge l'« évidence » conférée au corps par les sciences et la politique au tournant des XVIIIe et XIXe siècles. À partir d'une analyse de sources scientifiques et médicales produites en Grande-Bretagne, il questionne l'exercice et la circulation du pouvoir *sur* et *par* les corps à travers les dispositifs d'observation et de production de savoirs par la médecine, l'hygiène sociale ou la psychiatrie. L'ouvrage d'Armstrong montre très clairement les formes nouvelles d'investissement du corps de l'enfant par la médecine du XIXe siècle. Il montre que l'incertitude qui qualifie la croissance enfantine est conjurée par l'application de diverses techniques de biopouvoir. Selon lui, « le corps de l'enfant n'est bien sûr pas seulement fabriqué par le discours médical qui commence à s'y fixer vers la fin du XIXe siècle, mais aussi par les diverses préoccupations morales et éducatives qui l'enveloppent à l'époque »[94] (Armstrong, 1983 : 13).

Ces préoccupations se manifestent dans la création d'espaces situés à cheval entre le médical et l'éducatif, et qu'il est possible de qualifier à partir des travaux d'Armstrong de « dispensaires »[95]. L'entrée des enfants dans le champ du panoptique au XIXe siècle intensifie les revendications scientifiques et médicales d'observation de cette population. Les médecins veulent accéder à l'enfant par tous les moyens oculaires et instrumentaux possibles. Dans cette perspective, ils les observent dans l'espace domestique, mais aussi à l'école et à l'hôpital. Des

[94] "*The body of the child was of course not only fabricated by the medical discourse that began to fix on it towards the end of the XIXth century, but also by the various moral and educational concerns which contemporaneously enveloped it".*

[95] Armstrong définit le dispensaire comme un type spécifique d'établissement, mais aussi de regard porté sur les individus. Cette notion est tirée de la définition plus ancienne du dispensaire comme d'un espace dédié à la prise en charge des plus pauvres et qu'Armstrong applique aux nouvelles formes architecturales et sociales d'observation de la maladie à l'échelle de la population ("*The new dispensary was a building, but also a new perceptual structure a new way of seeing illness which manifested itself in different ways*") (1983 : 8).

espaces médicaux de surveillance voient le jour à Paris, comme en 1802, avec l'ouverture du premier Hôpital des Enfants malades (Beauvalet-Boutouyrie, 2003). Sorte d'extension de la technique disciplinaire du « panoptique » conceptualisée par Foucault, le « dispensaire » d'Armstrong s'en distingue néanmoins par la porosité de ses frontières et de ses murs avec le reste de la société. En effet, si le panoptique est un espace clos de contrôle des corps, le dispensaire est quant à lui un espace ouvert où les populations cibles y sont accueillies momentanément. Au sein de ses murs, les individus sont à la fois disciplinés à travers la soumission directe à des pratiques corporelles et d'hygiène, mais ils sont aussi étudiés à travers la réalisation d'enquêtes (*survey*) dont les résultats sont mis au service des interventions de santé publique portées par la médecine sociale. Les médecins pédiatres ouvrent par exemple au XIXe siècle des dispensaires dédiés aux mères et enfants issus de quartiers populaires dans l'optique de fournir aux nouveau-nés du lait stérilisé et sain. La première « Goutte de lait »[96] est ouverte à Fécamp en 1894 par le pédiatre Léon Dufour (Sautereau, 1991). Ces types de dispensaires ne tardent ensuite pas à gagner la capitale. Le docteur Gaston Variot installe la même année dans le quartier parisien de Belleville, une Goutte de lait[97], où il perpétue les distributions amorcées quelques années plus tôt par l'*Association de bienfaisance du dispensaire de Belleville.* Ces « dispensaires », en tant que lieux d'asile, de mesure et d'éducation, participent à faire des enfants un « objet du regard médical » (Armstrong, 1986 : 13). À partir des observations réalisées auprès des nouveau-nés accueillis dans ces espaces, les médecins érigent des courbes, des tables et des tableaux de croissance à partir desquels ils tirent des moyennes statistiques de croissance[98].

Dans ce cadre, nous pouvons ici nous demander comment les seuils diagnostiques de l'anorexie ont-ils été façonnés, au sein, et par, ces dispositifs de surveillance. Mais aussi, comment ces dispositifs ont-ils favorisé l'avènement d'une médecine des âges organisée autour de spécialités médicales et professionnelles dédiées aux âges de la vie, comme la pédiatrie ou la psychologie du développement ?

1.3. Standardiser la croissance et le développement

Dans l'entre-deux-siècles (XIXe-XXe), la publication de traités dédiés aux maladies enfantines prépare le terrain à l'avènement de la spécialité pédiatrique, dont la légitimité réside dans la

[96] Le terme de Goutte de lait désigne des établissements dédiés à la distribution de lait stérilisé et au suivi médical des nouveau-nés.

[97] Voir respectivement en Annexe 5 et Annexe 6, le tableau de Jean Geoffroy « L'Œuvre de la Goutte de lait », ainsi qu'une photographie de salle d'attente d'une Goutte de lait.

[98] Des exemples de courbes et de tableaux de croissance sont disponibles en annexe (Annexe 7 à Annexe 9).

connaissance des maladies touchant exclusivement les enfants (Prescott, 1998). L'instabilité corporelle qui caractérise spécifiquement les premières années de vie, et plus largement toute la période de croissance, amène les médecins à appréhender les corps enfantins comme des réservoirs de potentialités, mais aussi comme des corps perpétuellement menacés par le réveil soudain d'anormalités ou par l'installation de pathologies (Armstrong, 1983 ; Diasio, 2019). Cette malléabilité corporelle est comprise par les scientifiques et les médecins comme le reflet d'un état biologique d'immaturité, inscrivant l'enfance du côté de la nature (Taylor, 2013). Les mesures corporelles et statistiques servent, dans ce cadre, à standardiser le développement, ainsi qu'à prévenir son instabilité.

La « pensée développementale »

Au sein de la médecine scolaire et sociale, les mesures corporelles concourent à la formulation de lois de développement consignées dans des tableaux de croissance et dans des courbes de taille et de poids. La répartition statistique de ces données corporelles s'effectue en fonction de l'âge des enfants et repose, selon le socio-historien de l'enfance André Turmel (2013 : 263), sur un système de « comparaison des groupes d'enfants entre eux [qui] met en place des normes pertinentes pour tous les enfants ». Ces normes constituent ensuite « la base à partir de laquelle la pensée développementale » (« *developemental thinking* ») (*ibidem*.) émerge avant de s'imposer durablement en Europe dès le milieu du XIXe siècle. Dans une approche reprenant les principes de la théorie de l'acteur-réseau, Turmel étudie la pensée développementale comme un cadre cognitif commun à divers acteurs du champ de l'enfance (institutions, parents, éducateurs) régulant autant les manières de penser que d'agir vis-à-vis de l'enfant. L'âge chronologique s'instaure dans ce cadre comme un étalon de mesure de la normalité du développement de l'enfant, ce qui participe, par conséquent, à une standardisation temporelle des phénomènes de croissance. L'archétype de ce cadre cognitif est le système des stades de développement, théorisé par le psychologue français Jean Piaget au début du XXe siècle, qui s'exporte largement outre-Atlantique (Turmel, 2006). Selon ce modèle, chaque étape de développement est attachée à un âge. Les anormalités du développement, qu'elles soient physiques ou intellectuelles, sont alors observées et traduites par les médecins et éducateurs à partir d'un lexique temporel (enfants en retard, arriérés, en avance), à travers lequel les conduites jugées pathologiques chez l'enfant et l'adolescent sont pensées en tant qu'inadéquation temporelle entre des degrés de maturité physique, psychique et sexuelle[99]. Ce

[99] La thématique du développement de la sexualité est notamment abordée dans ce chapitre, à travers la question adolescente et pubertaire. Cf : Infra., partie 2.2 « Discours médicaux autour des périodes critiques ».

lexique s'appuie sur une vision linéaire et progressive du temps, qui traduit l'inscription des corps dans une altérité temporelle. Autrement dit, les opérations statistiques de comparaison effectuées au sein d'enquêtes médicales ou de statistiques sociales donnent matière à déterminer, depuis la mesure des corps, une « loi du développement ». Ces opérations constituent les conditions de possibilité, d'émergence et de diffusion d'une pensée développementale, puisque dès lors :

> « *Être "adéquat à l'âge" revient à assurer la bonne marche du futur, non seulement de l'organisme individuel, mais aussi des générations à venir. Savoir comment le temps travaille le corps permet de le matérialiser, d'en contrôler la durée et de la canaliser. Baliser le temps par le corps des enfants fait des seuils entre les âges un moment de mise à l'épreuve, de reformulation et de rappel de l'ordre du genre et des orientations sexuelles* » (Diasio & *al*., 2019 : 21).

Dans leurs dimensions corporelles, c'est-à-dire d'action sur les corps, qu'elles soient directes ou médiées par des documents, les opérations de normalisation du développement physiologique et intellectuel justifient la création de spécialités professionnelles et éducatives (médecine scolaire, pédiatrie), ayant pour particularité d'intervenir à des âges de la vie précis. C'est ainsi que la pédiatrie, puis la médecine de l'adolescence, se centrent dans leur pratique « sur un groupe d'âge plutôt que sur une technologie médicale ou un système organique »[100] (Prescott, 1998 : 3). Les pédiatres constituent de ce fait les acteurs principaux, bien qu'ils ne soient pas les seuls, d'un ensemble de productions graphiques et scripturales partagées avec d'autres acteurs du champ de l'enfance, dont les éducateurs, les médecins et les familles. Dans cette perspective, la circulation des savoirs médicaux et éducatifs et leur large partage « assurent une nouvelle forme de coopération entre [des] groupes hétérogènes en traduisant leurs points de vue, leurs intentions et leurs pratiques, tous contradictoires, dans une conception stable et visualisée du développement de l'enfant » (Turmel, 2013 : 80). Cette visualisation du développement s'organise notamment autour d'un ensemble de paliers successifs et hiérarchiques d'acquisition de capacités intellectuelles et de caractéristiques physiques adossées à des âges chronologiques. Ceci fournit une assise normative et rationnelle du processus du développement qui favorise, dans le sillage de la définition de « l'enfant normal », la coordination des acteurs du champ de l'enfance autour d'un objectif commun : assurer le « bon » développement de l'enfant.

[100] "*Adolescent medicine, [in contrast], does not have any technologies, diseases, or medical procedures that set it apart from other specialties*".

La figure de l'enfant normal

La figure de « l'enfant normal » s'établit et se décline au tournant des XIXe et XXe siècles en trois formes décrites par André Turmel (2013 : 207) : celle de l'enfant normal dans la « moyenne », celle de l'enfant normal en tant qu'« enfant en santé », et celle de l'enfant normal en tant qu'« enfant acceptable ». Dans la première forme, l'enfant normal renvoie à la « traduction de l'enfant dans un schéma formel » qui s'effectue par une standardisation des étapes de développement, via les sciences statistiques, et qui contribue à la production de chiffres et de savoirs normalisés autour des phénomènes liés à la croissance et au développement. La deuxième forme, celle de l'enfant en santé, émerge de la production de standards morphologiques issus de mesures corporelles réalisées à grande échelle, sur des cohortes de populations militaires, enfantines et scolaires. Les altérations de croissance ou les retards de développement, observés par le biais de la mesure des corps, sont interprétés par les médecins comme un signe de maladie. C'est dans cet intervalle entre statistiques et anthropométrie que les troubles spécifiques du développement, comme le rachitisme ou l'hypotrophie[101], sont décelés. Enfin, l'enfant acceptable est une forme qui renvoie au développement des savoirs en pédopsychiatrie et aux actions sur les conduites enfantines et adolescentes visant à rendre ces dernières socialement acceptables. Attachée à la figure de l'enfant délinquant, la figure de l'enfant acceptable traduit une volonté d'encadrement du comportement des enfants par une régulation des étapes « naturelles » du développement physique et psychique. Ces définitions des figures de « l'enfant normal » nous invitent dans le cadre de ce travail à porter notre attention sur les pratiques de mesure des corps enfantins, et sur l'insertion de ces mesures dans des schémas et des échelles standardisées du développement individuel et collectif. Plus largement, il s'agit d'interroger la manière dont l'anorexie a été constituée en une variation – physiologique et pathologique – de la figure de l'enfant normal et de son développement standard. Toutefois, une telle démarche demande de clarifier à quels âges se réfèrent ces schémas et ces échelles, ainsi que de préciser les enjeux politiques et de gouvernement des populations qui entourent ces âges.

2. L'âge, « variable d'État »

Le sociologue Gérard Mauger (2015) qualifie l'âge de « variable d'État » servant à déterminer la place occupée par les individus au sein des lignées ou des générations. Il montre que l'analyse

[101] L'hypotrophie désigne en médecine une anormalité de développement se manifestant par une réduction du volume ou du poids des tissus et des organes, ou bien par une petite taille ou un poids léger.

sociologique de l'âge soulève des problèmes de périodisation. En effet, deux possibilités de périodisation s'offrent au chercheur. Celle de l'étude d'une série de phénomènes et de leur rythme, ou celle d'une étude de l'interdépendance entre diverses dimensions sociales (politique, économique, médicale, culturelle) sur une même période chronologique préétablie. Dans le cadre d'une sociologie des âges attentive au parcours biographique, il s'agit selon ce modèle de s'attarder sur la succession des phénomènes biographiques dans le temps ainsi que sur leurs scansions, ou bien de s'attarder sur l'articulation à un âge donné entre les divers domaines biographiques (professionnels, familiaux, corporels). Cécile Van de Velde (2015) met quant à elle en avant trois angles d'étude sociologique de l'âge : celui de la segmentation des âges dans le temps, celui des parcours de vie et celui des générations.

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons en particulier à la première et à la dernière modalité d'analyse de l'âge proposées par Van de Velde, c'est-à-dire aux segmentations sociales de processus vitaux (croissance, reproduction) et à leurs imbrications avec la manière dont les générations sont scientifiquement établies. Nous pensons que c'est à cet endroit des générations que l'âge, en tant que « variable d'État » (Mauger, 2015), permet d'interroger le travail de standardisation des effets du temps sur les corps comme un levier biopolitique d'orchestration d'un certain ordre social. Les études de sciences sociales portant sur les âges de la vie m'ont convaincu de l'importance de ne pas étudier les âges comme des catégories naturelles données. Ils sont donc appréhendés ici comme le produit de « l'incorporation du social dans le processus biologique d'avancée en âge » (Rennes, 2019a : 120). En partant de l'« invention » (Ariès, 1973 [1960] ; Becchi & Julia, 1998) du temps de l'enfance depuis le milieu du XIXe siècle, ainsi que de l'usage administratif de l'âge civil par les États-nations, cette sous-partie met ainsi en lumière l'articulation de deux formes complémentaires de segmentation des âges : celle, d'une part, de la rythmicité des phénomènes biologiques, et celle, d'autre part, de l'insertion de cette rythmicité dans des logiques médicales, scientifiques, sociales et politiques. Le travail des âges constitue donc ici un « processus à double sens » (Charlap & *al*., 2015). Il renvoie d'abord à des savoirs produits au sein d'institutions organisées autour de certaines catégories d'âge (école, mariage, filiation), puis à des savoirs qui participent en retour à la délimitation de catégories médicales d'âge, qui sont également, si l'on pense par exemple à la ménopause telle qu'étudiée par Cécile Charlap (2019), des catégories médicales de genre.

2.1. Scansion des âges et des périodes de vie

Dès la fin du XVIIIe siècle, les enfants sont les cibles de divers dispositifs de lutte contre la maladie et la mort. Au rythme des guerres et des conflits internationaux, les enfants sont peu à

peu considérés par les gouvernements en place comme le vecteur principal de la construction d'un État-nation (Diasio & *al*., 2019 ; Tersigni, 2019). En France, la laïcisation des institutions accentue cet investissement public de l'enfance, qui, constituée en période de vie, est endiguée par des pratiques de soin spécifiques et des seuils d'âge légaux encadrant les pratiques de protection et de régulation du développement.

L'invention politique du temps de l'enfance

L'enfance est une catégorie sociale dont les bornes et les représentations varient selon le contexte socio-historique (Sirota, 2006a). Philippe Ariès (1973 [1960]) souligne la relative absence du « sentiment de l'enfance » au Moyen-Âge. Selon l'historien, l'enfance n'apparait pas à cette période comme une catégorie sociale reconnue. Les enfants sont sevrés à l'âge de sept ans, moment où ils cessent d'être reliés aux corps et à la vie quotidienne de leurs parents pour intégrer la vie productive et sociale du monde des adultes. Les apprentissages sont alors assurés au jour le jour, par le côtoiement des aînés. Les activités de l'enfant sont donc diluées à cette période dans les activités quotidiennes des adultes. Ceci tranche selon Ariès avec la conception développée dès le XIXe siècle de l'enfance comme un moment de vie autonome, situé entre la naissance et l'entrée dans l'âge adulte. C'est au XVIIIe siècle que ce changement s'opère. L'enfance acquiert à cette période une nouvelle dimension sentimentale associée à un vocabulaire de la mignonnerie (pitchoun, petit, bambin), et à un sentimentalisme hérité du romantisme. Une nouvelle attention est portée à la mortalité infantile, et la société cesse « de laisser mourir ou d'aider à mourir les enfants qu'on ne souhaitait pas garder » (Ariès, 1973 [1960] : 15). Jusque-là considéré par la société comme un adulte miniature, l'enfant acquiert donc avec le sentimentalisme romantique un statut nouveau d'individu à part. L'enfance elle-même devient un moment de vie distinct, bordé par des lieux, des habits, des pratiques de soin et d'éducation et une culture matérielle spécifique. Des historiens et historiennes ont depuis explicitement réfuté la thèse d'Ariès. C'est le cas par exemple du médiéviste Nicholas Orme qui réfute dans « Medieval Children » (2003 : 10) que l'enfance soit totalement diluée dans le monde des adultes :

> *« [Les enfants] portaient des vêtements, avaient des jouets, récitaient des comptines, jouaient à des jeux et lisaient de la littérature inventée par eux-mêmes ou conçue spécialement pour eux. Même lorsque ces vêtements, comptines et jeux étaient similaires à ceux des adultes, ils pouvaient toujours être utilisés séparément par les enfants et de*

manière distinctive. Les points de vue d'Ariès étaient erronés : non seulement dans les détails, mais dans leur essence » [102].

À partir d'écrits médicaux produits entre les XVI[e] et XVIII[e] siècles, Claudia Pancino (2021) montre, quant à elle, que la période de l'enfance est avant tout pensée, à ces époques, à travers la maladie. Les enfants sont continuellement malades ou sont atteints de nombreux maux et symptômes que les médecins repèrent et classent dans des ouvrages. La maladie et la mort sont vécues à ce moment comme des évènements extérieurs à la vie. Le XVIII[e] siècle marque néanmoins un tournant en la matière (Armstrong, 1986). Avec le déploiement des sciences statistiques, les causes de décès sont répertoriées et servent de catégories de référence aux études démographiques. La mort se mue alors en phénomène « interne » à la vie qu'il est possible de gouverner par une surveillance continue et diffuse des manifestations du normal et de l'anormal. C'est dans ce cadre que les politiques sécuritaires ciblent des « groupes à risque », déduits non pas à partir d'une binarité entre le « sain » et le « non sain », mais à partir d'une évaluation statistique et quantitative du « normal » et de l'« anormal », identifiée par Georges Canguilhem (2009 [1966]) dans son travail sur le « normal » et le « pathologique ».

Le travail d'Ariès sur la survenue d'un sentiment de l'enfance reste néanmoins central dans les études portant sur l'histoire moderne de cette période de vie. Il a notamment montré que cette invention fait suite à un mouvement démographique de baisse de la mortalité infantile, à un changement culturel marqué par le repli des individus dans la sphère familiale, ainsi qu'à l'avènement de l'apprentissage scolaire, et qu'elle se cristallise dans la constitution d'une culture matérielle enfantine (jouets, vêtements). Sans reprendre le postulat d'une construction pure et simple de l'enfance, on peut néanmoins constater avec ce travail l'avènement au XIX[e] siècle d'une conception nouvelle de l'enfance, marquée par des lieux et des pratiques de soin, des politiques publiques et des discours médicaux et éducatifs ciblant spécifiquement cette période de vie. Ces changements s'inscrivent notamment dans une « nationalisation de l'enfance » (Diasio & *al.*, 2019 ; Segalen, 2010) caractérisée par un investissement croissant par les pouvoirs publics des seuils d'âge chronologiques de l'enfance, et par un travail d'élaboration et d'affinement, politique et scientifique, des temps de vie.

Ce travail remonte avant le XIX[e] siècle. Par exemple, dans « L'invention de l'anniversaire », Jean-Claude Schmitt (2007) montre la présence dès le XVI[e] siècle de l'anniversaire, en

[102] "*They wore clothes, had toys, chanted rhymes, played games, and read literature invented by themselves or designed especially for them. Even when these clothes, rhymes, and games were similar to those adults, they could still be used separately by children and in distinctive ways. Ariès's views were mistaken: not simply in detail but in substance. It's time to lay them to rest".*

particulier des enfants, en tant qu'évènement notable pour les franges les plus aisées de la population. L'historien repère trois conditions nécessaires à la célébration de l'anniversaire de naissance[103]. Il faut d'abord que la date de naissance soit connue de la personne, et donc qu'elle soit enregistrée dans la mémoire familiale ou dans un registre administratif. Cela suppose une reconnaissance d'un temps laïcisé, où le rythme calendaire d'avancée en âge ainsi que l'accumulation des années font sens au regard d'un temps où la vie prime sur la mort. Dans ce cadre, la vie de l'individu, d'abord du roi puis plus tard des sujets, est scandée par des « rites » dont ceux de l'enfance (Sirota, 2006b), rappelant l'inscription de l'individu dans des relations sociales, familiales et politiques terrestres. Enfin, célébrer son anniversaire requiert aussi des configurations intellectuelles et matérielles de comptabilité des années qui passent. Tout ceci suppose l'existence d'un calendrier commun découpé en années successives, et suivi par l'entièreté de la population. Autrement dit, la célébration de l'anniversaire requiert le partage d'une rythmicité collective basée sur une temporalité circulaire, selon laquelle un évènement revient à intervalle régulier et suivant un principe temporel linéaire où les années s'accumulent. C'est d'ailleurs selon ce principe d'accumulation au fil de la « flèche du temps » (Bensaude-Vincent, 2016) que l'âge chronologique est entendu ici ; c'est-à-dire, pour reprendre les termes des sociologues Michel Bozon et Juliette Rennes (2015 : 8), comme « la durée qui sépare chacun de sa date de naissance ». L'historien et démographe Hervé Le Bras (2003) rappelle également que derrière l'actuelle évidence de l'âge chronologique, ce dernier constitue avant tout « un instrument politique ». La compatibilité du nombre d'années écoulées pour un individu depuis sa naissance est, dans cette perspective, un phénomène historiquement et culturellement situé, qui répond aux enjeux politiques d'organisation des générations et du pouvoir dans une société donnée. Les limites d'âge servent donc également au gouvernement des conduites individuelles, par l'application d'un cadre législatif autant destiné à la protection de l'enfant qu'à la régulation de l'accès à certains droits ou espaces.

Entre protection et régulation : l'enfant sujet de droits

À la suite de la Révolution française et de la laïcisation en 1792 des registres paroissiaux, l'âge chronologique « devient une catégorie de gouvernement des populations, utilisée dans la rédaction des lois, dans les politiques publiques et dans l'ensemble des pratiques de gestion des personnes » (Bozon & Rennes, 2015 : 8). La date de naissance des individus figurant dans ces registres paroissiaux, alors transformés en registres de l'État civil, sert dès lors de borne

[103] Il remarque en effet qu'au XVIe siècle, dans un contexte de forte influence chrétienne, c'est plutôt l'anniversaire de mort qui est fêté, car il marque le début de la vie post-mortem dans le royaume de Dieu.

chronologique justifiant l'attribution de droits et d'obligations, ou la restriction d'accès à certains droits. L'enfant n'est alors pas seulement pensé en tant que population, mais aussi en tant qu'individu. Comme l'expriment Nicoletta Diasio, Régine Sirota et Louise Hamelin-Brabant (Diasio & *al*., 2019 : 9) dans l'introduction au dossier « Le corps politique de l'enfant » :

> « *D'abord destinataire d'une biopolitique qui vise à multiplier la force et la vitalité de la population, l'enfant devient progressivement un sujet précieux qu'il est opportun de soustraire des influences néfastes de la mauvaise éducation, des adultes irresponsables, des milieux moralement viciés, des environnements inadaptés* ».

Les techniques sécuritaires qui visent à faire vivre l'enfant s'accordent alors à la constitution de l'enfant en sujet de droit, l'intérêt biopolitique pour la période de l'enfance favorisant l'adoption par le gouvernement de lois protectrices en faveur des mineurs. Les bornes d'âge de ces lois s'organisent principalement autour de l'opposition entre majorité et minorité. La majorité ouvre des droits tandis que la minorité place l'individu, notamment les femmes et les enfants, sous le joug d'une autorité étatique ou familiale (parents, mari, frère). Mais la minorité renvoie également à une position de dépendance, qui au XVIIe siècle est associée à la figure de l'enfant (Ariès, 1973 [1960]). À ce moment, l'enfant est à la fois le petit humain, la femme et l'homme de basse condition. Au XIXe siècle, la thématique de la majorité est principalement pensée au prisme de la capacité des individus à agir sous leur propre responsabilité, ainsi qu'au prisme du nouveau rôle d'un État social consistant à garantir la santé de ses citoyens. En 1861, dans les premières lignes de son « Essai historique et critique sur l'âge de la majorité », l'avocat et écrivain Louis Amiable affirme :

> « *L'un des principaux devoirs du législateur est de protéger les personnes qui ont besoin de protection. Il doit, par conséquent, veiller aux intérêts de celles qui, en raison de leur âge, ne sont point encore parfaitement capables de les sauvegarder elles-mêmes : il doit prendre des mesures efficaces pour les protéger contre la mauvaise foi des autres et surtout contre leurs propres faiblesses* »[104].

La majorité est donc fixée à la confluence de la responsabilité et de la capacité d'agir, menant parfois à l'exclusion des individus, et notamment des femmes, des enfants et des malades mentaux, de certains pans de la citoyenneté. Sous la IIIe République, le droit de vote est par exemple réservé aux hommes de plus de vingt et un ans. Au début du XXe siècle, les républicains justifient en partie l'exclusion des femmes du droit de vote par leur supposée incapacité à

[104] Amiable, L. (1861). « Essai historique et critique sur l'âge de la majorité », *Revue historique de droit français et étranger (1855-1869)*, 7, p. 205-271.

raisonner et à agir en dehors de l'influence d'un homme, dont les convictions monarchistes ou cléricales risqueraient de porter atteinte aux principes fondamentaux de la République.

De plus, la majorité, chez les femmes comme chez les hommes, n'est jamais acquise soudainement. Ce passage s'échelonne au contraire sur plusieurs années. La majorité s'acquiert par étapes, dans divers champs et à divers moments clés. Par exemple, en 1912, la majorité pénale est placée à seize ans, alors que la majorité civile reste située à vingt et un ans (Thiercé, 1999). Nous observons ici un phénomène identifié par Juliette Rennes selon lequel « la sortie de l'enfance et de l'adolescence [est] en partie produite par une série de frontières légales distinguant, selon les domaines, la minorité de la majorité »[105] (Rennes, 2019 : 270). Dans le cadre de notre étude, ces éléments nous invitent à questionner la manière dont les divers seuils diagnostiques de l'anorexie s'adossent à d'autres seuils d'âge – légaux, mais aussi juridiques ou scientifiques – qui organisent les rapports sociaux d'âge et de genre et qui nourrissent la production médicale de temporalités sexuées de développement.

2.2. Discours médicaux autour des périodes critiques

La constitution au début du XXe siècle de la période de l'« adolescence » (Le Breton, 2013) rend compte, à l'instar de l'invention de « l'enfance » au XIXe siècle (Ariès, 1973 [1960] ; Becchi & Julia, 1998 ; Luc, 1997), de l'influence des contextes politiques ou culturels dans l'apparition, puis dans la reconnaissance administrative et sociale, de « nouvelles séquences de vie » (Rennes, 2019b). Selon l'historienne Laura Di Spurio : « Comme [pour] toute catégorie, la reconnaissance de l'adolescence est imbriquée dans un contexte social, culturel et politique qui motive son observation scientifique et son encadrement par les pouvoirs publics » (Di Spurio, 2019 : 19). Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, l'adolescence représente une période de vie associée à la jeunesse en tant que statut social et politique d'acquisition de droits ou de patrimoine (Bantigny & Jablonka, 2009), et non encore totalement constituée en catégorie populationnelle d'action publique. Elle apparait cependant au tournant des XIXe et XXe siècles comme une période de vie cible de politiques publiques.

L'adolescence, un temps de vie marqué par la sélection sociale

L'encadrement de l'adolescence s'effectue concomitamment à la constitution, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, de cette période de la jeunesse en problème et catégorie d'action

[105] Ces limites légales de la majorité adulte sont d'ailleurs, selon Juliette Rennes, à opposer aux limites d'entrée dans le troisième âge qui restent légalement indéfinies alors même que la vieillesse constitue culturellement une période de rupture avec l'âge adulte.

publique (Bordiec, 2018). Du point de vue de la sociologie des âges, la jeunesse peut être définie selon les mots de Gérard Mauger (2015 : 77) comme :

> « *L'âge de la vie où s'opère un double passage plus ou moins étiré dans le temps – de l'école à la vie professionnelle, de la famille d'origine à la famille conjugale – où, en d'autres termes, la séquence de trajectoire biographique (« entrée dans la vie » ou « passage à l'âge adulte ») définit un double processus d'accès au marché du travail et au marché matrimonial qui se clôture avec la stabilisation d'une position professionnelle ou familiale* ».

D'après cette définition, la jeunesse constitue une période de passage par excellence, marquée par une situation d'entre-deux, à la fois d'indépendance et de dépendance, par rapport à la famille et au système scolaire. Cette situation est néanmoins vécue et rythmée différemment selon la situation occupée par l'individu dans l'espace social. Les femmes sont ainsi nombreuses à passer directement du statut d'enfant, dépendante de leur foyer familial, à celui d'épouse, dépendant du statut de leur mari (Thiercé, 1996). Qu'elle soit ou non pleinement associée à la jeunesse, l'adolescence se caractérise elle aussi par une déclinaison de classe et de sexe, de rythmes et de normes. En ce sens, Agnès Thiercé (1996) montre la nécessité d'une historicisation de l'adolescence pour mettre en avant les conditions sociales rendant possible l'appartenance à cet âge de la vie. L'historienne évoque notamment l'extension, à la fin du XIXe siècle, de la catégorie d'adolescence à toute la population jeune. D'abord réservée à la bourgeoisie masculine, l'adolescence représente au début du XXe siècle une période de vie commune, traversée et partagée par l'ensemble des individus de la société. Ce passage d'un âge de classe à un groupe d'âge s'effectue surtout par la généralisation de dispositifs d'encadrement de la jeunesse, dont le cadre scolaire et post-scolaire (école militaire, mariage). Concernant l'éducation féminine, la dissolution des congrégations féminines, puis l'instauration d'une séparation entre l'Église et l'État en 1905, mettent sur le devant de la scène la question de l'instruction laïque des filles. Dès la fin du XIXe siècle, le modèle éducatif masculin s'étend et l'enseignement primaire s'ouvre largement aux filles, tandis que l'enseignement secondaire, autorisé au sexe féminin par la loi Camille Sée de 1880, se peuple d'étudiantes de la classe moyenne et de la petite bourgeoisie (Dinet, 2011). L'extension de la scolarité à l'ensemble de la population offre donc un cadre institutionnel et administratif stable à partir duquel l'adolescence est constituée en âge transitoire, c'est-à-dire en temps de passage entre l'enfance et l'âge adulte, scandé par divers évènements et rites sociaux, religieux ou laïques, tels que le certificat d'études, le service militaire ou la première communion.

L'adolescence constitue alors un temps de vie profondément marqué d'une sélection sociale, orchestrée par des « techniques de pouvoir » prenant appui sur l'évaluation des « aptitudes » corporelles (Boullant, 2009 : 52). Les scientifiques et médecins mesurent les corps, leur force et leur capacité motrice ou observent leurs diverses dimensions physiques (morphologie, système nerveux, musculature). Ces « techniques de pouvoir » font de l'indétermination sexuée un problème interprété au regard de ce qui relèverait du retard ou de l'arriération en matière développement. Ces jugements médicaux déterminent en effet l'inclusion ou l'exclusion des corps masculins, féminins ou anormaux de certaines institutions (école, armée), mais régissent également leur envoi dans certains espaces éducatifs ou médico-pédagogiques de « redressement » (Vigarello, 1978). Dans ce cadre, comment ces principes administratifs et médicaux de sélection par les aptitudes façonnent-ils la production des seuils diagnostiques de l'anorexie ?

Révolution et vulnérabilité adolescentes

La vision du temps de l'adolescence comme âge transitoire constitue, selon Agnès Thiercé, la « formule adolescente » (1996). Cette formule repose sur trois piliers : celui d'abord de l'encadrement des individus, puis celui de la crise et enfin celui de la puberté. Ces piliers s'enracinent dans les conceptions portées dès le milieu du XIXe siècle par les médecins, psychologues et pédagogues sur l'adolescence, en tant que moment de mutation générale de la psyché et du corps. À cet égard, l'adolescence est présentée comme une période particulièrement dangereuse, où l'instabilité de la croissance physique (taille, poids, organes) se couple à une « révolution » physiologique totale (Di Spurio, 2019), induite par l'accélération d'un processus de différenciation des sexes. Cette mutation physiologique, sociale et morphologique du corps conduit certains savants à présenter l'adolescence comme un âge « ingrat ». Le pédagogue et homme politique français Ferdinand Buisson parle par exemple d'une « gaucherie physique et morale », qui ne cesse que lorsqu'enfin la « transition est achevée […], l'enfant est devenu un adolescent, le petit garçon est devenu un homme, la petite fille est une femme » (cité par Thiercé, 1996 : 13). La crise pubertaire constitue à ce titre dès le XIXe siècle, l'épicentre de l'adolescence. Thiercé (1996 : 32-33) affirme par exemple :

> « *Après l'Émile, il n'est pas au* XIXe *siècle d'adolescence sans le concept de crise. La crise pubertaire est au cœur de la définition rousseauiste de l'adolescence. Par la suite, elle suscite un intérêt inquiet et la multiplication des discours. En outre, c'est bien le sentiment d'un moment périlleux et décisif, à étaler dans le temps pour en atténuer les dangers et en préparer l'aboutissement, qui détermine la définition d'une période de tutelle prolongée, d'une période transitoire entre maturité physique et maturité sociale,*

entre la fin de l'enfance et la jeunesse ou l'état adulte. En retour, le décalage entre ces deux maturités est le ferment de la crise adolescente ».

L'instabilité de ce passage de l'enfance à l'âge adulte est donc marquée par une inadéquation transitoire entre le degré de maturité physique et celui psychique.

Au début du XXe siècle, les idées du psychologue américain Granville Stanley Hall sur l'adolescence circulent largement en Europe. Adepte de la théorie de la récapitulation, Hall conçoit l'enfant comme « une sorte de conservatoire de l'histoire biologique et culturelle de ses ancêtres » (Ottavi, 2000 : 548). Le développement suivrait ainsi des lois naturelles que les pédagogues sont invités à connaitre pour mener à bien leur mission éducative[106]. Dans ce schéma, l'adolescence représente un temps d'arrachement de l'enfant à un état de nature. Hall définit scientifiquement ce temps de vie comme un temps de crises, biologiques et émotionnelles, induites par un déséquilibre des fonctions adaptatives et de développement. Cette théorie évolutive de l'adolescence est largement reprise en France dans les théories psychologiques relatives au développement. Au début du XXe siècle, les médecins et pédagogues pensent l'adolescence à travers les tumultes apportés par la puberté, tumultes qui s'avèrent aussi dangereux que nécessaires, car conduisant *in fine* à la maturation physiologique et psychique marquant l'entrée dans l'âge adulte. Émergent alors, dans le temps de l'adolescence, des pathologies qui lui seraient propres, telle l'hébéphrénie (Guillemain, 2018), ou comme le souligne Jacques Arveiller (2010), l'anorexie mentale. Concernant spécifiquement cette dernière – et à l'aune des éléments historiques présentés jusqu'ici à propos de la médecine des âges –, nous pouvons nous demander comment les seuils diagnostiques de l'anorexie sont façonnés à la confluence d'interventions médicales, disciplinaires et sécuritaires visant à standardiser le développement féminin et à réguler ses temps de passage.

2.3. Âge, genre et corps sexués : les « seuils d'âge » et « seuils de genre » de l'anorexie

La constitution de savoirs médicaux autour des âges de la vie ouvre la voie à une multitude d'actions techniques visant à contrôler ou à influencer les processus physiologiques. Dans son étude sur les opérations chirurgicales enfantines au début du XXe siècle, Véronique Moulinié (1998) remarque que l'ablation des amygdales et de l'appendice relève de « toute une compréhension de la physiologie enfantine, de la croissance du corps qui est mise en œuvre au

[106] Voir : Hall, G. S. (1904). *Adolescence, its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, t.1, New York: Appleton and C.

cours de ces petites chirurgies » (1998 : 66). Ces ablations visent à revigorer les corps, à faciliter la circulation du sang ou à remettre en ordre des physiologies désordonnées au fil de la croissance ou avec la puberté. Loin d'être de seuls actes curatifs, ces petites chirurgies servent aussi à inscrire ou à réinscrire les corps dans un « sexe », en s'assurant de leur « bon fonctionnement » physiologique, à un instant précis de la vie. Surtout, les bonnes ou les mauvaises circulations du sang contiendraient les succès ou les défectuosités de la croissance et de la spécification sexuée des corps. Ainsi, toujours selon Moulinié (1998 : 315), ces interventions « organisent aux périodes critiques la trajectoire du sang tout en régulant les identités de sexes, soit en les distinguant fermement, soit en les rapprochant ». La circulation du sang, ses jaillissements et ses représentations jouent dans ce contexte un rôle majeur dans la définition de périodes « critiques » chez les femmes. Les pathologies féminines sont notamment bornées par une double périodicité : celle mensuelle renvoyant aux menstruations, et celle de la vie, marquée par la ménarche et la ménopause. Si nous comprenons ici que la mesure des âges par le corps est au cœur de la fabrication des « sexes », quelle place, alors, ce processus occupe-t-il dans la production des seuils diagnostiques de l'anorexie ?

Ce que la mesure des âges fait au sexe

Tout au long du XIXe siècle et au début du XXe siècle, les pratiques scientifiques et médicales occidentales de mesure des corps structurent les classifications hiérarchiques entre les « sexes » (Julien & Voléry, 2019 ; Voléry & Julien, 2020). Dans ces classifications, l'âge occupe une place centrale, servant de repère à l'évaluation médicale des effets du temps sur les corps. L'étude des seuils de l'anorexie relève alors d'une analyse portée sur la standardisation de ce que le temps fait, ou doit faire, aux corps. Mais elle est aussi une analyse de ce que la mesure produit des corps, de ce qu'elle rend visible, signifiant, et de la façon dont elle participe à la construction des subjectivités et des normes corporelles. Le franchissement des seuils diagnostiques de la catégorie d'anorexie n'est donc pas seulement lié à un passage quantitatif – renvoyant à tant de centimètres, tant de kilogrammes ou tant d'années de retard de développement – mais aussi à des impressions, des perceptions et des mesures des autres et de soi (Voléry, 2020 : 11), émanant aussi bien des médecins observateurs que des personnes observées.

Selon Alain Desrosières et Sandrine Kott (2005 : 2), l'acte de quantification suppose « d'exprimer et de faire exister sous une forme numérique ce qui, auparavant, était exprimé seulement par des mots et non par des nombres ». Le procédé de mesure, conjugué aux conventions métriques, constitue alors une partie de la quantification. Les apports des travaux

portant sur les conventions de mesure (Schaffer, 2015) suggèrent quant à eux que les pratiques de mesure s'enracinent dans des normes métriques culturellement et historiquement situées (mètres, livres, kilogrammes). Nous nous intéressons toutefois, en premier lieu, dans ce travail, aux opérations de mise en chiffres des corps (poids, taille, années de vie). L'analyse s'ancre donc davantage dans une anthropologie historique des pratiques savantes de mesure et d'observation des corps enfantins et féminins, que dans une étude des débats ou des enjeux portant sur la quantification et ses conventions métriques. Ce qui nous intéresse ici, c'est bien la façon dont la mesure des âges et leur standardisation contribuent à façonner la catégorisation médicale des corps sexués, ainsi que les signes pathologiques et physiologiques qui leur sont associés.

Ce chapitre a dans cette perspective mis en évidence le fait que la production de savoirs autour des âges de la vie s'enracine dans une médecine des âges organisée autour d'un « dispositif de sexualité » où le « sexe » (Foucault, 2014 [1976]), par ses manifestations, ses énoncés et ses manipulations, est placé au cœur des catégorisations du pathologique ou de l'anormal. L'étude de Véronique Moulinié (1988) évoquée précédemment suggère que le sexe n'est jamais constitué une bonne fois pour toutes, mais qu'il est à réaffirmer à chaque passage et transition de vie. L'âge et ses mesures interviennent alors de concert avec les normes sociales de genre, dans la construction et la réification d'un sexe biologique socialement déterminant, et ceci, tout au long de la vie. Par ailleurs, les critiques de Priscille Touraille (2011a, 2011b) à l'encontre d'une approche entièrement constructiviste du sexe rappellent combien le genre catalyse le « travail de la pensée sur le biologique » (2011b : 66). En somme, l'approche anthropologique du travail médical de la matière biologique et de ses manifestations corporelles souligne qu'en matière d'analyse des catégorisations médicales, il est peu efficient de placer l'âge social et le genre du côté de la culture, et l'âge et le sexe biologiques du côté de la nature.

En prenant appui sur ces réflexions, notre étude propose ainsi de complexifier une lecture de l'émergence de la catégorie médicale d'anorexie au seul regard de la médicalisation des comportements alimentaires féminins à la fin du XIXe siècle, en interrogeant plus spécifiquement les processus de naturalisation des temps de vie, de leurs rythmes et de leurs manifestations corporelles, émanant des manipulations scientifiques et médicales des processus vitaux. De cette manière, les « interventions médicales » qui gravitent autour de l'anorexie sont appréhendées ici comme des actes de « construction sexuée » des corps (Touraille, 2011a). Lorsque nous parlons de « seuils de genre », nous nous référons donc aux normes sociales de genre qui distinguent par des habitus corporels et des éléments extérieurs (vêtement,

alimentation) le féminin du masculin, mais nous nous référons aussi aux effets de cet ordre social de genre sur le travail médical des caractères biologiques, corporels et sexués. De la même manière, les « seuils d'âge » désignent dans ce travail les bornes d'âge calendaire qui sont socialement et culturellement définies, mais aussi les données biologiques et corporelles manipulées par les médecins et à partir desquelles ces derniers diagnostiquent l'anorexie. Ces « seuils d'âge » dialoguent donc en permanence avec des « seuils de genre » dont les définitions et encadrements légaux, éducatifs, juridiques, en s'appuyant sur les savoirs médicaux, servent au gouvernement des populations et à la régulation des frontières corporelles de sexe et sexualité.

Dénaturaliser l'anorexie, interroger l'âge biologique

Les travaux de sociologie historique portant sur des catégories diagnostiques comme le cancer (Pinell, 1992) ou le syndrome du stress post-traumatique (Young, 1995) invitent, il me semble, à entamer un travail de « dénaturalisation » (Lemieux, 2012 : 29) de la catégorie d'anorexie en mettant au jour les logiques sociales qui président à son observation, sa qualification et sa classification dans les taxinomies médicales. L'étude de la construction de l'anorexie en tant que catégorie médicale attachée à l'enfance et à l'adolescence, n'est donc abordée dans cette étude ni comme une révélation de ce qui existerait (c'est-à-dire ce qui serait révélé par une métrique réaliste), ni comme un seul conglomérat de pratiques sociales et symboliques détachées de toutes réalités corporelles ou biologiques. Ian Hacking nous invite sur ce point à utiliser avec précaution l'approche constructiviste, notamment dans le cadre de l'étude des maladies mentales. Dans « La construction sociale de quoi ? » (Hacking, 2008 [2000]), il expose un argument clé qui se résume en substance à cette question : à quoi servirait-il d'affirmer que les choses sont socialement construites si tout l'est et de la même façon, c'est-à-dire autant les catégories sociales que les maladies ou les objets du monde ? Lorsqu'il souligne la polysémie de la notion de « construction » en sciences humaines et sociales, cela lui sert à préciser ce qui est effectivement construit et ce qui ne l'est pas. Comme il le souligne à propos de la catégorie d'anorexie (Hacking, 2008 [2000] : 56) :

> « *Lorsque quelqu'un parle de la construction sociale du génie ou de l'anorexie, il parle sans doute tout à la fois de l'idée, des individus tombant dans le champ de l'idée, de l'interaction entre l'idée et les gens, tout comme des pratiques et des institutions extrêmement diverses que ces interactions impliquent : bref, de la matrice* ».

La proposition d'étude de la production des seuils diagnostiques de l'anorexie qui est développée ici se situe donc à l'interface entre une approche constructiviste des catégories

médicales et une interrogation des processus de naturalisation des âges de la vie et de leurs pathologies de genre. En interrogeant la multidimensionnalité des seuils diagnostiques de l'anorexie – au regard des scansions scientifiques, politiques, légales et juridiques des âges de la vie –, cette thèse place au cœur de son analyse les rapports qui se nouent entre le biologique et le social dans la production de cette catégorie médicale d'âge et de genre.

Conclusion du chapitre 2 :

Au tournant des XIXe et XXe siècles se formalise en France une médecine des âges axée sur une approche chronologique du développement humain et de ses manifestations biologiques. Puisant ses logiques dans les savoirs évolutionnistes, cette médecine introduit la période de l'enfance comme un temps marqué par l'immaturité biologique, et par conséquent comme un temps privilégié d'interventions médicales et politiques. Dans ce cadre, notre proposition d'analyse de la production des « seuils diagnostiques » de l'anorexie invite à porter une attention particulière à leurs déclinaisons en « seuils d'âge » et « seuils de genre ». En tant que faits, limites et marqueurs temporels et corporels d'une pathologie ou d'une anormalité de développement, ces seuils diagnostiques sont ainsi étudiés dans ce travail du point de vue des normes et des standards établis par une médecine des âges attentive aux temporalités et rythmes de développement sexués et sexuels.

Conclusion de la première partie

Cette première partie s'est centrée sur la problématisation des « seuils diagnostiques » de l'anorexie. Elle a montré l'intérêt pour notre étude d'interroger les catégorisations psychiatriques et médicales de la maladie au prisme des définitions scientifiques et politiques des périodes de l'enfance et de l'adolescence. La conception évolutionniste du développement (Canguilhem & *al*., 2003) a irrigué tout au long du XIXe siècle et au début du XXe siècle les savoirs scientifiques relatifs à l'humain en général, et aux âges de la vie en particulier. Dans ce cadre, les pratiques médicales et instrumentales de mesure des corps et des temps de la vie participent à une altérisation des humains, ainsi qu'à la légitimation de leur hiérarchisation temporelle (Diasio, 1999 ; Fabian, 2017). Au milieu du XIXe siècle, les scientifiques conçoivent l'enfance comme un espace théorique d'altérisation subordonnée à une échelle temporelle de développement. Cependant, l'enfance ne constitue pas seulement une abstraction hiérarchique d'un « autre », elle est aussi élaborée comme un ensemble concret de processus vitaux (croissance, maturation, puberté). Parce qu'instables et incertains, ces processus vitaux sont observés, contrôlés et régulés par le biais d'une standardisation médicale du développement. À partir de ces éléments généraux, la deuxième partie de ce travail se concentre sur l'identification clinique de l'anorexie chez les femmes et les adolescentes.

DEUXIÈME PARTIE
Identifier une pathologie féminine et adolescente

Cette deuxième partie se concentre sur la manière dont l'anorexie a été identifiée par la psychiatrie neurologique et du développement. Elle traite d'une période allant des premiers tableaux cliniques de l'« hystérie gastrique » dressés par Ernest-Charles Lasègue en 1873, jusqu'aux récits cliniques d'« anorexie mentale » se multipliant dans les années 1910. L'identification est une opération située au cœur de la pensée politique, scientifique et médicale du XIXe siècle. Comme le montre Claude-Olivier Doron (2012), l'identification constitue l'un des piliers de la pensée de l'altération, entendue comme une déviation de l'espèce, à partir d'un « type humain », originel ou en devenir. Partant de cette définition, la notion d'identification renvoie, dans cette partie, à la classification de corps féminins dans une catégorie médicale pathologique jugée en rupture avec un certain type humain idéal. Cette identification s'applique donc, d'une part, à un ensemble de symptômes et de signes cliniques et corporels diffus, et d'autre part, à un groupe d'individus médicalement rassemblés sous une même catégorie pathologique, ici l'anorexie. Ainsi, dans les lignes qui suivent, la production des seuils diagnostiques de l'anorexie est examinée depuis les opérations médicales d'identification de la maladie *sur* et *dans* les corps, effectuées au regard de normes corporelles de genre et d'âge.

Le premier chapitre se concentre sur la manière dont les signes cliniques attachés à la question anorexique ont été identifiés par le biais d'un « coup d'œil » et d'un « corps à corps » cliniques, ainsi qu'à travers l'utilisation médicale de certains instruments d'observation et de mesure des corps (photographies, pèse-personnes). Il montre que la visibilisation de certaines localités corporelles associées au féminin (hanches, poitrine, bassin) étaye l'identification de « seuils esthétiques de genre » à partir desquels les femmes et les filles sont diagnostiquées anorexiques. Le second chapitre interroge la façon dont la *chronologisation* administrative et médicale des maladies mentales influe sur la classification psychiatrique de l'anorexie parmi les pathologies féminines et adolescentes. Il montre que la période de l'adolescence représente, pour les psychiatres neurologues et les psychiatres du développement, un moment biologique et social qui requiert une intervention médicale et éducative importante. Dans cette perspective, il met en avant le « seuil de sexualisation » à partir duquel l'anorexie est diagnostiquée chez les adolescentes.

Chapitre 3 – Un quadrillage corporel expert

Ce chapitre se concentre sur les opérations cliniques par le biais desquelles les psychiatres de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle ont observé et ont rendu visibles certains indices physiques et morphologiques de l'anorexie. Il examine le suivi, par les médecins, d'un « quadrillage corporel » dont les lignes et les intersections façonnent autant le corps des malades que le regard qui y est porté par les cliniciens. Ce quadrillage valorise des indices et des signes corporels qui sont attachés au genre féminin, et se couple à une démarche d'inscription numérique et textuelle des signes cliniques au sein des publications scientifiques, donnant ainsi une unité « cohérente » à la catégorie pathologique d'anorexie. De là, il s'agit ici de mettre en avant la façon dont le paradigme clinique, « oculaire » et « mathématique » (Diasio, 2020), en s'appliquant par le biais de pratiques savantes d'observation et de mesure des corps, participe depuis certains lieux de savoir et localités corporelles, à l'identification pathologique de l'anorexie.

Dans un premier temps, le chapitre aborde la manière dont la maigreur féminine et les signes cliniques qui lui sont associés sont décelés par le biais d'un « coup d'œil » clinique (Foucault, 2015 [1963] : 127) reliant des indices physiques extérieurs à des altérations fonctionnelles internes. Ce « coup d'œil » est porté directement sur les corps des malades ou s'opère par le biais de dispositifs d'observation instrumentés comme la photographie médicale. Dans un second temps, le chapitre se concentre sur la production de savoirs spécifiques sur l'anorexie. Afin de produire du savoir sur la maladie, les savants ont recours à des techniques corporelles et à des pratiques d'observation et de mesure instrumentées qui engagent des interactions particulières entre leur propre corps et celui des malades. Les médecins usent notamment de leurs mains, dans un « corps à corps » avec les malades, mais aussi dans des pratiques d'écriture et de visualisation graphique des éléments cliniques ainsi observés.

1. Un regard médical et instrumental sur la maigreur féminine

À la fin de l'époque des Lumières, la folie cesse d'être perçue comme un phénomène uniquement métaphysique en étant située par le regard clinique *au niveau du* et *dans* le corps, dès lors étudié au prisme de la matérialité et du fonctionnement des tissus et des organes (Boullant, 2009 : 58-59). Dans le champ de la maladie mentale, l'identification des pathologies s'appuie sur l'observation méticuleuse des corps des malades et de leurs symptômes. S'agissant

de l'anorexie, les cliniciens placent la maigreur féminine au centre de leur regard, en évaluant spécifiquement certaines localités corporelles jugées significatives dans l'identification de la maladie.

1.1. Le « coup d'œil » clinique

Tout au long du XIX[e] siècle, les médecins œuvrant au sein du système asilaire et psychiatrique reconnaissent la maigreur extrême comme un signe de folie féminine. Dans les archives médicales des asiles publics de Maison Blanche et de Sainte-Anne[107] figurent de nombreuses références à l'aspect cachectique des patientes internées pour mélancolie, débilité ou alcoolisme. La maigreur extrême est également largement décrite au sein des observations cliniques se référant à la question anorexique, où la vue des corps décharnés provoque chez les médecins une vive émotion. Ces derniers usent d'un vocabulaire de l'horreur pour décrire des corps exsangues, aux os saillants et dont l'issue semble fatale. Ils rapportent également leur stupéfaction d'observer des femmes à la « maigreur extrême » et « effrayante », des individus « squelettiques » et pourtant encore vivants, voire capables pour certaines de se tenir debout et de se mouvoir.

En 1860, le médecin Louis-Victor Marcé[108] rapporte à propos d'une fille âgée de quatorze ans : « En ce moment, la maigreur est extrême et l'aspect de la figure est tel, que la malade ne peut sortir sans être l'objet de l'attention des passants »[109]. Toutefois, l'étonnement d'ordre profane laisse rapidement place dans les récits cliniques à un jugement expert du corps et de ses caractéristiques. Ce jugement expert s'appuie en premier lieu sur la capacité qu'auraient les médecins d'exercer sur les corps malades un « coup d'œil » clinique (Foucault, 2015 [1963] : 127). Ce « coup d'œil » repose sur une technique visuelle d'observation et d'évaluation de l'aspect général du corps malade et de certaines parties corporelles. Ce faisant, les médecins associent certains traits morphologiques et physiques, dont en premier lieu la maigreur extrême, à des signes cliniques révélant l'existence de tares dégénératives.

[107] Les cotes des archives consultées sont répertoriées en fin de manuscrit dans la section dédiées aux sources documentaires.

[108] En France, la première observation de cas d'anorexie est généralement attribuée à Ernest-Charles Lasègue avec son étude de huit cas d'hystérie gastrique publiée en 1873. Pourtant, quelques années plus tôt, en 1859, l'aliéniste Louis-Victor Marcé identifie à partir de ses études cliniques sur l'hypocondrie, plusieurs cas de « jeunes filles » proches de la puberté et présentant dit-il, une forme de « *délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments ».* Son texte est à ce titre parfois cité en prélude à l'étude de Lasègue. Voir à ce sujet : Williams, 2010.

[109] Marcé, L.-V. (1860). « Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859 », *Annales médico-psychologiques*, t.6, p. 27.

Observer l'extrême maigreur et ses effets physiques

Dans son article « Signes, traces, pistes », l'historien Carlo Ginzburg (1980) étudie le « paradigme de l'indice » à partir des travaux de l'artiste Morelli et de son sens des détails (œil, ongles, lobe d'oreille). De là, il souligne la force anthropologique de l'observation et de l'interprétation de la trace et de l'indice dans la formulation « des jugements sur l'homme et la société ». En permettant de reconstituer une réalité autrement insaisissable, il montre que l'indice rend visibles des critères physiques et matériels de jugement et d'organisation du monde. Dans le cadre médical et plus particulièrement en psychiatrie, les médecins se réfèrent aux indices physiques et morphologiques comme à des preuves cliniques de la pathologie ou de la déviance. Dans le cadre des observations cliniques de cas d'anorexie, la couche extérieure de la chair, et ce qu'elle laisse transparaitre, est au centre de l'examen « anatomo-pathologique ». Les corps sont quasi systématiquement appréhendés et décrits à partir du degré de visibilité des os, qui semble d'autant plus marqué que le tissu adipeux s'affine.

Selon les récits cliniques, des omoplates ou pommettes saillantes renseignent les observateurs sur l'existence d'un embonpoint dangereusement réduit. En 1891, le psychiatre Paul Sollier[110] remarque chez une fille de dix-sept ans qu'il diagnostique avec une « sitiergie hystérique »[111] : « Le corps était squelettique, la peau était sèche, rugueuse, terne. Les yeux très brillants étaient profondément excavés ; les pommettes saillantes ; la face pâle. Les cheveux tombaient abondamment »[112]. Le neurologue Joanny Roux[113] décrit dans des termes analogues, en 1894, la maigreur de certaines femmes hystériques et atteintes d'anorexie. Il affirme à leur égard que « le pannicule a disparu totalement : [les malades] sont devenus absolument squelettiques »[114]. Les effets physiques de la dénutrition sont ainsi repérés par les médecins par le biais de l'application de leur « coup d'œil » expert sur certaines localités corporelles. L'émaciation du visage, la sècheresse de la langue ou le teint terreux observés chez des individus amaigris accueillis dans les services hospitaliers ou en consultation externe sont par exemple perçus comme des signes évidents d'un état de fatigue inquiétant et d'un manque sévère d'alimentation. Autant d'indices dont l'observation conduit au diagnostic d'anorexie.

[110] Sollier, P. (1891). « Anorexie hystérique (Sitieirgie hystérique) », *Revue de médecine*, nº8, p. 525.

[111] La sitiergie désigne un refus durable et obstiné de s'alimenter.

[112] Sollier, P. (1891). *op. cit*., cité par Noguès, G. (1913). « Observation première », *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim*, Toulouse : Ch. Dirion, p. 71.

[113] Roux, J. (1897). « La Faim, étude psycho-physiologique », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.16/2, p. 431.

[114] *Ibidem*.

L'anorexie est en effet identifiée dans les publications médicales datant du tournant des XIXe et XXe siècles à partir d'une observation oculaire effectuée par les médecins, d'abord du degré perçu de maigreur des malades, et ensuite des signes physiques (au sens de marques physiques et corporelles) induits par cette maigreur. L'état de maigreur qui alerte les médecins est souvent associé à un poids relativement bas vis-à-vis des moyennes de poids de l'époque. Par exemple, Édouard Brissaud et Achille Souques notent chez une de leurs patientes de dix-neuf ans un poids de 29 kilogrammes ; le Dr Wallet note, quant à lui, chez une anorexique de seize ans un poids de 27, 670 kilogrammes, soit environ respectivement 20 kilos et 17 kilos de moins que la moyenne de poids des filles ayant ces âges à la fin du XIXe siècle[115]. Dans cette même perspective, le médecin Victor Hutinel rapporte en ces termes un cas d'anorexie observé dans les années 1880 :

> « *Il y a vingt-cinq ans, j'étais demandé auprès d'une longue jeune fille de dix-sept ans, mesurant 1 m 70 et ne pesant pas tout à fait 30 kilos. Deux de ses oncles, médecins l'un et l'autre, la soignaient sans le moindre succès pour des troubles digestifs au moyen de poudres et d'élixirs divers. Son squelette, comme vous le supposez, saillait déplorablement sous un tégument sec, écailleux ; le ventre était tellement rétracté que sa paroi s'affaissait de chaque côté du relief, très accusé, formé par la colonne vertébrale* »[116].

Outre le poids et l'aspect squelettique des malades, les cliniciens portent aussi leur attention sur une multitude d'indices, comme l'état de la peau, des ongles et de la chevelure, ou encore la texture de la langue. Brissaud et Souques décrivent ainsi leur patiente hystérique de dix-neuf ans, Julie R. présentant un « délire de maigreur » en ces termes :

> « *La peau est brune, ridée, flasque, sèche et trop large pour les parties qu'elle recouvre. Les cheveux sont secs et raréfiés par place, particulièrement derrière les oreilles où se voient deux plaques alopéciques. Les ongles sont striés, irréguliers. Il est vrai que la malade les ronge incessamment* »[117].

Un état de maigreur jugé excessif à l'observation, combiné à l'examen d'un visage creusé, forment les signes typiques, visibles à l'œil nu, de la pathologie anorexique. Toutefois, cette figure féminine de la maigreur pathologique se retrouve bien avant la fin du XIXe siècle et le traitement médical de la question anorexique. Par exemple, l'historienne Anne Carol montre

[115] Voir Annexe 10.

[116] Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants / organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, 3e année, n^o^5, p. 69.

[117] Brissaud, É., Souques, A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 332.

que chez le médecin suisse Auguste Tissot, « la maigreur extrême, le teint blanc, gris ou jaune, les yeux cernés » (2002 : 164) forment les trois principaux signes physiques de la pratique pathologique de l'onanisme. Par cette activité masturbatoire solitaire qui altère l'organisme et épuise toute vitalité, les filles sont censées perdre peu à peu leur beauté, leur visage se creuse et la chevelure apparait perpétuellement décoiffée. La maladie se lit alors depuis des normes esthétiques de genre, où les signes de laideur révèlent aux médecins du XIXe siècle, comme le souligne Claudien Sagaert (2015), l'adoption par les femmes de comportements jugés immoraux, ou bien la présence de dérégulations physiologiques affectant les fonctions sociales et biologiques de reproduction.

De l'onanisme aux altérations fonctionnelles

Introduit dans le champ médical au cours du XVIIIe siècle, la question de la masturbation est érigée, en 1760 avec la publication de l'ouvrage de Tissot intitulé « L'onanisme »[118], en véritable catégorie clinique qui ne cessera de questionner les médecins occidentaux, et ceci jusqu'au début du XXe siècle avec les travaux du neurologue et fondateur de la psychanalyse Sigmund Freud. La « grande peur de la masturbation » (Stengers & Van Neck, 1998) repose initialement sur une conception spécifique de la circulation des flux vitaux, selon laquelle la production et l'évacuation du sperme et de la sueur occupent une place centrale dans l'équilibre physiologique des individus. Contrairement à l'acte hétérosexuel, l'onanisme tendrait à épuiser les corps féminins en supprimant l'apport nourricier et fortifiant produit par l'échange de sueur entre les individus (Carol, 2002).

À la fin du XIXe siècle, la figure effrayante de l'onanisme perd en intensité, tout en conservant une certaine pertinence dans l'étiologie des troubles mentaux (Foucault, 2015 [1976]). Cependant, la question de la masturbation n'apparait que ponctuellement dans les publications portant sur la question anorexique à la fin du XIXe siècle. De plus, ces références ne citent pas directement la pratique de l'onanisme, mais plutôt celle de la masturbation dans le cadre conjugal. L'une des patientes de Joanny Roux explique par exemple au médecin que sa perte d'appétit serait due à l'acte de masturbation effectuée sur elle « quotidiennement par son mari »[119]. Plus généralement, les signes cliniques de la maigreur anorexique sont cependant bien associés, comme pour l'onanisme, à un fort affaiblissement physique qui serait induit par

[118] Tissot, A. (1760). *L'Onanisme ; ou Dissertation physique, sur les maladies produites par la masturbation,* Lausanne, A. Chapuis.

[119] Roux, J. (1897). « La faim, étude psycho-physiologique », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, p. 436.

un épuisement pathologique des forces vitales, et qui serait – du moins pour l'œil exercé des cliniciens – visible sur les corps.

En raison d'un enrayement de la « machine humaine » (Carol, 2002 : 160), les fonctions organiques des anorexiques feraient en effet défaut. Ceci induirait chez elles non seulement une perte d'embonpoint, mais aussi de la pâleur et une faiblesse généralisée qui se manifesterait par un état de torpeur ou une atonie. Ces états seraient notamment le fruit d'une altération fonctionnelle causée par une mauvaise circulation des fluides organiques. La présence d'ongles violets, de pommettes rouges ou encore de marques de cyanoses constitue à ce titre les indices d'un système circulaire alangui. Ce ralentissement est notamment expliqué par une diminution de l'apport nutritionnel sanguin amenant « une compression des vaisseaux », ou un ralentissement des battements du cœur. Le manque d'appétit en cause dans l'état d'inanition est repéré à partir de l'état saburral de la langue, signe d'« altérations organiques ou fonctionnelles de l'estomac »[120]. Les signes d'anémie (pâleur, essoufflements) signalent quant à eux un appauvrissement de la qualité nutritive du sang. Une piètre qualité sanguine est notamment identifiable à travers la pâleur de la peau, l'observation d'une fatigue générale, ou par l'écoute d'un souffle court et bruyant. La constipation, symptôme systématiquement relevé par les cliniciens, serait quant à elle le résultat d'une « atonie intestinale »[121]. Selon Lucien Deniau[122], la constipation mérite même, dans le cas de l'anorexie hystérique, « une mention spéciale à cause de sa fréquence et surtout de son opiniâtreté »[123]. Il explique d'ailleurs cette persistance par une double cause : celle de « la pauvreté des sécrétions intestinales et [celle de] la paralysie des muscles de l'intestin »[124]. La capacité des médecins, par leur « coup d'œil », à déceler les indices de la maladie repose alors sur une association entre l'aspect extérieur de maigreur des patientes anorexiques et le mauvais fonctionnement interne des muscles et des organes induit par un manque de production ou de circulation interne de sécrétions. Un autre flux, celui du sang menstruel fait également dans ce cadre l'objet d'une attention particulière de la part des médecins.

[120] *Ibid.*, p. 414.

[121] s.a. (1895). « Communications diverses – L'anorexie mentale, Paul Sollier », *La Presse Médicale*, p. 208.

[122] Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, Paris : Doin. En 1886, Deniau soumet son ouvrage sur l'hystérie gastrique à l'Académie de médecine de Paris pour concourir au prix Godard, décerné au meilleur travail de pathologie interne. Il semblerait que son travail n'ait pas convaincu le jury.

[123] *Ibid.,* p. 16.

[124] *Ibidem.*

L'irrégularité du cycle menstruel

Au XIXe siècle et au début du XXe siècle, l'aménorrhée, à savoir l'arrêt des règles, constitue un signe pathologique d'altération dégénérative. Véronique Fau-Vincenti rappelle d'ailleurs que pour la psychiatrie, toute « femme "déréglée" est potentiellement et symboliquement une femme "déséquilibrée" » (2019 : 12), c'est-à-dire sujette à la folie et à la stérilité. Les dossiers de patientes des asiles contiennent à ce titre des « feuilles de règles »[125], sur lesquelles l'équipe médicale des établissements note et suit le cycle menstruel des internées (Fau-Vincenti, 2019). Ces documents visent notamment à repérer l'irrégularité menstruelle des patientes ou au contraire à saisir la reprise d'un cycle régulier sous l'effet de l'internement et des thérapeutiques (bains, opothérapie).

Associée à la maigreur extrême, l'observation d'une aménorrhée constitue la pierre angulaire du tableau clinique de l'anorexie féminine. Dès la première description de l'anorexie hystérique dressée en 1873, Ernest-Charles Lasègue souligne la valeur diagnostique de l'état du cycle menstruel des patientes. Le psychiatre exprime notamment observer auprès de huit individus anorexiques ayant entre dix-huit et trente-deux ans[126] que lorsque « les règles jusque-là insuffisantes, irrégulières, cessent de se produire, il survient de la soif », et ajoute : « Ce sont là d'ordinaire les premiers avertissements de complications imminentes »[127]. L'arrêt ou l'arythmie du cycle menstruel sont systématiquement cités dans les observations médicales. L'aménorrhée ou la dysménorrhée ne constituent pas seulement un « avertissement de complications » comme l'exprime Lasègue, mais figurent aussi comme le signe d'un système organique épuisé par la maigreur extrême. D'un point de vue physiologique, la maigreur entrainerait un ralentissement de l'activité organique, une altération des tissus, et ainsi, l'arrêt des règles. Le psychiatre Paul Sollier explique par exemple en 1895 dans une communication dédiée à l'anorexie mentale, que chez ces malades :

> « *L'appétit diminue, puis disparaît tout à fait. L'amaigrissement est très rapide et en quelques mois les malades peuvent perdre le tiers, ou les deux cinquièmes de leurs poids, quoique continuant à s'alimenter encore – insuffisamment. La circulation périphérique se fait mal. Les vaso-moteurs sont dans un état de constriction presque permanent. Les règles se suppriment* »[128].

[125] J'ai néanmoins observé dans les archives médicales de Maison Blanche qu'en pratique ces documents ne sont pas systématiquement remplis chaque mois, si bien qu'il est parfois difficile de distinguer si l'absence d'information est liée à l'absence de règles chez la malade, ou bien à un remplissage erratique de ces tableaux de la part de l'équipe médicale.

[126] Voir en Annexe 1 le « Tableau des nominations de l'anorexie ».

[127] Lasègue, E.-C. (1873). « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, n°21, Paris : Asselin, p. 398.

[128] Sollier, P. (1896). « L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895,* Vol. II : Comptes rendus, Paris : Masson, p. 362.

Le retour des menstrues est considéré par conséquent comme un signe d'amélioration de l'état mental et physique des malades qui justifie dans la plupart des cas l'arrêt des thérapeutiques mises en place[129]. Chez Sollier, l'observation d'une sorte de remise en marche du cycle menstruel, associée à une reprise d'embonpoint, marque le retour d'une activité physiologique et psychique jugée normale. De cette manière, selon lui, « le point capital » de l'acte médical consiste chez les anorexiques à les « faire manger et engraisser, car avec le retour de l'embonpoint reparait l'appétit, reviennent les forces et s'améliore l'état psychique »[130]. Cette relation de cause à effet entre l'état physique et psychique des patientes – dont les fondements théoriques et leurs applications à la question anorexique seront plus amplement détaillés dans la troisième partie de cette thèse – rend ici compte de l'intérêt de Sollier pour les savoirs physiologiques, et plus particulièrement pour la psychophysiologie. D'abord interne à la Salpêtrière, le psychiatre s'oriente notamment au début du XXe siècle vers la psychologie et l'ergologie[131] et fonde en 1929 avec le psychologue Jean-Maurice Lahy la *Revue de la science du travail* (Le Maléfan, 2011 : 562). Les travaux de Sollier soulignent que l'entrée des savoirs physiologiques dans le champ de la psychiatrie fixe, à l'orée du XXe siècle, l'identité pathologique de l'anorexie autour d'une mauvaise circulation sanguine, visible dans l'absence des menstrues ou dans l'amaigrissement.

Cette mauvaise circulation est aussi parfois associée à un détournement du circuit sanguin. Jules Tinel, élève du neurologue Jules Dejerine, un adepte du croisement entre approches anatomo- et physio-pathologiques (Brossollet, 2025), rapporte dans son essai sur l'anorexie hystérique le cas d'une fille de dix-huit ans prise en charge à la Salpêtrière. Il écrit à son propos, sous une forme qui s'apparente à une note de lecture : « Au mois de Novembre 1908 [la malade] recommence brusquement à vomir – (elle aurait vomi du sang et ce jour-là ? C'était au moment de ses règles et celles-ci s'étaient tout d'un coup arrêtées ???) »[132]. Le dérèglement du cycle menstruel est ainsi ici temporellement associé aux vomissements et interprété comme l'expression d'un déséquilibre anatomique et physiologique interne général.

[129] Ce point est abordé plus amplement dans la dernière partie de ce travail dédié aux traitements de l'anorexie. Cf. Partie IV « Le traitement des anorexies ».

[130] Sollier, P. (1896). *op. cit*., p. 398.

[131] L'ergologie désigne, à cette époque, les sciences biologiques et psychophysiologiques qui étudient les postures et la gestion des forces et de l'énergie au cours des activités de travail. Pour en savoir plus, voir : Saraceno, 2014a.

[132] Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique,* Prix Civrieux, Académie de médecine, p. 29. Les points d'interrogation figurent aussi dans le texte original.

Le « coup d'œil » clinique appliqué à l'anorexie agit donc bien comme un regard savant pénétrant, par lequel les médecins accèdent depuis l'extérieur des corps à la dynamique des systèmes vitaux organiques et à des fonctions physiologiques internes, inaccessibles à l'œil nu. De cette manière, les cliniciens replacent les indices physiques, ainsi rendus visibles par le « coup d'œil », au sein d'un système explicatif fonctionnel ou anatomo-pathologique de la maladie mentale.

L'aspect des malades, entre atavisme et dissolution du système nerveux

La visibilisation d'indices physiques passe également par l'évaluation experte du visage et de ses aspects généraux (formes, traits). La physionomie est une discipline qui a connu un véritable essor au XIXe siècle, en lien avec la criminologie et l'anthropologie physique (Drouin-Hans, 2001). Dans le cadre de l'identification de l'anorexie, l'étude des signes et traces (Ginzburg, 1980) lisibles sur les visages est présentée par ses adeptes comme une démarche d'évaluation du degré de dégénérescence des individus observés.

Dans le champ de la psychiatrie, le degré de maturation du système nerveux est notamment abordé selon deux visions distinctes du développement de l'espèce humaine. Formulée par le médecin italien créateur de l'anthropologie criminelle Cesare Lombroso (X. Tabet, 2018), la première vision renvoie à une approche « ataviste »[133] de la maladie mentale, considérée à l'échelle phylogénétique comme un retour en arrière. Dans la seconde vision, davantage ancrée dans le modèle dégénératif de Bénédict Morel, la dégénérescence est associée à un processus tourné vers le futur[134]. Elle est lue comme une sorte d'étiolement du système nerveux, c'est-à-dire comme une altération des processus du développement[135]. Si l'approche « récapitulationniste » domine le champ psychiatrique, l'approche ataviste jalonne également le travail de certains psychiatres neurologues de la fin du XIXe siècle. Le travail de Charles Féré en est à ce titre un exemple parlant. Lecteur des travaux du philosophe évolutionniste Herbert Spencer et de Cesare Lombroso, Charles Féré publie en 1892 un ouvrage dédié à la « pathologie des émotions », dans lequel il présente l'observation d'une anorexie chez une fille de quinze ans. Il y explique qu'au moment le plus critique de la maladie :

[133] L'atavisme désigne en biologie la réapparition inattendue chez un individu d'un caractère primitif, ayant autrement disparu au fil des générations.

[134] La théorie de la dégénérescence de Morel a déjà été présentée en amont. Cf. Chapitre 2, partie 1.1. « Une altérisation temporelle des malades et des enfants », *La théorie de la dégénérescence*.

[135] Pour approfondir les influences, les similitudes et les divergences entre le travail de Morel et celui de Lombroso concernant la dégénérescence, voir : Coffin, 2020.

« *La maigreur était véritablement squelettique du reste la malade, qui avait 1m58 de taille pesait 38 kilogrammes l'aspect général était celui d'un vieillard, les yeux caves, le teint terreux les joues sillonnées de rides parallèles au pli nasogénien donnaient à la physionomie un aspect simien. La peau des membres et du tronc était sèche et écailleuse, les extrémités étaient froides, la peau des mains était humide d'une sueur visqueuse, rappelant le tégument d'un batracien, l'extrémité des doigts offrait la coloration cyanotique qu'on voit aux cadavres* »[136].

En portant une certaine attention aux caractères du visage, le médecin y décèle des traits primitifs. L'aspect simien du visage lui indique, suivant une lecture propre à l'atavisme, un retour de la patiente à l'état de primate. Plus loin encore dans l'échelle du développement humain, la viscosité de la sueur lui rappelle la peau des batraciens, premiers vertébrés terrestres. Féré repère également sur le visage de la malade des marques prématurées de vieillissement. Cette caractéristique physionomique, ici associée à un âge corporel perçu en décalage avec l'âge civil, est signalée à plusieurs endroits chez d'autres médecins qui observent chez les anorexiques des marques de vieillissement. Le visage des anorexiques semble parfois si émacié que celles de moins de vingt ans paraissent selon les médecins en « avoir cinquante ou soixante ans »[137] et présentent selon eux une physionomie à l'aspect de « vieillard », ou encore paraissent avoir plus du double de leur âge.

C'est ici la théorie évolutive d'Herbert Spencer qui nous permet de comprendre l'importance prise par cet examen physionomique et corporel de l'âge perçu dans l'identification de l'anorexie. Lecteur de Charles Darwin et d'Auguste Comte, Spencer applique le principe d'universalité des lois naturelles à la société, qu'il appréhende comme un organisme. Sa conception de l'évolution est développée durant la seconde moitié du XIX[e] siècle. Tout en s'appuyant sur les travaux du géologue écossais Charles Lyell, il propose une conception lamarckienne de la vie, qu'il présente notamment comme un processus mécanique d'ajustement perpétuel de l'organisme à l'environnement. L'apport de Spencer à la théorie de l'évolution repose au premier chef sur l'introduction d'une schématisation des étapes de complexification des organismes – qu'il formule à la suite de sa lecture de la loi de Baer[138] –, selon laquelle tous les embryons sont identiques avant de se différencier au cours de leur évolution. L'historienne Naomi Beck (2014) montre que dans le sillage des travaux du zoologiste Henri Milne Edwards,

[136] Féré, C. (1892). *La pathologie des émotions : études physiologiques et cliniques*, Paris : Alcan, p. 85.

[137] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 191.

[138] La loi de Baer, énoncée en 1828 par Karl Ernst Von Baer à la suite de ses observations d'embryons de vertébrés, indique que les traits généraux des embryons, initialement indiscernables, évoluent graduellement vers des caractéristiques de plus en plus spécifiques au cours de leur développement.

Spencer introduit le principe de « division du travail physiologique » pour expliquer cette complexification des organismes au cours de l'évolution. C'est-à-dire que « le niveau de développement des organismes est corrélé à la spécialisation des fonctions physiologiques et à leur affectation à des organes différenciés » (Beck, 2014 : §32). Par une analogie entre évolution et progrès – démarche également adoptée par Auguste Comte[139] à partir de son classement des sciences et des sociétés, effectué suivant leur niveau de développement positif[140] – Spencer contribue à une classification évolutionniste des sociétés, justifiée par l'idée que la société suivrait les mêmes lois naturelles et étapes de complexification que les organismes biologiques. Même si cette analogie entre organisme et société est rapidement critiquée, cette association du développement au progrès s'ancrera durablement dans les sciences naturelles et dans les discours politiques portant sur la « race », le développement ou la dégénérescence (Doron, 2012 ; Canguilhem & *al*., 2003). Auguste Comte propose par exemple une vision naturaliste de l'esprit humain, soumis à une loi générale de développement historique (Clauzade, 2002). De cette manière, les développements physique et psychique sont appréhendés, à partir du milieu du XIXe siècle, selon une loi évolutive du progrès qui suppose une complexification perpétuelle et naturelle des organismes, des corps, des sociétés, de l'économie, du commerce, et de l'esprit humain et où biologie et histoire s'entremêlent.

Ainsi, en opposition à l'atavisme de Lombroso, la vision évolutive de Spencer (Doron, 2018) se cristallise principalement autour de la complexification du système nerveux. Suivant la marche prise par le développement individuel au cours du temps, il associe la dégénérescence à la « sénescence », c'est-à-dire à « un processus de vieillissement prématuré ou pathologique du cerveau et du système nerveux » (Doron, 2018 : 24). En d'autres termes, la dégénérescence ne serait qu'une accentuation précoce d'un processus vital « normal » de détérioration du système nerveux au cours de la vie, et avec l'avancée en âge. Cette théorie sera largement reprise au XIXe siècle par des psychiatres proches de la psychologie expérimentale, comme Valentin Magnan ou Théodule Ribot, et bien sûr Charles Féré, qui semble, malgré ses références à Lombroso, se ranger principalement du côté de la conception spencérienne de l'évolution. Il identifie en particulier la vieillesse comme un phénomène de « dissolution physiologique »[141], et la maladie mentale comme une précocité de ce phénomène induit par un

[139] Comte, A. ([1848] 1998). *Discours sur l'ensemble du positivisme*, Paris : Flammarion.

[140] Notons cependant que Spencer se positionne différemment de Comte puisqu'il oppose à son idée d'évolution successive des connaissances une simultanéité évolutive des sciences (Heynen, 2014 : 38).

[141] Féré, C. (1892). *op. cit.,* p. 502.

épuisement de l'organisme[142]. Cette conception transparait également dans les travaux du neurologue Paul Sollier, qui affirme par exemple à propos de la « pathogénie » de l'anorexie mentale :

> « *Toutefois, en me basant sur l'évolution de la maladie, sur l'état mental qui accompagne l'anorexie, sur l'influence du moral et de la volonté sur la disparition des accidents, en m'appuyant aussi sur mes recherches sur le rôle de la sensibilité de l'estomac dans la digestion et ses rapports avec le système vaso-moteur, je serais tenté de regarder l'anorexie mentale comme un trouble d'origine centrale, ayant son point de départ dans un développement anormal du système nerveux de la vie organique, épuisé spontanément à un moment donné, sans autre cause en quelque sorte que d'être incapable par usure, comme chez un vieillard de fournir un fonctionnement plus complet et plus long, ou plus faible qu'un autre, épuisé par une cause banale, mais contre laquelle il est impuissant à réagir* »[143].

La question anorexique est ainsi principalement amenée à la fin du XIXe siècle sur le terrain de la dégénérescence, sous la forme d'une altération anormalement précoce du système nerveux, lisible sur la surface des corps, et notamment sur les visages (aspect simien, de vieillard). De cette manière, les seuils diagnostiques de l'anorexie s'apparentent à des « seuils esthétiques ». L'observation d'une maigreur extrême est notamment associée à une déchéance de l'organisme évoquant la mort. Pour les médecins, la maigreur de ces femmes au corps et au visage décharnés, à l'allure de vieillardes, constituent des signes cliniques énonciateurs d'une physiologie féminine altérée. La maigreur pathologique est ainsi jugée observable depuis des indices corporels interprétés au prisme de normes esthétiques de genre. Ces seuils esthétiques sont donc des seuils de genre, mais aussi d'âge, dans la mesure où ils sont reliés à une dérégulation de ce que le temps doit « normalement » faire aux corps féminins, au fil des années.

Le « coup d'œil » clinique s'effectue de cette manière suivant un quadrillage expert du corps, qui fait de certaines localités corporelles genrées (visage, peau, thorax) des lieux de savoirs privilégiés sur la maladie, permettant ainsi l'identification de l'anorexie. Ce « coup d'œil » clinique se réfère préférentiellement à un « œil habillé » (Latour, 1987) de théories relatives à ce que serait une personne humaine, féminine, jeune ou vieille, en bonne santé ou

[142] Les fondements psychophysiologiques de l'observabilité médicale d'un épuisement énergétique pathologique sont plus amplement explorés dans la suite de la thèse. Cf. Chapitre 5 « L'économie énergétique de l'anorexie ».

[143] Sollier, P. (1886). « L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895,* Vol. II, « Comptes rendus », Paris : Masson, p. 368.

malade. Toutefois, et comme nous allons le voir à présent, cet habillage théorique s'appuie également sur un habillage technique de l'œil.

1.2. La photographie médicale comme « pièce démonstrative »

À la fin du XIXe siècle, l'usage médical de la photographie étaye l'installation d'un régime d'« objectivité mécanique » (Daston & Galison, 2007) au sein duquel les instruments d'optique sont conçus par les scientifiques comme des outils d'enregistrement et de visualisation du monde et de ses phénomènes physiques. L'arrivée de dispositifs photographiques participe à une véritable « mutation du regard » porté sur les corps (Courtine & *al*., 2006). Allan Sekula (1986) montre que dans le cadre légal, la photographie permet de fixer les identités criminelles par le recueil de traces de la déviance sociale. Sous l'objectif, les indices corporels et les physionomies constituent des « archives » corporelles.

L'ouverture du laboratoire clinique et photographique d'Alfred Hardy et Arthur de Montméja dans les années 1860 (Aigrain, 2023), puis le travail photographique d'Albert Londe à la Salpêtrière,[144] contribuent à faire de la photographie médicale une technique visuelle d'enregistrement des cas cliniques typiques, mais aussi exceptionnels. L'image contribue, dans ce cadre, à une démarche de scientifisation de la médecine, en mettant au centre de l'examen clinique l'enregistrement « objectif » de signes (Daston & Galison, 2007). Chez les psychiatres, la photographie est notamment utilisée comme un instrument d'observation de la folie et d'enregistrement de ses diverses manifestations physiques et comportementales. Concernant les portraits photographiques d'anorexiques, l'image se mue chez les cliniciens en de véritables « écrans »[145] sur lesquels les corps sont projetés, et à partir desquels les pathologies sont identifiées.

Identifier une identité pathologique

À l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, Jean-Martin Charcot met en place à la fin des années 1880 dans son service de neurologie, avec l'aide du médecin Paul Regnard, un « dispositif photographique » (Didi-Huberman, 1981) visant à portraiturer les malades internées. Les patientes sont photographiées allongées, assises ou debout, avant, pendant et après leurs « crises d'hystérie ». Les photographies, mettant en scène grimaces, contorsions et postures, sont

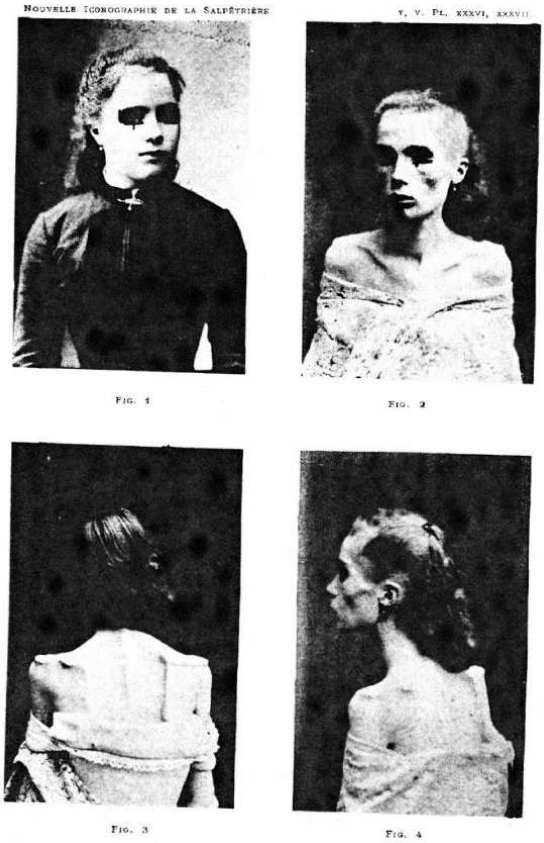
[144] Londe, A. (1893). *La photographie médicale, application aux sciences médicales et physiologiques*, Paris : Gauthier Villars et Fils.

[145] La notion d'écran fait ici référence à la culture visuelle qui traverse les arts et la médecine à la fin du XIXe siècle et qui naît d'une exploration endoscopique du monde contenue dans le mythe du corps transparent (Hopkins-Loféron, 2023). L'écran s'impose dans cette culture visuelle comme un révélateur de la nature des choses, en rendant visibles autant les frontières que l'intériorité des corps.

compilées, comparées et mises en série de manière à proposer une lecture scientifique et rationnelle des signes cliniques de ces crises et des stigmates de l'hystérie.

Certaines planches publiées dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* se réfèrent explicitement à la question anorexique[146]. Toutefois, et contrairement aux photographies d'hystériques où les expressions faciales occupent une grande place, les visages des anorexiques y sont noircis ou cachés (*cf.* illustrations 1 et 2, ci-dessus), et lorsqu'ils sont visibles, s'avèrent quasiment inexpressifs. La spécificité de ces photographies repose en majeure partie sur la mise en scène du corps et de ses enveloppes. Les vêtements sont baissés afin de rendre visible les clavicules et les omoplates. Les malades sont parfois complètement nues (*cf.* illustrations 3 à 6, ci-dessous), bien que le sexe soit caché. Lorsque les patientes photographiées sont assises, le cadrage s'arrête sous la poitrine. D'autres patientes sont photographiées debout et en plain-pied, de face ou de dos, les bras le long du corps.

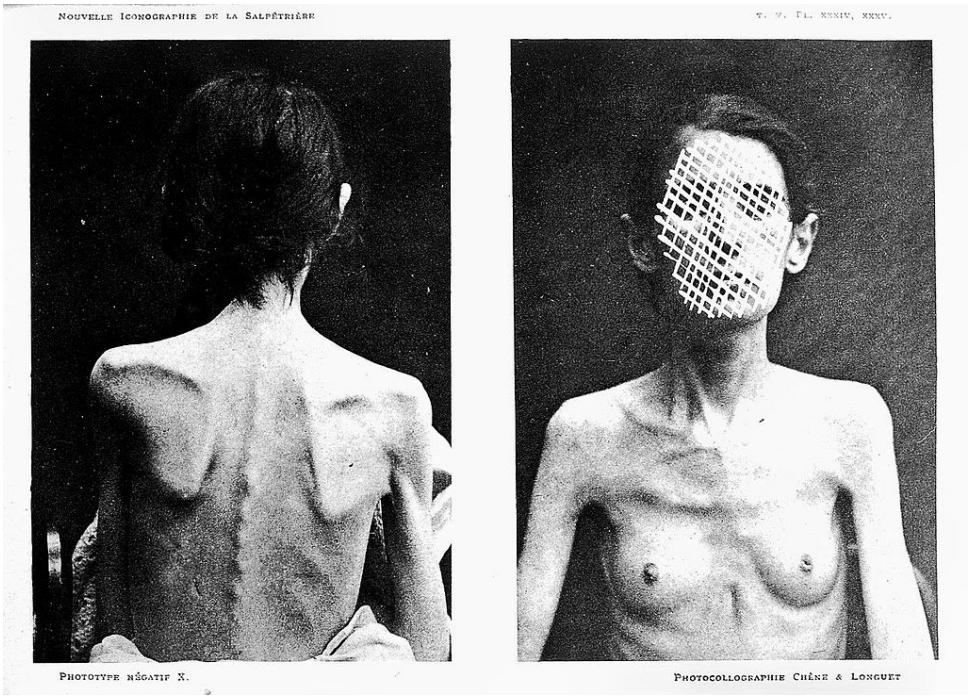
Illustration 1. *Planche photographique de Mlle V. (1892)*



Source : Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie hystérique », Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

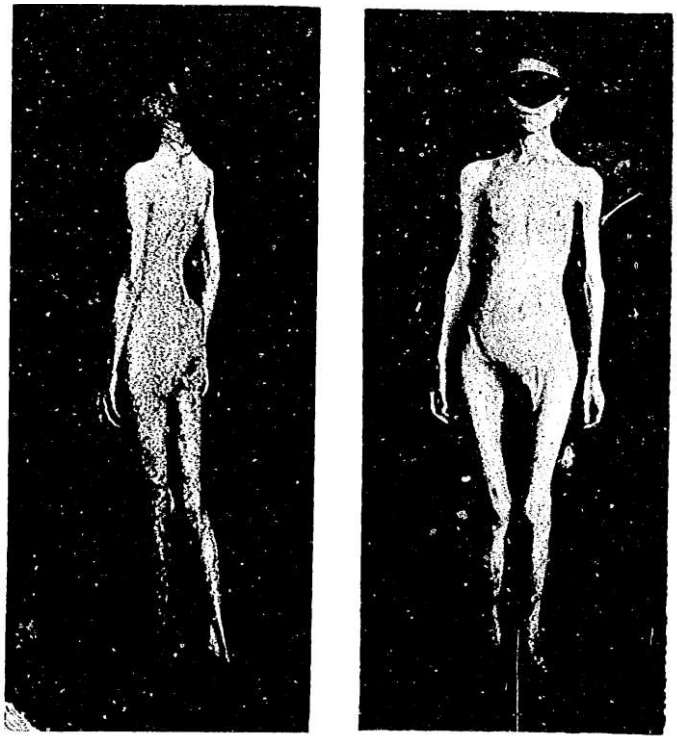
[146] Wallet, Dr. (1892), « Deux cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* p. 276-280 ; Brissaud, É., Souques, A., (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 327-337 ; Gasne, G. (1900). « Un cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 51-56. Les planches photographiques réalisées par Albert Londe se situent dans le cas de la *Nouvelle iconographie* en dehors des textes, en fin de volume.

Illustration 2. *Planche photographique : « Émaciation dans l'anorexie hystérique » (1894)*



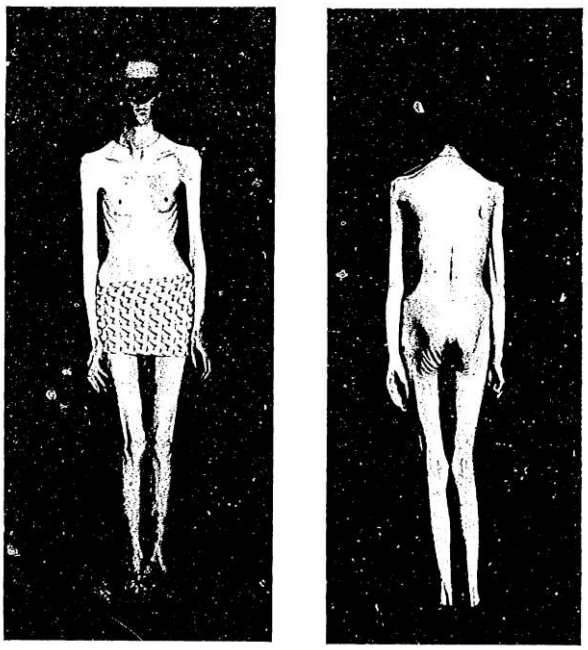
Source : Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie hystérique », Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

Illustration 3. *Planche photographique d'un cas d'anorexie mentale (1913)*



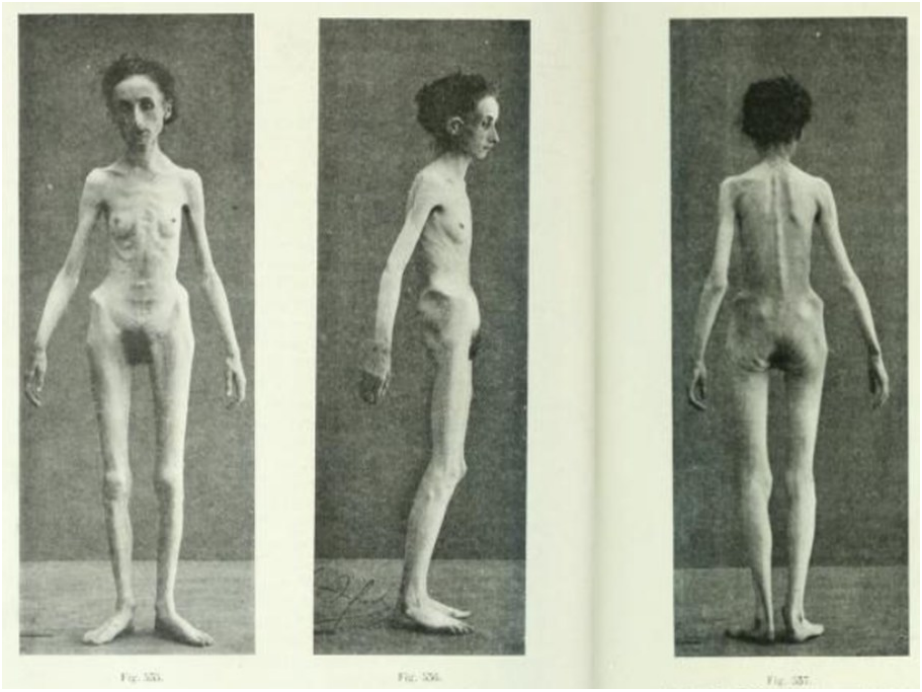
Source : Noguès, G. (1913). L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, Toulouse, Ch. Dirion, p. 154.

Illustration 4. *Planche photographique d'un cas de phymatose consécutif à de l'anorexie mentale (1913)*



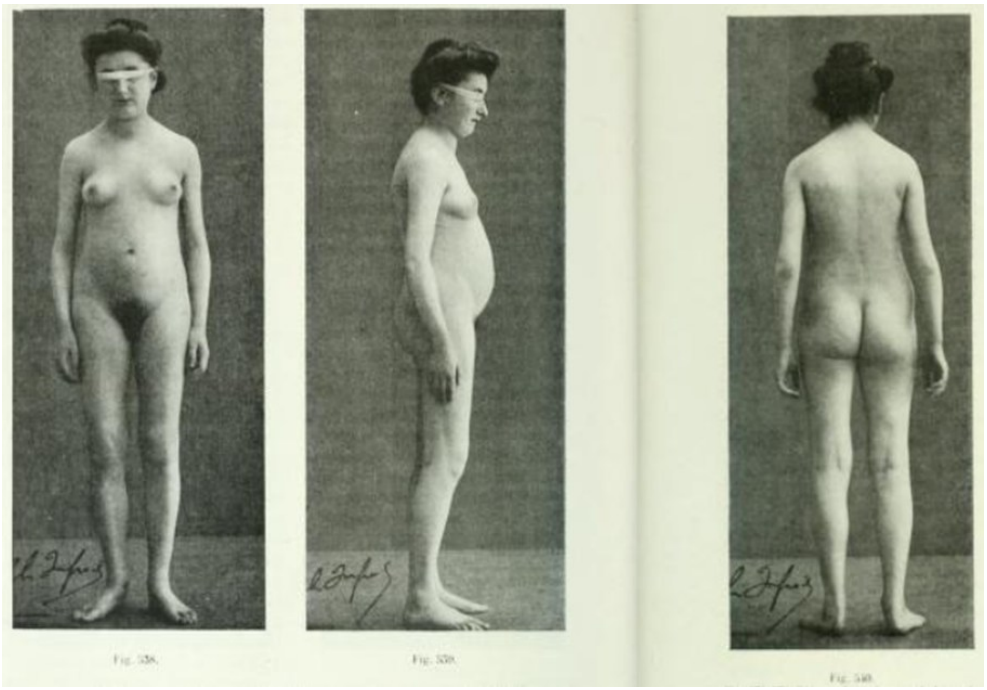
Source : Noguès, G. (1913). L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, Toulouse : Ch. Dirion, p. 160.

Illustration 5. *Photographies en pied. Anorexie primitive, avant traitement (1900)*



Source : Dejerine, J. (1900). Sémiologie des affections du système nerveux, Paris : Masson et Cie., p. 1041.

Illustration 6. *Photographies en pied. Anorexie primitive, après traitement (1900)*



Source : Dejerine, J. (1900). Sémiologie des affections du système nerveux, Paris : Masson et Cie., p. 1041.

Ces photographies et portraits[147] reprennent en certains points les codes de la photographie scientifique, une pratique largement répandue à la fin du XIX[e] siècle dans toutes les administrations hospitalières et légales dédiées à l'identification des personnes (About & Denis, 2010). À cette période, la photographie scientifique occupe une place significative dans la morphologie clinique telle que développée par exemple dans la pratique du « bertillonnage »[148] (Castro, 2011), où les corps des suspects et des criminels sont minutieusement mesurés et portraiturés[149], le tout étant consigné dans des fiches et conservé dans des dossiers. Parallèlement à la photographie de portrait, Alphonse Bertillon développe la « photographie métrique » comprenant l'enregistrement photographique des scènes de crime suivant un angle spécifique, dans l'objectif d'en tirer les indices indispensables à l'avancée de l'enquête. Ainsi, pour citer Teresa Castro (2011 : §5) :

> « *À la "cartographie du corps" auquel renvoie le signalement anthropométrique correspond ainsi une véritable topographie des lieux du crime, comme si signalement et identification, photographie métrique et analyse des indices relevaient d'une même pulsion cartographique ».*

[147] Des illustrations supplémentaires sont disponibles en annexe (Annexe 11 à Annexe 14).

[148] Le bertillonnage désigne une méthode d'identification anthropométrique et photographique des délinquants et criminels, formalisée par Alphonse Bertillon dans les années 1880.

[149] Voir par exemple en Annexe 15, la fiche anthropométrique d'Alphonse Bertillon qui reprend les codes du bertillonnage.

Cette mise en scène des corps s'appuie notamment sur les savoirs anthropologiques produits en France et Europe par l'anthropologie physique et les sociétés savantes comme la *Société d'anthropologie de Paris*, autour des morphologies humaines et de leurs variations. Nélia Dias (1994 : 37) note à ce propos que :

> « *Dès le milieu des années 1880, des anthropologues, parmi lesquels Paul Topinard, s'interrogent sur les possibilités de la photographie de rendre compte d'une "réalité" anthropologique aussi fugace et insaisissable que les "types humains" et ce n'est sans doute pas par hasard que cette interrogation surgit au moment où l'anthropologie criminelle recourt à la photographie pour construire ses "types criminels"* ».

L'accumulation de clichés pris sur les terrains ethnographiques et coloniaux sert notamment le projet anthropologique initial de cartographie scientifique des « types humains » (Dias, 1994). En 1900, Franz Boas utilise par exemple la photographie dite de « type anthropométrique » (Joseph, 2018) sur son terrain auprès des Indiens Thompson de Colombie-Britannique. Les individus sont photographiés debout, de face ou de profil. Le recours à la photographie vise notamment à rendre observable des caractéristiques physiques et des variations corporelles humaines autrement difficiles à percevoir. Ces photographies anthropologiques participent notamment à la constitution de la « culture » comme d'un artefact (Fabian, 2017), où les objets et les preuves rapportés sur des carnets et sur les pellicules photographiques étayent la visualisation et la construction des contours de l'autre et du soi national.

De la même manière, les photographies de patientes anorexiques constituent des preuves rapportées par les praticiens qui « durcissent » (Latour, 1987) le récit clinique de ces altérités corporelles, et appuient la véracité de leurs observations. Latour montre que la construction d'un fait scientifique repose sur la capacité des savants à rendre compte à d'autres savants de phénomènes ou d'éléments physiques dont ces derniers n'auraient pas été les observateurs directs. Dans les récits portant sur l'anorexie, les médecins associent leur description des corps – observés via leur « coup d'œil » – à des commentaires se référant aux clichés, qui font alors office de preuves. Certains soulignent l'éloquence de ces portraits d'anorexiques qui mettent en avant l'état morbide des patientes.

Ces clichés révèlent également la manière dont le coup d'œil des médecins s'organise autour de certaines localités corporelles spécifiques. Les médecins Brissaud et Souques précisent par exemple à propos de leur patiente Julie R., amenée au cabinet de consultation de la Salpêtrière :

> « *Les os de la face, les omoplates, les côtes, les apophyses vertébrales, les os du bassin et des membres font un relief très accusé. Partout des méplats profonds ont remplacé les saillies normales. C'est presque la morphologie d'un squelette. La Planche XLI nous dispense de plus longs commentaires, si on songe en outre que le poids total du corps est de 29 kg* » [150].

La photographie médicale participe de cette manière à renforcer dans le champ psychiatrique le recours à un « paradigme de l'indice » (Ginzburg, 1980) porté, comme nous l'avons vu jusqu'ici, par le « coup d'œil » clinique. Les clichés constituent des images fixes à partir desquelles il est aisé de lire les indices physiques d'une identité déviante ou pathologique. De cette manière, en mettant en lumière, et en scène, les indices corporels, flagrants ou plus discrets, d'une identité pathologique, les photographies de patientes anorexiques reprennent les codes de la photographie indiciaire développée dans le cadre légal et anthropologique.

Toutefois, contrairement aux clichés anthropologiques où les individus sont mis en scène dans leur milieu de vie, la photographie médicale et *a fortiori* les portraits de patientes anorexiques font figurer les sujets sur un fond uni et dénué de toute référence à leur lieu de vie. Leur « type humain » semble ainsi déraciné, hors de tout milieu[151] et ne se manifeste, dans le sillage de la tradition physionomique française (Drouin-Hans, 2001), qu'à travers certains signes physiques spécifiques à partir desquels les observateurs ont le loisir de déceler chez les individus les signes de leur (in)humanité.

Connu pour avoir participé à la mise en place du dispositif photographique dans le service de Jean-Martin Charcot, le médecin Désiré-Magloire Bourneville utilise également ce médium à partir des années 1880, dans le cadre de son exercice auprès des « enfants idiots » à l'hôpital Bicêtre (Aigrain, 2023 ; Sandras, 2024). Selon Marie-Rose Faure (2003), Bourneville préconise la photographie scientifique, qu'il préfère au dessin, en raison de la simplicité de sa mécanique qui requiert peu de compétences techniques et facilite l'objectivité[152]. Toutefois, selon Faure, contrairement aux *iconographies de la Salpêtrière* ayant pour objectif d'identifier les spécificités pathologiques, Bourneville se réfère à la photographie pour mettre en lumière les caractéristiques humaines de ces enfants (Faure, 2003). Il justifie donc, par l'image, l'assistance médicale et éducative qui est apportée à ces enfants. La photographie scientifique et médicale

[150] Brissaud, É., Souques, A., (1894). *op. cit*., p. 332.

[151] La question du milieu de vie apparait néanmoins, comme nous le verrons dans la seconde partie de ce chapitre, dans les descriptions cliniques, à travers les récits de vie des malades et la notation et reprise de leurs antécédents héréditaires.

[152] Voir des exemples de photographies d'enfants et de pratiques éducatives défendues par Bourneville de l'Annexe 16 à l'Annexe 18.

constitue de cette manière un instrument privilégié pour enregistrer et rendre visible le degré d'humanité supposé des individus.

Dans ce même ordre d'idées, Susannah Wilson (2014) montre que les photographies médicales d'anorexiques ont, dans l'ensemble, plutôt tendance à éloigner les sujets observés de l'humanité. La mise en scène des patientes renforce en effet chez l'observateur un « sentiment d'étrangeté » qui provoque aussi bien une fascination qu'une répulsion. Pour les médecins observateurs, ces portraits attirent l'œil autant qu'ils inquiètent dans la mesure où ils rendent compte de femmes incontrôlables, capables par leur seule volonté de se réduire à un état liminaire, flirtant constamment avec la mort. En retour, l'acte photographique sert, toujours selon Susannah Wilson, un double dessein. Celui, d'abord, d'une reprise de contrôle sur ces corps qui échappent, passant par l'objectivation des malades et de leurs comportements subversifs, puis celui d'une monstration de l'efficacité des thérapeutiques, signalée par une reprise d'embonpoint chez les patientes photographiées.

En somme, les dispositifs photographiques constituent – dans ce qu'ils demandent aux malades de soumission au regard médical et dans ce qu'ils donnent à voir aux observateurs – des tentatives de reprise de pouvoir par les médecins sur des sujets féminins qui s'y dérobent. Cette reprise de pouvoir se réfère non seulement à un ordre médical, mais aussi bien sûr à un ordre du genre. Les cadrages et les mises en comparaison de certaines images entre elles par une « avant/après traitement » (*cf.* illustrations 5 et 6, ci-dessus) suggèrent en effet le passage d'une subversion « des attentes du regard masculin hétérosexuel » (Wilson, 2014 : 104) par l'entretien de maigreurs extrêmes qui « perturbent les normes de genre » (*ibid.* : 78), à un rétablissement d'une identité sexuée lisible et identifiable à travers la morphologie générale des individus. Certaines parties du corps comme le bassin ou la poitrine sont préférentiellement observées en tant que localités corporelles médicalement associées, à partir du XVIIIe siècle, aux processus physiologiques féminins de procréation (Valois, 2021). Le « dispositif » de la photographie médicale participe ainsi à un « morcellement des corps » (Didi-Huberman, 1981) qui suit une logique esthétique et médicale de sexuation des individus observés.

Des corps non conformes à leur sexe

Les différences esthétiques, visuellement accessibles par la photographie, entre le sexe féminin et masculin, apparaissent très clairement dans les travaux de clinique morphologique. Dans

l'ouvrage « Morphologie clinique »[153] de Léon Mac-Auliffe et Auguste Chaillou, la photographie dite « stéréométrique » sert à l'identification morphologique des quatre types humains peuplant l'hexagone. Il s'agit du « type musculaire », du « type respiratoire », du « type digestif » et du « type cérébral »[154]. Parmi ces types, le « type musculaire » est notamment qualifié, suivant les « variations sexuelles » des corps, comme plus esthétique chez les hommes que chez les femmes pour qui la norme de beauté correspondrait davantage au « type respiratoire ». Les médecins affirment à ce titre :

> « *La perfection du Type Respiratoire correspond souvent à une des formes les plus séduisantes de la beauté féminine. La hauteur de la stature, la longueur du thorax, la finesse de la taille, l'ovale régulier du visage, sont les principaux éléments de cette beauté dont les portraits de Jeanne d'Aragon par Raphaël et de Lucrezia Crivelli par Léonard de Vinci constituent des spécimens parfaits* »[155].

Les références à Jeanne d'Aragon ou à Lucrezia Crivelli rendent ici compte des normes de beauté féminine caractérisées par la finesse et la peau blanche. Ces normes esthétiques féminines sont en partie, pour Mac-Auliffe et Chaillou, le produit du milieu de vie, mais aussi des activités quotidiennes genrées. Ils expriment à cet égard :

> « *Sur 100 femmes françaises, étudiées par nous à Paris, et en majorité parisiennes, nous avons observé 45 Musculaires p. 100. Par contre, à l'Asile de Maison-Blanche, dans les services des Drs Bonnet et Trénel, nous n'en avons compté que 35 p. 100. […] Il est fort probable que, s'il nous est donné de mensurer des campagnardes, nous retrouverons chez elles une proportion de Musculaires aussi élevée que celle observée chez les soldats d'infanterie. Au reste, l'action des milieux présents et passés permettrait de comprendre que la proportion de Musculaires fut moindre dans le sexe féminin. La femme a, en général, une vie plus sédentaire que l'homme ; elle a moins que lui l'occasion d'exercer ses muscles* »[156].

La prise en compte de la profession et des activités quotidiennes liées au genre marque une certaine considération médicale pour le milieu de vie, qui ne renvoie pas seulement aux conditions environnementales (climat, altitude), mais aussi à un ensemble de conditions sociales d'existence (classe sociale, métier, pratiques culturelles, normes de genre). La photographie scientifique stéréométrique illustre l'édification par un « coup d'œil » clinique

---

[153] Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). *Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique*, Paris : Doin.

[154] Des exemples de photographies stéréométriques et de schémas représentant ces quatre types sont disponibles de l'Annexe 19 à l'Annexe 26. Ces exemples illustrent la mise en scène et en métrie des corps, en particulier de la morphologie et des segments corporels (tronc, membres inférieurs, membres supérieurs), qui comme nous allons le voir plus loin dans ce travail, constituent des localités corporelles centrales dans l'identification de l'anorexie mentale chez les enfants par les médecins pédiatres.

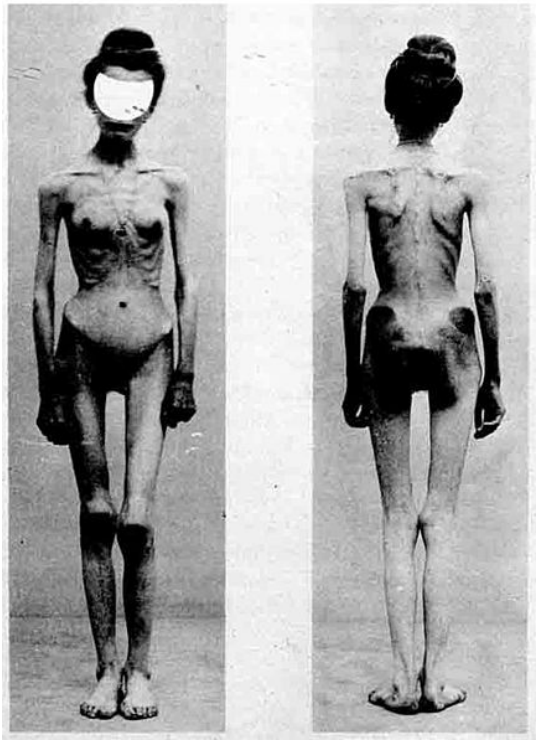
[155] Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). *op. cit.* p. 26.

[156] *Ibid.*, p. 110.

instrumenté de « seuils esthétiques » dont le franchissement correspondrait dans certains cas à une entrée dans le pathologique.

Dans le cas des photos scientifiques d'anorexiques, les médecins jugent le franchissement de seuils esthétiques des patientes via une mesure perceptive de la saillance des os du bassin, du thorax ou de la poitrine. Le regard clinique porté sur ces localités corporelles vise en effet à évaluer le degré d'apparition (ou de disparition) des caractères sexuels secondaires féminins (poitrine, bassin élargi, tissu graisseux). Georges Gasne dit par exemple d'un cas d'anorexie hystérique observé à la Salpêtrière (*cf.* illustration 7, ci-dessous), qu'en dehors de la conservation de « la glande mammaire chez cette jeune fille, on pourrait vraiment dire qu'il ne lui reste que la peau et les os »[157]. Selon lui, le thorax et le bassin de la patiente « présentent à cet égard le type de la maigreur absolue : les clavicules et les côtes en avant, les omoplates et les ailes iliaques en arrière se distinguent aussi nettement que sur un squelette préparé »[158].

***Illustration** 7. Photographie en pied de face et de dos d'un cas d'anorexie hystérique*



Source : Gasne, G. (1900). « Anorexie hystérique », Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

[157] Gasnes, G. (1900). « Anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, t.13, Paris : Masson, p. 51

[158] *Ibidem.*

De la même manière, en 1911, les médecins Jules Dejerine et Édouard Gauckler décrivent des anorexiques dans leur « étude analytique des manifestations fonctionnelles »[159] des troubles de l'appétit en ces termes :

> « *Les yeux sont saillants, les pommettes semblent percer les joues, celles-ci sont excavées, sur la paroi thoracique pendent des seins flétris, toutes les côtes font relief. Les omoplates semblent se détacher du squelette. Chacune des apophyses épineuses se dessine sous la peau. La paroi abdominale rentrée accuse le relief des fausses-côtes et dessine le contour du bassin. Les cuisses et les mollets sont réduits au squelette. On dirait le tableau d'une emmurée, tel que nous l'ont transmis les maîtres de la peinture* »[160].

En comparant leur patiente à une emmurée[161], Dejerine et Gauckler associent ainsi ici l'anorexie à une figure féminine et religieuse. Cependant, l'intérêt clinique pour la maigreur féminine inscrit définitivement, à la fin du XIXe siècle, les comportements de jeûnes prolongés dans le champ médical. Avec la sécularisation des sociétés européennes et la médicalisation des conduites alimentaires (Brumberg, 1988 ; Maître, 2000), la privation volontaire de nourriture s'impose chez les femmes comme un symptôme médical[162]. Avant cela et depuis le XIIe siècle, le jeûne prolongé féminin était majoritairement interprété comme un signe de sainteté inscrit dans des pratiques religieuses (Bynum, 1987). Ce passage d'une « anorexie mystique » à une « anorexie mentale » (Maître, 2000) se cristallise autour de la signification accordée à un extrême autocontrôle alimentaire (« *self-starvation* », Hepworth, 1999).

Notre étude suggère que l'intérêt médical pour les conduites d'autocontrôle se traduit surtout par une évaluation clinique et oculaire de la maigreur comme signe de l'altération du développement physique sexué des corps féminins. En effet, l'intérêt marqué dans les descriptions cliniques pour l'aspect squelettique des malades et l'altération de certaines parties sexuées du corps (glandes mammaires, bassin), renvoie spécifiquement à une pensée médicale principalement organisée depuis le XVIIIe siècle autour d'une nette différence physique entre les sexes (Laqueur, 1992). La binarité sexuelle est dès lors placée au centre des discours médicaux et les cas d'« hermaphrodisme » ou d'« inversion » sexuelle sont érigés, du fait de leur « appartenance sexuelle douteuse », en « avatars de la dégénérescence » (Salle, 2017). De

[159] Dejerine, J., Gauckler, E. (1911). *Les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie*, Paris : Masson, p. 6.

[160] *Ibidem.*

[161] À la fin du XVIIIe siècle, plusieurs peintres reprennent dans leurs toiles ces figures féminines pénitentes caractérisées par une peau très blanche, et comme représentées dans « Le Supplice d'une vestale » d'Henri-Pierre Danloux. Au Moyen-Age, en Europe, les emmurées désignent des femmes religieuses qui décident de mener une vie cloitrée dans un espace fermé et exigu.

[162] Mon positionnement épistémologique concernant la nature de l'anorexie mystique et sa distinction de l'anorexie mentale a été explicité dans l'introduction de la thèse.

la même manière, Sollier souligne concernant les anorexiques : « Elles sont mal conformées, avec des formes un peu masculines et n'ont guère les attributs de leur sexe. Quelques fois elles sont très petites et comme arrêtées dans leur développement »[163]. Les « seuils esthétiques » de l'anorexie sont donc aussi des « seuils de sexualisation », entendus comme des seuils d'inscription des corps dans une sexualité et un sexe reproductif, qui est rendu visible aux autres par l'expression d'une certaine morphologie, ainsi que par l'expression de signes physiques extérieurs associés à la féminité.

Ce qui fait défaut est donc moins l'orientation sexuelle des malades que le manque, chez elles, d'une différenciation sexuée claire, induit par leur éloignement des standards corporels de féminité. En effet, les documents médicaux traitant de la question anorexique au tournant des XIXe et XXe siècles n'évoquent pas directement le sujet de l'appartenance, ni même celui de l'orientation sexuelle des malades. Les filles anorexiques semblent toutes destinées, sans ambigüité, à une vie hétérosexuelle[164]. Les médecins relatent d'ailleurs dans leurs observations cliniques la volonté, chez la plupart des malades anorexiques, de maigrir, afin de plaire à la gent masculine. Les médecins relatent notamment des cas de filles amoureuses qui souhaitent se montrer sous leur meilleur jour pour séduire l'élu de leur cœur, et bien que ces tentatives de séduction soient souvent vaines.

Tout au long du XIXe siècle, la finesse des corps s'installe dans les imaginaires comme un symbole de beauté et de santé féminines (Vigarello, 2007). Une femme belle et en bonne santé est une femme mince et à la taille serrée. C'est aussi, au début du XXe siècle, une femme jeune et dynamique qui s'engage dans une entreprise de transformations esthétiques de soi, par l'adoption de « pratiques du maigre »[165]. Autrement dit, la finesse devient un trait physique désirable chez les femmes qui sont incitées, par le biais de la presse féminine, à prendre soin de

[163] Sollier, P. (1896). *op. cit*., p. 361.

[164] La question de l'orientation sexuelle apparait cependant plus tardivement dans la thèse de M.-J.-A. Donnadieu qui évoque la possible homosexualité d'une de ses patientes recevant de nombreuses lettres d'amour d'une de ses camarades. Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *L'anorexie mentale : ses caractères psychologiques*, Thèse, Bordeaux, p. 61.

[165] Par « pratiques du maigre » j'entends ici toutes les pratiques de soin, alimentaires et du corps qui émergent en France, à la fin du XIXe siècle, et dont la visée principale est le contrôle du poids et des morphologies féminines. Ces pratiques prennent notamment place au sein de la « classe de loisir » européenne étudiée par Thorstein Veblen (Lafortune, 2007), où le pouvoir économique d'un mari est socialement valorisé au travers de l'exposition du corps fin d'une épouse, en tant que signe de distinction vis-à-vis de la classe laborieuse. La classe de loisir désigne notamment les modalités de domination sociale et économique des classes les plus aisées et de la petite bourgeoisie, et ceci, par l'acquisition de biens de consommation et d'accès à des loisirs (tourisme, activités sportives). Les relations entre l'essor d'une classe de loisir et les catégorisations de l'anorexie sont abordées plus en détail en fin de thèse. Cf. Chapitre 8, partie 1.2. « Imaginaires et matérialités autour des maisons de santé », *Une clientèle à satisfaire*.

leur silhouette[166]. Jules Tinel décrit ainsi à propos du « tableau classique de l'anorexie mentale de cause psychique »[167] que :

> « *La jeune femme a voulu simplement se faire maigrir par coquetterie ou sentiment esthétique ; qu'elle a tout employé pour cela, le surmenage physique et le jeûne forcé, et le jour où elle s'est aperçue de son erreur, elle était devenue moralement et physiquement incapable de manger* »[168].

Certains médecins accordent toutefois à l'anorexie une cause plus subversive en termes de normes de genre. Par l'entretien d'une grande maigreur, les anorexiques souhaiteraient s'éloigner de la sexualité, notamment procréative, en effaçant chez elles tout caractère sexuel secondaire (poitrine, menstrues, élargissement du bassin). Il est par exemple spécifié à propos d'une anorexique mentale observée par le psychiatre Emmanuel Régis :

> « *Les choses de la nature lui font horreur, il lui serait pénible de se sentir devenir femme, d'avoir des formes ; son corps la gêne pour mener la vie d'idéal qu'elle s'est tracée, aussi s'emploie-t-elle par tous les moyens à le réduire à sa plus simple expression* »[169].

Sur les photographies médicales, ce trouble de l'appartenance claire au féminin transparait non seulement au travers de la morphologie jugée indistinctement sexuée, mais aussi au travers de la culture matérielle et notamment des vêtements portés par les malades. À partir des images d'anorexiques observées par le psychiatre britannique William Gull en 1873, l'historienne Joan Brumberg (2000) montre que les clichés ont tendance, en eux-mêmes et par leurs agencements mutuels, à mettre en lumière, chez les malades, l'absence ou au contraire le port de vêtements ou de parures féminins (collier, boucles d'oreille). Il en va de même pour les photographies prises en France à l'orée du XXe siècle. Les patientes photographiées sont présentées dénudées ou nues, sans bijoux, les cheveux défaits ou simplement attachés. Sur les clichés où elles apparaissent guéries, elles sont au contraire présentées habillées, parées et avec les cheveux coiffés (*cf*. illustration 8, ci-dessous). Autant d'objets et de pratiques esthétiques associés à la féminité et qui, comme le rappelle Muriel Darmon (2007 : 101) sur cette question anorexique, sont avant tout pensés à travers la « séduction hétérosexuelle ». Ce brouillage corporel des frontières de sexe par l'extrême maigreur caractéristique de l'anorexie s'inscrit également au sein du modèle présenté par Bénédict Morel de la dégénérescence morbide.

---

[166] Voir des exemples de publicités valorisant des pratiques du maigre en annexe (Annexe 27 à Annexe 31).

[167] Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*, Prix Civrieux, Académie de médecine, p. 10.

[168] *Ibid.*, p. 12.

[169] Noguès, G. (1913). « Observation XI. Anorexie mentale (inédite, due à l'obligeance de M. le Pr E. Régis) », *op. cit.*, p. 140.

Des signes de dégénérescence et des signes de guérison

Morel définit la dégénérescence suivant un critère généalogique, c'est-à-dire comme « une déviation morbide du type primitif » se traduisant par une transmissibilité des tares, et où les troubles transmis s'aggravent au fil du temps (Coffin, 1994). La « folie héréditaire » repose en psychiatrie, en partie, sur une vision linéaire et évolutive du développement. Pour Morel, la folie correspond le plus souvent à une dégénération qui débute par une action néfaste du milieu sur le corps, puis qui s'aggrave, par la transmission de tares héréditaires au fil des générations, jusqu'à constituer de nouveaux « types humains », stériles. Ainsi, selon lui, au fil des transmissions générationnelles de tares, les individus finissent par présenter des caractères asexués, ainsi qu'une stérilité marquant la fin du « cercle vicieux » de l'hérédité morbide. En d'autres termes et selon la lecture des travaux de Morel proposée par l'historienne Sylvie Chaperon (2010 : 278) :

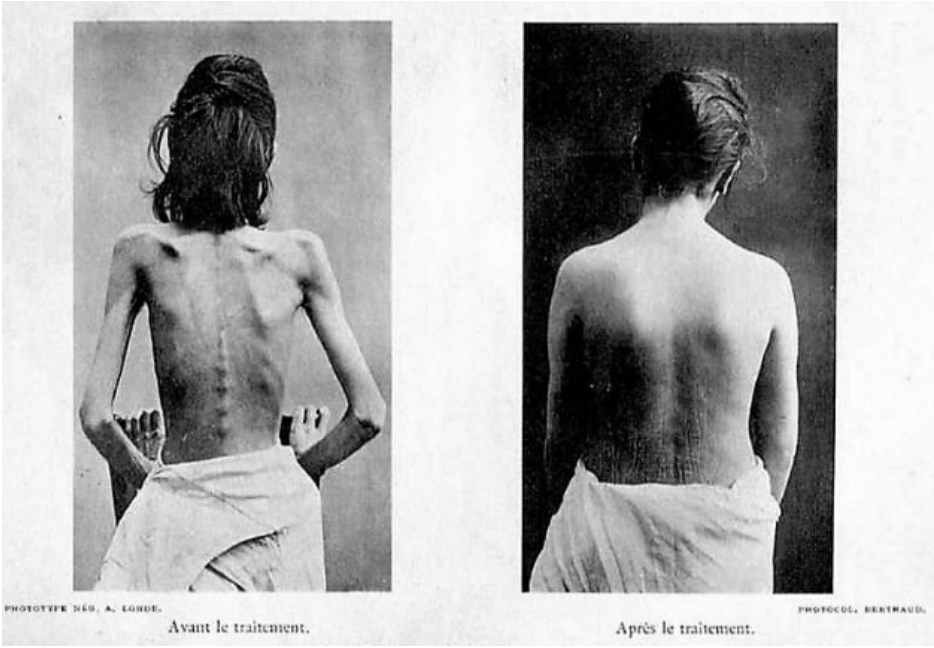
> « *Les individus atteints, en se reproduisant, transmettent leurs tares de manière aggravée. L'irritabilité bénigne d'un ascendant devient à la deuxième génération une déficience nerveuse plus grave, puis à la troisième une disposition innée à la folie. Quatre générations produisent le dégénéré complet qui, heureusement stérile, éteint la lignée* ».

L'absence de menstrues chez les filles considérées comme ayant l'âge d'être réglées empêche toute reproduction de la lignée et de l'espèce. L'aménorrhée pourrait donc constituer dans l'anorexie le signe d'un état de dégénérescence avancée. Toutefois, contrairement à une vision fataliste d'une dégénérescence incurable, et suivant un certain « optimisme thérapeutique » en germe dans le travail de Morel (Doron, 2012 : 27), ce signe d'infertilité est jugé réversible par un traitement adapté. Cet optimisme est renforcé à la fin du XIXe siècle par la psychologie sexuelle. Constituée en « un produit dérivé de la théorie de la dégénérescence » (Chaperon, 2010) par les médecins psychiatres, neurologues et psychologues s'étant intéressés à la sexualité féminine, mais aussi à la question anorexique, tels Théodule Ribot, Joanny Roux ou encore Charles Féré[170], la psychologie sexuelle fait de la sexualité, dès les années 1890, une caractéristique développementale. Les troubles de la sexualité, dont le manque de caractéristiques physiques sexuées binaires claires, notamment après la puberté, sont rattachés à des défauts de réalisation de certaines étapes constituant le développement psychosexuel. En contrepartie, ces troubles psychosexuels s'avèrent curables, même si l'hérédité peut en constituer un facteur d'apparition. Par un « jeu de correspondance » (Aigrain, 2023 : 160), déjà

[170] Les références des textes rédigés par ces auteurs sur la question anorexique apparaissent dans le « Tableau des nominations de l'anorexie » disponible en Annexe 1.

évoqué ici, entre un « avant » et un « après » traitement[171], l'agencement de certains clichés (*cf*. illustration 8 ci-dessous et illustrations 5 et 6, ci-dessus) suggère ainsi que les interventions médicales constituent des actes de clarification des distinctions corporelles de sexe. Cet agencement spatial et temporel des photographies suggère en effet un « récit de rétablissement » (Wilson, 2014) à l'issue duquel la maigreur extrême s'estompe au profit d'un corps charnu. La reprise de poids et d'embonpoint marque alors pour les médecins une guérison des individus, synonyme d'acceptation par les malades de porter les « attributs moraux et physiques de leur sexe »[172].

Illustration 8. *Portrait photographique de dos de Julie R. avant et après le traitement (1894)*



Source : Brissaud, É., Souques, A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

En somme, à l'instar du « coup d'œil » clinique, les photographies médicales de patientes anorexiques orientent le regard des médecins vers des localités corporelles spécifiques dont les délimitations se réfèrent à des normes médicales de sexualité. L'identification de l'anorexie s'effectue en effet principalement à travers une observation de l'état général de maigreur et de la morphologie des malades. Les corps sont observés minutieusement, selon un quadrillage dont les lignes de fuite et les intersections sont situées au niveau de localités corporelles

[171] Les principaux traitements sont : l'isolement, le traitement psychothérapeutique et la réalimentation. Ces points seront développés dans la dernière partie de cette thèse consacrée aux thérapeutiques de l'anorexie.

[172] Sollier, P. (1895). « Anorexie mentale. Communication au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France », *La Presse Médicale,* p. 208.

médicalement associées aux processus pubertaires de spécification physiologique et sexuelle des corps (Valois, 2021). Les photographies entérinent cette conception médicale de l'anorexie comme un trouble du développement sexuel en mettant en avant l'absence, chez les malades, de caractères physiques féminins clairement visibles, ainsi qu'un retour, à la suite des thérapeutiques, de signes extérieurs de féminité. De cette manière, les photographies médicales des anorexiques servent comme chez Bourneville, de « pièce démonstrative » (Faure, 2003 : 114). L'évolution des traits physiques et de la morphologie rend compte de la possible sexualisation des corps par l'intervention médicale. L'anorexie se présente alors comme une identité pathologique comprenant une variété d'indices physiques de la maladie, non fixés et réversibles. En contrepartie, et comme nous allons l'aborder maintenant, cette instabilité des indices physiques requiert de la part des savants une unification, dans l'écriture des récits cliniques, des signes de la pathologie.

2. Les mains des médecins, entre instrument d'objectivation et d'inscription

Dans « Les vues de l'esprit », Bruno Latour rappelle que penser est « un travail des mains » (1987 : 82). Cette affirmation est également au cœur de l'anthropologie des savoirs et des pratiques savantes. Comme le souligne Jean-François Bert : « Derrière tout savoir, il y a toujours des corps. Derrière toute pensée, il y a toujours des individus faits de chair et d'os » (Bert, 2023 : 15). Les mains, en tant qu'outils d'inscription, sont au cœur de cette pensée, toujours en action. Cette deuxième partie de chapitre interroge de cette manière ce que font les médecins avec leurs mains, d'abord lorsqu'ils objectivent les signes cliniques de l'anorexie par un usage spécifique de leur propre corps dans la construction de « prises » (Bessy & Chateauraynaud, 1993 ; Millepied, 2020), et ensuite lorsqu'ils fabriquent et intègrent textuellement des artefacts scripturaux et des « inscriptions »[173] dans les énoncés scientifiques et médicaux portant sur la question anorexique.

2.1. La construction médicale de « prises » corporelles

Penser un phénomène physique et produire du savoir dessus sont des actes qui reposent sur la matérialité du geste manuel, via lequel les savants ont prise sur le monde. En appliquant la notion de « prises » (Bessy & Chateauraynaud, 1993 ; Millepied, 2020) à l'étude du regard médical porté, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, sur les corps anorexiques, il

[173] Pour rappel, la notion d'inscription désigne dans le champ de l'anthropologie des savoirs et des sciences « non seulement les textes écrits, mais aussi les schémas, les tableaux, les cartes, les photographies, les images, les diagrammes » (Jacob, 2014). Cf. Chapitre 2, partie 1.3 « Standardiser la croissance et le développement ».

s'agit de se demander comment les médecins construisent des prises, sur le corps des patientes, afin d'identifier l'anorexie. Nous montrons ici que par ces prises corporelles, les médecins s'éloignent d'un simple jugement esthétique et visuel de la maladie pour faire valoir un jugement clinique pensé comme plus objectif, intervenant dans les catégorisations des signes de la maladie.

Évaluer les douleurs gastriques

Outre l'usage d'un « coup d'œil » clinique faisant appel à l'acuité visuelle des médecins, l'identification de l'anorexie s'appuie également sur le sens du toucher et de l'odorat. Les cliniciens sentent l'haleine des malades et en signalent l'âcreté, ou bien palpent leur abdomen pour en évaluer le degré de souplesse et identifier les points de dureté pouvant révéler une lésion organique. Ils engagent ainsi un véritable « corps à corps » avec leurs patientes. Issue de la sociologie de la perception, la notion de « corps à corps » désigne chez Christian Bessy et Francis Chateauraynaud (1993), dans leur étude du travail d'évaluation d'objets anciens par les commissaires-priseurs, un procédé perceptif qui permet de passer d'un jugement esthétique et individuel (« c'est un bel objet ») à une évaluation jugée objective (« il est beau, mais ne vaut rien »). Ce passage va notamment consister à déplacer et toucher les objets afin d'en déduire des « prises », c'est-à-dire « des indices visibles et matériels » utiles à l'évaluation de l'objet, ou dans notre cas à la collecte de signes significatifs dans l'identification de l'anorexie. L'application du modèle des « prises » au champ médical est ici tiré des travaux d'Anne-Charlotte Millepied (2024, 2020) sur l'endométriose. La sociologue montre que dans les actuels processus diagnostiques de la maladie, les médecins, radiologues et chirurgiens sont amenés à produire des prises visuelles et sensibles sur le corps des patientes, mobilisant un ensemble de critères perceptuels pour identifier les lésions.

Dans le cas de notre objet, les douleurs gastriques, accentuées chez certaines patientes sous la pression des mains du médecin sur la région épigastrique, constituent à ce titre un véritable signe clinique pouvant révéler, comme le suggère Ernest-Charles Lasègue, une « forme primitive d'anorexie hystérique »[174]. Le psychiatre conçoit par exemple la dyspepsie, à savoir les douleurs et inconforts épigastriques, comme les premiers signes d'installation de l'anorexie hystérique. Selon lui, la « perversion mentale » propre à l'anorexie hystérique s'installe lorsque les anorexiques montrent des signes hypocondriaques se manifestant par des douleurs gastriques ressenties à la suite des repas et jugées disproportionnées par le médecin compte tenu

[174] Lasègue, E.-C. (1873). *op cit*.

des lésions organiques légères, voire inexistantes. Les diverses pressions manuelles exercées sur l'estomac constituent ainsi des vecteurs de production de prises corporelles permettant à certains psychiatres de spécifier ce qui relève ou non de l'anorexie, et ainsi d'en établir le diagnostic. L'anorexie est notamment distinguée d'autres maladies organiques comme les cancers de l'estomac ou les dyspepsies organiques selon les réactions provoquées par la pression manuelle sur les organes digestifs. Dans sa thèse sur l'hystérie gastrique, Lucien Deniau affirme par exemple, concernant l'anorexie : « L'élément douleur […] n'a aucune localisation particulière, n'augmente pas par la pression et se distingue en cela de l'irritation douloureuse de l'estomac ; c'est une inquiétude toute spéciale »[175]. La douleur gastrique serait donc chez les anorexiques une douleur spécifique dont la localité serait vague, indéterminée, et dont le degré, la localisation ou l'intensité sont objectivés par la pression exercée par les médecins sur le corps des malades.

La construction de prises corporelles autour de ces douleurs gastriques facilite également une spécification catégorielle des diverses formes d'anorexie. Dans son étude portant sur l'anorexie hystérique, Jules Tinel reprend une distinction largement répandue au début du XXe siècle entre une anorexie dite « primitive » (ou « primaire ») et une anorexie dite « secondaire ». La première qualification désigne l'origine purement mentale du trouble dans laquelle s'insère l'anorexie hystérique et mentale, et la seconde qualification sous-tend une origine organique de la perte d'appétit. Dans le cadre de l'anorexie hystérique et mentale, les douleurs liées à l'acte alimentaire ne sont pas systématiquement concentrées autour de la zone stomacale. Tinel rapporte par exemple un cas d'anorexie mentale dont, dit-il, « l'origine remonte à une série d'angines pendant lesquelles elle ne pouvait manger à cause des douleurs provoquées par la déglutition. Quand elle voulut se remettre à manger, elle n'avait plus faim, la nourriture lui causait une grande répugnance »[176]. De la même manière, c'est par le biais de l'origine supposée de la perte d'appétit et des difficultés d'alimentation que Dejerine et Gauckler[177] distinguent les « faux » des « vrais gastropathes ». Suivant cette division, les anorexiques mentaux seraient des faux gastropathes, dont le mal-être ressenti durant l'acte alimentaire trouverait son origine dans une cause mentale non organique. Au contraire, les troubles anorexiques relevant de vraies gastropathies seraient le produit d'affections et de douleurs gastriques, d'origine organique ou névropathique. Pour Dejerine :

[175] Deniau, L. (1883). *op. cit*., p. 21.

[176] Tinel, J. (1909). *op. cit.,* p. 21.

[177] Dejerine, J., Gauckler, E. (1908). « La rééducation des faux gastropathes », *La Presse Médicale*, n°29, p. 225-227.

> « *L'anorexie mentale est primitive quand l'insuffisance alimentaire s'établira sous l'influence de représentations mentales primitives n'ayant avec le fonctionnement du tube digestif en lui-même aucun rapport. On dira que l'anorexie est secondaire quand elle ne surviendra que consécutivement à des troubles digestifs préalables de nature névropathique* »[178].

Palper le ventre, provoquer des douleurs gastriques ou écouter les récits que font les patientes de ces douleurs sont autant d'opérations indispensables à la construction de prises corporelles, construites à la confluence de l'action des médecins et de la réaction des patientes et de leur corps. Par ces gestes, les médecins s'éloignent d'une évaluation purement visuelle de l'anorexie pour proposer une expertise clinique des lésions anatomiques et fonctionnelles, mais aussi pour élaborer une lecture médicale davantage psychologique concernant l'origine de la pathologie. Cette lecture participe au début du XXe siècle à distinguer les anorexies hystériques des anorexies mentales, marquant notamment un mouvement de catégorisation du symptôme anorexique en dehors de l'hystérie.

Le diagnostic différentiel de l'anorexie hystérique et mentale

Dès les années 1890, dans un mouvement de dissociation des deux strates symptomatiques qui composent l'anorexie hystérique – à savoir, donc, l'anorexie (signifiant littéralement « la perte d'appétit ») et l'hystérie (c'est-à-dire un état mental pathologique qui se manifeste par un ensemble de signes neurologiques et psychiques) –, le diagnostic d'anorexie hystérique s'érode. Le symptôme anorexique commence en effet à être isolé en dehors de la catégorie d'hystérie, sous l'impulsion de certains médecins ayant à cœur de distinguer les étiologies organiques des étiologies psychiques. C'est par exemple le cas du neurologue et psychologue Sollier, qui, après avoir travaillé sur ce qu'il désigne sous le nom de « sitiergie hystérique », propose en 1895 de « séparer de l'anorexie hystérique un groupe de faits qui sont ordinairement confondus avec »[179]. Il distingue ainsi l'anorexie hystérique de l'anorexie mentale, qu'il désigne en ces termes :

> « *Sous cette dénomination, je me propose de décrire ici un trouble de la nutrition — je ne dis pas une affection des voies digestives — dont les deux caractères fondamentaux sont, au point de vue clinique, de l'anorexie d'une part et de l'autre un état mental spécial qui l'accompagne et plus souvent la précède. Ordinairement confondue avec l'anorexie hystérique ou avec la dyspepsie nerveuse de Leube, elle n'en a cependant pas l'évolution*

[178] Dejerine, J. (1914). *Sémiologie des affections du système nerveux*, Paris : Masson et Cie., p. 1039.

[179] Sollier, P. (1896). « L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895*, vol. 2 : Comptes rendus, Paris : Masson, p. 372.

et encore moins le pronostic dont la gravité suffirait à elle seule à la faire décrire à part »[180].

Sollier fait donc sortir le symptôme anorexique du strict cadre anatomo-pathologique en qualifiant l'anorexie mentale de « trouble de la nutrition », pouvant émerger d'une disposition mentale particulière. L'anorexie hystérique ne désigne, quant à elle, plus qu'une manifestation hystérique de lésions cérébrales ou fonctionnelles spécifiques, qui se différencient de l'origine psychique de l'anorexie mentale. De cette manière, Sollier distingue l'anorexie mentale – qu'il juge bien plus grave – de l'anorexie hystérique, qu'il différencie également de la dyspepsie de Leube[181], une forme de dyspepsie nerveuse qui se caractérise par des douleurs à l'estomac induites par une atteinte du système nerveux. Toutefois, et c'est peut-être là un phénomène majeur dans le processus de disparition du diagnostic, les manifestations cliniques de l'anorexie hystérique (perte d'appétit, malaise après repas) ne s'observent d'après Sollier que dans les premiers temps de l'anorexie mentale. Le diagnostic différentiel entre l'anorexie hystérique et mentale ne pourrait, de ce fait, être établi qu'au fil du temps, au regard de la marche « chronique et progressive » prise par la maladie.

L'identification de l'anorexie et de ses diverses origines s'effectue également par le biais de l'observation des conduites alimentaires. Sollier note par exemple dans le cadre de l'anorexie mentale : « On n'observe pas de ces retours brusques de l'appétit comme chez les hystériques ou les neurasthéniques »[182]. Ce sont donc, dans ce cadre, le symptôme de la perte d'appétit ainsi que ses rythmes d'expression qui fondent l'identification de l'anorexie et de sa nature (hystérique, mentale, primaire). Cette exclusion réciproque de l'anorexie et de l'hystérie est réaffirmée dans le champ psychiatrique une dizaine d'années plus tard par le neurologue Jules Tinel. En 1909, Tinel dépose auprès de l'Académie de médecine un essai dédié à l'anorexie hystérique dans lequel il invite ses collègues médecins à définitivement abandonner l'usage de la catégorie d'anorexie hystérique. En tant qu'état mental et physiologique, l'hystérie, dit-il, « est incapable par elle-même de créer l'anorexie ; elle ne fait que rendre plus facile son apparition »[183]. Après cette date, l'anorexie hystérique n'est que très marginalement évoquée

[180] *Ibid.,* p. 360.

[181] Du nom de Wilhelm Leube, un médecin allemand connu pour ses travaux sur les troubles nerveux du système digestif et notamment sur la dyspepsie.

[182] *Ibid*., p. 364.

[183] Tinel, J. (1909). *op. cit*, p. 2.

par les psychiatres. Georges Noguès[184] et Auguste Raimbault[185] distinguent par exemple clairement, dans leurs travaux respectifs, l'anorexie hystérique de l'anorexie mentale.

D'un diagnostic générique rattaché à la grande figure de l'hystérie, l'anorexie hystérique désigne alors, au début des années 1900, un « type » d'anorexie parmi d'autres, et côtoie dans les ouvrages et les revues médicales l'anorexie psychasthénique, hébéphrénique, idiopathique, ou encore névropathique et neurasthénique[186]. L'anorexie ne constitue plus seulement un symptôme hystérique, mais recouvre un ensemble de phénomènes physiques et psychiques, dont les étiologies font débat au sein de la psychiatrie neurologique de la fin du XIXe siècle. L'identification de l'anorexie, ou devrions-nous dire maintenant des anorexies, et sa distinction d'autres pathologies, s'effectuent ainsi suivant un quadrillage du corps visuel, mais aussi tactile.

De l'extérieur à l'intérieur des corps

L'exploration tactile du corps des malades s'enracine dans des pratiques médico-légales ayant lieu depuis plus d'un siècle autour de l'autopsie. L'historien Rafael Mandressi (2003) montre que les savoirs anatomiques se sont organisés dès la Renaissance aussi bien autour de la vue qu'autour d'autres sensations relevant du toucher ou de l'odorat. Il souligne que l'ouverture et l'étude des cadavres s'effectuent systématiquement suivant des gestes précis et une chronologie préétablie par les savoirs anatomiques (par exemple, ouverture première de l'abdomen), qui répondent aussi bien à des questions pratiques (putréfaction du corps) que symboliques (de la partie corporelle la moins noble à la plus noble). En d'autres termes, l'expertise des corps s'appuie sur un ensemble de dispositions et de savoirs incorporés par les médecins qui guident leur regard mais aussi les pratiques de connaissances mises en œuvre. De cette manière, concernant l'anorexie, bien que sans toujours reprendre une exacte et même succession, les médecins détaillent dans leurs récits cliniques un ensemble de caractéristiques physiques (peau sèche, langue blanche, abdomen rétracté) observées suivant un quadrillage corporel dont les lignes de fuite convergent vers le tronc (bassin, thorax, poitrine) et vont généralement de l'extérieur du corps (peau, aspect général) vers l'intérieur (forme des organes et tissus accessibles par le toucher).

Le corps des cliniciens peut en somme être saisi ici, tel que le suggère Marcel Mauss, comme un « instrument » (Mauss, 1993 [1934]) que nous pourrions qualifier de savant. Le regard

[184] Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse : Ch. Dirion.

[185] Raimbault, A. (1914). *Le syndrome « anorexie mentale ». Étude séméiologique et pronostique*, Thèse, Paris : Vigot Frères.

[186] Voir le « Tableau des nominations de l'anorexie » disponible en Annexe 1.

clinique s'exerce en effet à travers un usage averti, de la part des médecins, de leur propre corps. Ils construisent des prises corporelles et diagnostiquent l'anorexie avec « prudence »[187]. Pour cela, ils font appel, au cours de l'identification des signes de la maladie, autant à leurs savoirs théoriques qu'à leur savoir pratique, accumulé au fil de leurs expériences cliniques. Dans un « corps à corps » avec les malades, les mains des médecins constituent des instruments de production de savoirs sur la maladie, ses localisations et sur ses diverses natures. Se construit alors une « expertise médicale » (Dodier, 1991), entendue comme un savoir expérientiel, cumulatif et professionnel, visant à objectiver dans une perspective de diagnostic et de jugement clinique, les signes et les plaintes des malades. Si le « coup d'œil » clinique, la photographie médicale et le « corps à corps » participent ensemble à cette expertise de l'anorexie, ce sont aussi les inscriptions scripturales et textuelles de données corporelles quantitatives et qualitatives qui sont au cœur de l'identification experte de la maladie.

2.2. Construire une « cohérence optique » de la maladie

Nous avons jusqu'ici abordé la manière dont les observations médicales issues d'un « coup d'œil » clinique s'articulent à la photographie comme instrument d'enregistrement et de visualisation des signes de la maladie, ainsi qu'à l'usage corporel du regard et des mains par les médecins sur le corps des malades. Toutefois, nous n'avons pas abordé la dimension scripturale des récits cliniques. Pourtant, la quasi-totalité du matériel analysé ici relève bien de supports scripturaux composés d'« inscriptions » (Jacob, 2014 ; Latour & Woolgar, 1996 [1979] ; Latour, 1987) numériques et textuelles, dans lesquelles sont agencées des données biologiques et corporelles.

L'inscription numérique et textuelle de l'état physiologique

L'apparition dans le champ médical d'instruments d'observation et de mesure comme la balance, le stéthoscope ou le thermomètre (Hess, 2005) participe aux tentatives cliniques d'objectivation de la maladie par la quantification des fonctions physiologiques. Tout au long du XIXe siècle, à mesure que ces instruments s'imposent dans l'espace hospitalier, l'identification des pathologies est effectuée par une mise en lien entre des signes cliniques extérieurs et des mesures de fonctions physiologiques. Ces mesures comprennent entre autres celles de la taille en mètres ou en pouces, du poids en kilogrammes, ou celle de la température en degrés Celsius. Dans cette perspective, Wallet associe, dans son récit clinique de « deux cas d'anorexie », la description générale de l'état physique des patientes à leurs poids. Dans son

[187] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 184.

texte, le médecin explique le retour des menstrues par l'augmentation de la masse pondérale de la patiente. Il écrit :

> « *Quoique Mlle B... eut quitté l'établissement j'ai pu prendre son poids chaque semaine pendant quelque temps. Le voici : 27 k. 070, 27 k. 995, 28 k. 335, 29 k. 020, 29 k. 070, 31 k. 270, 31 k. 820, 32 k. 470, 33 k. 170, 34 k. 470.*
> *À ce moment elle était encore très loin d'avoir retrouvé la santé robuste où la représente la photographie prise avant la maladie. Les fonctions menstruelles s'étaient alors rétablies* »[188].

Wallet n'est pas le seul à recourir à la mesure pondérale des patientes lors des examens cliniques. Cette pratique de mesure s'inscrit, à la fin du XIX[e] siècle, dans un large mouvement de quantification de la science et de la médecine initié un siècle plus tôt (Jorland & *al*., 2005). Cette quantification consiste, pour reprendre les termes des sociologues Stéphane Moulin et Jean-Pierre Beaud (2017 : 186), à « mettre en nombre un phénomène en adoptant un étalon et en construisant un instrument ». De ce fait, par l'usage de certains instruments de mesure comme le pèse-personne, les médecins produisent un savoir quantitatif qui permet d'objectiver par les chiffres les observations cliniques. Autrement dit, l'objectivation du poids numérise la dimension morbide des signes cliniques, autrement évalués qualitativement par le biais du « coup d'œil ». Par exemple, une anorexique de quatorze ans est décrite par un médecin de la Salpêtrière comme « une jeune fille ne mangeant plus depuis un certain temps et réduite au poids de 62 livres ». Cette association entre l'identification de l'anorexie et la mesure pondérale est renforcée par l'observation répétée de cas où les individus présentent un poids très bas pour leur âge[189]. Dans son essai sur l'anorexie hystérique, Tinel évoque par exemple, à propos d'un des cas d'anorexie qu'il répertorie : « Le poids subit naturellement une déperdition considérable, on enregistre assez souvent des poids de 30, 28, 27 kilogrammes, nous avons vu dans un cas 24 kilogrammes chez une femme de quarante-quatre ans »[190].

Les récits cliniques sont ainsi jalonnés de listes et de tableaux, complémentaires des photographies, et dans lesquels les médecins notent le poids de leurs patientes, depuis leur entrée en asile ou en clinique jusqu'à leur sortie d'hospitalisation. Dans son ouvrage sur l'anorexie mentale, le physiologiste Georges Noguès se livre lui-même à la mesure du poids de ses patientes, qu'il consigne dans des tableaux de poids figurant dans la publication finale de

[188] Wallet, Dr. (1892). *op. cit.*, p. 278.

[189] Cette question de l'évaluation pathologique du poids selon l'âge des individus est traitée plus tard dans la thèse, en particulier en lien avec les connaissances nutritionnelles concernant l'alimentation infantile. Cf. Chapitre 5, partie 2.1 « Le coût énergétique de la croissance ».

[190] Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*. Prix Civrieux, Académie de médecine.

son ouvrage. Il synthétise également d'anciens travaux et reproduit à cet égard des tableaux de poids réalisés par d'autres médecins, à l'image de celui de Sollier publié en 1891 dans son étude d'un cas de « sitiergie hystérique » (*cf.* illustration 9, ci-dessous).

***Illustration 9**. Extrait d'un tableau de poids en livres de Mlle X.*

Le 10 juin (à l'entrée) elle pesait..	58 liv.	
Le 15 —	61 liv.	350 gram.
Le 19 —	63 liv.	
Le 22 —	64 liv.	
Le 1er juillet.....	65 liv.	430 gram.
Le 6 —	67 liv.	

Source : Sollier, P. (1891). « Anorexie hystérique (Sitieirgie hystérique) », Revue de médecine, n°8, p. 525, cité par Noguès, G. (1913). « Observation première », L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, Toulouse, Ch. Dirion, p. 78-79.

***Illustration 10**. Tableau de poids de Mlle C. par Georges Noguès (1913)*

Le 10 septembre 1911.....	18 k.	700
Le 17 —	19	
Le 24 —	21	
Le 1er octobre 1911.....	22	
Le 7 —	22	500
Le 14 —	23	
Le 21 —	23	500
Le 28 —	24	480
Le 3 novembre 1911.....	26	500
Le 10 —	27	250
Le 17 —	27	900
Le 24 —	28	200
Le 1er décembre 1911.....	28	800
Le 7 —	29	
Le 14 —	30	350
Le 21 —	31	300
Le 28 —	31	500
Le 3 janvier 1912.....	32	300
Le 10 —	33	
Le 17 —	33	700
Le 24 —	35	
Le 1er février 1912.....	37	
Le 7 —	37	500
Le 8 —	37	800
Le 21 —	38	

Source : Noguès, G. (1913). L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, Toulouse : Ch. Dirion, p. 155.

Sous le tableau de mensurations d'une anorexique prise en charge dans la maison de santé d'Épinay-sur-Seine située en région parisienne (*cf.* illustration 11, ci-dessous), Noguès précise : « En quatre mois et demi [la patiente] gagna [donc] 31 livres (environ quatorze kilogrammes). Tous les phénomènes qu'elle présentait disparurent progressivement »[191]. La reprise de poids est ici associée à une amélioration concomitante des signes d'inanition. En d'autres termes, l'écriture du poids et de son évolution étaye, tout au long du récit clinique, l'observation par le praticien des signes pathologiques et de leurs évolutions, ainsi objectivées par des données chiffrées.

***Illustration 11**. Tableau de mensurations d'une anorexique traitée à la maison de santé d'Épinay-sur-Seine par le Dr Tarrius en 1910*

Mensuration : taille	1 m.	45
Périmètres :		
Cou (partie moyenne)	0	22
Poitrine (base)	0	49
— (sous-axillaire)	0	57
Périmètre (autour des épaules)	0	71
— (taille)	0	40
Bassin (épine iliaque A. S.)	0	58
Cuisse (partie supérieure)	0	23
— (au-dessus du genou)	0	18
Genou	0	25
Jambe (partie supérieure)	0	19
Cheville	0	13
Bras (partie moyenne)	0	12
Poignet	0	10
Longueur du pied	0	22

Source : Noguès, G. (1913). L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, Toulouse, Ch. Dirion, p. 112.

Enfin, c'est aussi la température corporelle qui est mesurée à l'aide d'un thermomètre, puis intégrée dans les récits médicaux, en miroir des descriptions cliniques. Si un « corps à corps » (Bessy & Chateauraynaud, 1993) entre les médecins et les patientes permet de déceler des « extrémités froides » – associées à l'observation de « cyanose » et à des « ongles violets », voire à un « œdème des extrémités » –, la mesure de la température complète ainsi souvent ces observations qualitatives et sensorielles. Avec le déploiement de la microbiologie dans la société française du dernier tiers du XIXe siècle (Latour, 2011), l'observation d'une température anormalement élevée devient un signe de détection d'une maladie infectieuse pouvant expliquer

[191] Noguès, G. (1913). *op. cit.*, p. 78.

une perte d'appétit, ou bien la présence d'une maladie intercurrente, le plus souvent la tuberculose, réputée s'installer facilement chez les individus maigres et affaiblis, dont les anorexiques. La mesure de la température corporelle permet donc aux médecins d'identifier chez les patientes une possible hypothermie mais aussi la présence d'une fièvre phtisique.

Comme l'illustrent les tableaux et éléments empiriques cités précédemment, l'ensemble de ces mesures figurent dans les textes savants sous forme de listes. Située « au cœur de la raison graphique » (Mahrer & *al*., 2018), la liste constitue selon Jack Goody (1978) une manière efficace de stocker de l'information ainsi que de réarranger entre elles certaines données. De ce point de vue, la liste sert avant tout à organiser dans un certain sens des idées, sous forme d'entrées ou d'items. En tant qu'extension des listes, les tableaux sont quant à eux présentés par Goody comme des « outils essentiels du discours analytique de type écrit ». En effet, les tableaux et les listes mettent en lien dans un même espace scriptural, celui de la feuille, divers éléments de la réalité matérielle, idéelle et cognitive. Pour reprendre une notion partagée par Goody (1977) ainsi que par Latour et Woolgar (1996 [1979]), des éléments *a priori* sans rapport sont « mis en rapport » dans l'espace de la feuille.

Dans cette perspective, la maigreur extrême est reliée à l'aménorrhée, qui est elle-même associée à des mesures physiologiques et corporelles, le tout étant organisé et tenu dans un récit clinique qui en permet le réemploi. Les récits cliniques de l'anorexie étudiés ici engagent une sérialisation des informations et des cas, comme cela est notamment visible dans plusieurs thèses et essais portant sur l'anorexie, dans lesquels les auteurs répertorient, compilent et comparent les différentes observations rapportées par divers médecins. De cette manière, les praticiens donnent corps et unité à un diagnostic en construction dont les contours paraissent encore bien vagues à la fin du XIXe siècle, bien qu'ils se précisent au début du XXe siècle.

Par ailleurs, les textes analysés dans cette thèse prennent place au sein d'une « arène littéraire » qui représente, selon Latour et Woolgar (1996 [1979]), le principal espace d'élaboration des faits scientifiques. Les inscriptions sont ainsi mobilisées par des médecins soucieux de rendre compte, par le biais de leurs publications, à leurs collègues ou rivaux, de ce que serait l'anorexie, ses manifestations cliniques et les signes typiques de son apparition. À ce titre, l'essai de Tinel, mais aussi des thèses de médecine comme celles de Raimbault ou de Noguès, illustrent ces pratiques de « durcissement » (Latour, 1987) des argumentaires par une accumulation de références et de données issues d'anciens travaux portant sur la question

anorexique[192]. C'est d'ailleurs par le biais de ces accumulations de cas que Tinel réfute, tout au long de son essai, la classification de l'anorexie parmi les symptômes hystériques. Selon lui :

> « *Les idées sur l'anorexie hystérique ont beaucoup changé […] Elle semble incapable par elle-même de créer l'anorexie, elle ne fait que rendre plus facile son apparition sous l'influence de causes morales, qu'une recherche minutieuse permet presque toujours de reconstituer* »[193].

Par ces reprises de cas d'étude et leurs réinterprétations, les médecins tentent donc de défendre une vision scientifique de la psychiatrie et de ses nosographies. Cette défense s'enracine dans un contexte de grande redéfinition des classifications médicales de l'hystérie, comme le montre Nicole Edelman (2003) à propos des figures de l'hystérique en France à la fin du XIXe siècle. Mark Micale suggère, quant à lui, que ces redéfinitions reposent en grande partie sur les « découvertes biomédicales dans la théorie étiologique et la technique diagnostique » (Micale, 1993 : 501), qui impliquent l'éclatement de l'hystérie en de nouvelles catégories comme l'épilepsie ou l'anorexie. Dans notre cas, l'identification de l'anorexie indépendamment de l'hystérie, et à partir de la mise en série de cas cliniques et de données biologiques (température, poids), semble bien épouser ici ces redéfinitions biologiques des classifications médicales et psychiatriques.

Une cohérence numérique

Dans les récits médicaux portant sur l'anorexie, l'inscription numérique des corps complète les éléments empiriques mis en valeur par le « coup d'œil » clinique. De manière générale, les références à l'observation visuelle des corps se mêlent dans les textes à l'exposition des mesures du poids, comme chez Gasne qui affirme : « On l'amène le jour même à la Salpêtrière ; c'est là qu'elle fut pesée et photographiée, son poids était de 55 livres ; nous donnons sa photographie, on ne peut imaginer squelette mieux décharné » [194].

Plus largement, ces inscriptions numériques, comme les photographies, sont incorporées dans le texte savant qui les commente, et où elles sont reliées à d'autres éléments empiriques. Par une accumulation d'inscriptions simples, les médecins mobilisent dans leurs récits d'observations divers éléments de la réalité, qu'ils relient entre eux et unifient dans l'écrit.

[192] Par exemple, sur les 16 observations présentées par Noguès, seules 4 relèvent d'observations personnelles. Les 12 autres sont des cas repris de travaux antérieurs réalisés par d'autres médecins. Ce type de texte s'avère cependant empiriquement riche pour notre étude puisqu'il donne accès à une diversité de cas d'anorexie observés à l'époque et considérés comme pertinents dans la présentation clinique de la pathologie.

[193] Tinel, J. (1909). *op. cit*., p. 2-3.

[194] Gasne, G. (1900). « Un cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 53.

Prises ensemble, ces inscriptions, qu'il s'agisse des listes et des tableaux de mensurations ou bien des photographies, offrent une « cohérence optique » (Latour, 1987) à partir de laquelle les psychiatres construisent leurs objets. En effet, l'ensemble de ces inscriptions suggère que la mesure du poids, de la température et de la circonférence des membres tend, en complément de l'observation oculaire des signes cliniques, à rendre observable aux médecins les dysfonctionnements internes induits par l'état de maigreur des malades anorexiques. Cette objectivation s'appuie certes sur l'utilisation d'instruments de mesure numériques (pèse-personne, mètre), mais aussi sur l'écriture de ces mesures dans des listes et des tableaux, qui sont insérés dans des récits cliniques, puis publiés à plus large échelle dans des essais ou des articles de revues médicales.

Dans ces tableaux et ces listes figurent donc des éléments récoltés au plus près des patientes, par l'observation et la mesure méticuleuses des corps. Ces éléments sont néanmoins, et en quelque sorte, désincarnés de l'expérience des malades, réduits en chiffres et en items. Cependant, l'écriture savante permet aux médecins autre chose. Le maniement des inscriptions offre en effet la possibilité de reconstituer, à partir d'éléments très divers, une unité pathologique par ailleurs éclatée et difficilement observable dans son ensemble en un seul regard. Coucher les corps des malades sur du papier, qu'il soit à lettre ou photographique, par le biais de récits d'observations, de chiffres ou d'images, permet d'identifier l'anorexie via une sérialisation de divers cas pathologiques, rassemblés sous une même étiquette. Il s'agit, en d'autres termes, d'opérer une mise en ordre des signes cliniques et des cas observés ainsi qu'une comparaison clinique à grande échelle. Nous pourrions ici invoquer les travaux en anthropologie historique des savoirs et des pratiques savantes de Jean-François Bert et de Christian Jacob (Bert, 2023 ; Bert & Jacob, 2017), qui montrent que les pratiques de fabrication de savoirs, en particulier les pratiques scripturales, s'appuient sur l'usage que les savants font de leur corps dans l'acte d'écriture, mais aussi sur des techniques corporelles de notation et d'utilisation de certains objets, tout ceci contribuant à un certain régime de véridiction. Le remplissage de fiches synthétiques, l'écriture de chapitres d'ouvrages, les notes de bas de page ou les courbes graphiques forment des « lieux de savoir » (Jacob, 2014) qui, à diverses échelles, participent à l'accumulation, au croisement et à la comparaison de données cliniques, dont les entrelacs constituent dans les textes un objet de savoir acceptable ou véridique.

Dans ces inscriptions, les références à l'âge chronologique, en tant qu'étalon de mesure, s'enracinent dans un « régime de connaissance » où l'écriture savante permet de « définir à la fois les caractéristiques d'un savoir fiable et les contenus du monde » (Schaffer, 2015 : 413).

Dans le cas de l'anorexie, l'écriture savante permet de garder trace des états et des signes physiques des divers cas répertoriés, de suivre l'évolution de leurs symptômes, ou encore d'associer, pour un même cas, divers éléments cliniques entre eux[195]. Ces inscriptions constituent donc un moyen d'exercer un regard clinique polymorphe, qui examine dans un même temps et dans un même espace, celui de la feuille ou du texte, une multitude de couches et réalités corporelles.

Dans le prolongement du découpage corporel sexué évoqué en amont à propos de la photographie scientifique[196], ces mesures se concentrent sur le bassin (taille), les membres supérieurs (bras, thorax) et inférieurs (mollet, cuisse). Ils suivent le découpage parcellaire des corps développé par l'anthropologie physique et la médecine clinique durant la seconde moitié du XIXe siècle (Diasio, 2019 ; Tersigni, 2019). Ce sont, par exemple, la circonférence des cuisses, le périmètre des épaules et des chevilles, ou encore celui des poignets qui sont mesurés et consignés dans des tableaux et des listes, à l'instar des listes présentées ci-dessus (*cf*. illustrations 9 à 11, ci-dessus). Autant de localités corporelles dont l'évaluation qualitative (forme extérieure, perception de la maigreur) et la mesure quantitative (mesures chiffrées des corps) servent à l'édification de « seuils esthétiques de genre » et de « seuils de sexualisation » de l'anorexie. Notons effectivement que le squelette (bassin, sternum, longueur des membres) constitue au XIXe siècle un espace corporel d'observation des variations sexuées, en particulier lors de ses transformations à l'adolescence et avec la puberté (Valois, 2021). Dans notre étude, ces localités corporelles forment pour les cliniciens une voie privilégiée d'examen clinique de l'état général et extérieur des malades, mais aussi d'accès depuis l'extériorité des corps aux dysfonctionnements internes.

Par ailleurs, l'âge civil des individus oriente les jugements cliniques posés sur les corps. Dans la notion « pour son âge » fréquemment évoquée dans les récits cliniques, se lit alors l'usage de l'âge civil comme un étalon de mesure du temps qui passe et de ses effets sur les corps. Les malades observées sont qualifiées par les médecins de particulièrement musclées, maigres, grandes ou encore, et comme nous l'avons déjà souligné, vieilles « pour [leur] âge ». Ce jugement clinique s'appuie sur des caractéristiques physiques particulières, relevées via le « coup d'œil » clinique et l'évaluation perceptive et qualitative des corps, mais aussi via l'application d'un « paradigme mathématique » (Diasio, 2020) où la mise en chiffre des corps

[195] Par exemple, la reprise de poids est associée au retour des menstrues, ou les signes de maigreur sont expliqués par un poids considéré comme faible au regard de la taille et l'âge de l'individu mesuré.

[196] Cf. Infra, partie 1.2 « La photographie médicale comme "pièce démonstrative" ».

et de certaines localités corporelles fixe les individus sur une échelle temporelle de développement. La production de savoirs cliniques sur la question anorexique ne s'appuie donc pas seulement sur l'observation visuelle d'indices physiques extérieurs d'ordre pathologique, mais consiste aussi à associer, dans les publications scientifiques, plusieurs inscriptions (tableaux, listes, photographies) et données numériques, et à leur donner une cohérence clinique et médicale par l'unicité du diagnostic.

Conclusion du chapitre 3 :

Ce chapitre a mis en avant la manière dont les médecins psychiatres et neurologues ont observé et rendu visible l'anorexie à travers un quadrillage expert du corps, dont les lignes et leurs intersections guident le regard clinique, et *a fortiori* l'usage des instruments techniques d'enregistrement et de visualisation des indices corporels. À la fin du XIXe siècle, les psychiatres se réfèrent dans leur expertise médicale et diagnostique aussi bien à leur acuité visuelle qu'à des instruments d'optique comme la photographie, par lesquels ils construisent des « prises » (Bessy & Chateauraynaud, 1993 ; Millepied, 2020) corporelles. L'objectivation des signes cliniques de l'anorexie passe alors autant par l'application d'un « coup d'œil » clinique que par un « corps à corps » avec les patientes. De cette manière, les seuils diagnostiques de l'anorexie s'organisent dans les récits cliniques autour d'une mesure qualitative, sensorielle et perceptive des corps des malades, faisant émerger à l'analyse des « seuils esthétiques de genre » et des « seuils de sexualisation ». Les psychiatres se réfèrent également à des éléments quantitatifs tirés d'opérations de mesure des corps et de données biologiques (température, poids). La cohérence de l'identité pathologique de l'anorexie tient alors à la mobilisation par les médecins d'éléments divers de la réalité, mais tous rendus visibles, condensés et unifiés, par le biais d'inscriptions scripturales, graphiques et iconographiques. Par la comparaison de ces données qualitatives et quantitatives, qu'elles soient numériques, textuelles ou photographiques, les anorexiques apparaissent alors comme des êtres de papiers. Ces inscriptions de l'anorexie, parce que multiples, agissent comme un prisme optique qui d'un côté, décuple les faisceaux d'indices de la maladie qui sont mobilisés par les médecins dans leurs récits cliniques, et qui, de l'autre, unifie tous ces indices sous une identité pathologique stabilisée, faisant ainsi « tenir » (Latour, 1987) l'anorexie en une unité diagnostique.

Chapitre 4 – Pronostiquer l'anorexie : une *chronologisation* de la maladie mentale

Il est courant de chercher à prédire et à anticiper les évènements malheureux, en particulier la maladie, par une exploration des signes et une interprétation du futur tournées vers des actions de modification de l'avenir, ce qui se retrouve à plusieurs égards dans la médecine clinique (Drouin-Hans, 2001 ; Rossi, 2007). Selon le médecin Louis Justin-Besançon, la médecine clinique repose principalement sur un modèle de prédiction de la maladie et des symptômes relevant du jugement pronostique. En 1959, dans la *Revue Des Deux Mondes*, il écrit :

> *« Ainsi, à la fin du Grand Siècle de la médecine, j'entends au* XIXe *siècle, au temps de Dieulafoy, la clinique brille de son pronostic, fils chéri de cette médecine édifiée au chevet du malade, est en bonne place après l'énumération des symptômes et leur interprétation. Nulle époque n'a connu plus parfaite expérience de l'évolution spontanée des maladies, sans oublier aucune de leurs complications. C'est merveille de voir Trousseau décrire chaque forme clinique de scarlatine, de variole ou de dothiénentérie. Tout signe revêt une valeur pronostique autant que diagnostique. Affirmer que le patient est atteint de méningite, d'anémie pernicieuse ou de maladie d'Addison, c'est au même moment prononcer un arrêt de mort* »[197].

Dans ce chapitre, nous allons nous concentrer sur la manière dont le pronostic et le diagnostic de l'anorexie s'entremêlent autour de pratique de *chronologisation* de la maladie mentale et de l'apparition des symptômes au cours de la vie, concernant en particulier l'adolescence.

1. Âge d'apparition et chronologie des symptômes

Dans « Naissance de la Clinique », Michel Foucault montre que le jugement clinique s'organise autour d'un « regard sensible à la différence, à la simultanéité ou à la succession, et à la fréquence » (Foucault, 2015 [1963] : 135) des symptômes et des manifestations biologiques et corporelles. Ce regard clinique est notamment associé à la fin du XIXe siècle à des opérations de mathématisation des corps (Jorland & *al*., 2005), tirant leurs logiques de lois statistiques formulées depuis la fin du XVIIIe siècle autour du hasard et de la probabilité (Desrosières, 1993 ; Hacking, 1990). Cette pensée probabiliste influence largement les conceptions de la maladie en offrant aux cliniciens un outil statistique de calcul des risques de survenue d'une pathologie, mais aussi un modèle d'observation de la répétition d'une succession identique de symptômes

[197] Justin-Besançon, L. (1959). « Le pronostic », *Revue Des Deux Mondes (1829-1971)*, p. 413-422 [en ligne] (page consultée le 23/04/2025) Url : http://www.jstor.org/stable/44598050.

chez différents individus. S'agissant de l'anorexie, comment cette conception probabiliste de la maladie dont les symptômes sont pronosticables mais non déterminés, engage-t-elle la formulation clinique d'une chronologie des symptômes exprimés au cours de la pathologie ? C'est à cette question que nous tentons de répondre dans cette première partie de chapitre.

1.1. Une hiérarchisation temporelle des symptômes

À la fin du Second Empire, la profession psychiatrique est en crise. Son autorité est remise en cause, les médecins perdent du pouvoir et la multiplicité des cadres théoriques empêche une action concertée d'un corps professionnel en pleine déliquescence. Les aliénistes sont amenés dans ce contexte à nuancer leurs divergences théoriques et à légitimer leur existence par la détention d'un savoir commun utile à la société. Selon l'historien Hervé Guillemain, « la situation oblige les psychiatres à démontrer qu'ils possèdent un savoir spécifique des causes de l'aliénation, et à développer un nouveau modèle clinique spécialisé suffisamment crédible pour mettre de l'ordre dans le chaos asilaire » (2018 : 140). Ceci est notamment le cas dès la promulgation de la loi du 30 juin 1838 obligeant chaque département à se pourvoir d'un établissement dédié à l'accueil et au traitement des aliénés, qui sont admis soit en « placement volontaire », soit en « placement d'office », c'est-à-dire par ordre du préfet. Cette loi mène à un accroissement considérable de la population asilaire ainsi qu'à une densification des réseaux asilaires, constituant dès lors en France, selon Nicolas Henckes, « un premier dispositif d'assistance publique anticipant sur les grandes lois d'assistance de la IIIe République » (2009 : 78).

Cette « loi sur les aliénés » de 1838 inaugure surtout une structuration hospitalière du champ psychiatrique organisée autour de procédés bureaucratiques. Les internements sont administrativement prononcés et suivis à travers des certificats, des registres d'entrée, de sortie et d'observation. Dans ce cadre, la classification psychiatrique doit se montrer la plus claire et la plus efficiente possible. Les psychiatres sont ainsi amenés à proposer et à utiliser au quotidien des classifications médicales stabilisées, indispensables à la régulation du flux des malades et à leur répartition dans divers établissements et institutions sanitaires. Face à ce double impératif, celui de redorer le blason de l'aliénisme, et celui d'accompagner les changements législatifs, les aliénistes s'accordent autour d'une classification chronologique des signes cliniques, impactant la régulation médicale et administrative des flux de patients.

Une logique de « tri » médico-administratif

Dans une étude de la mise en place au début du XIXe siècle des « dispositifs de gestion économico-administrative » des hôpitaux et des hospices parisiens, Antoine Ermakoff (2014) identifie quatre critères de discrimination de la population malade et de son orientation vers divers établissements. Il s'agit de l'indigence, du sexe, de la curabilité et de l'âge. Lors de notre enquête, nous avons observé qu'à la Salpêtrière, entre 1890 et 1920, la régulation des internements s'effectue effectivement suivant ces critères. Nous avons toutefois principalement porté notre regard sur trois critères : celui du genre féminin, celui de la durée des symptômes et celui de l'âge civil des individus lors des premiers signes cliniques de la maladie. Le critère de la durée renvoie à la ténacité des symptômes ou à leur perpétuation au cours du temps, et a donc trait à la question de la curabilité. À la Salpêtrière, l'amélioration des symptômes des malades au cours de leur internement conduit les médecins à formuler pour elles une autorisation de sortie. Le parcours de Suzanne Madot[198], une femme internée volontairement dans la division Pinel en est un exemple. Le certificat d'entrée[199] de la malade à la Salpêtrière du 22 mars 1920 rapporte :

> « *Je soussigné médecin de la Salpêtrière certifie que Madot S. âgée de 34 ans […] est atteinte de déséquilibre psychique avec phobies multiples et obsession (n'a pas changé de linge et ne s'est pas lavée depuis le 1er janvier, parce qu'elle prétend ne pouvoir changer de linge que chez sa sœur). Amaigrissement prononcé, déjà internée. Cet état justifie son placement dans un établissement spécial* ».

Le lendemain, le Dr Séglas observe la nouvelle internée. Il écrit dans le certificat d'observation immédiate :

> « *Obsessions et phobies entrainant des troubles de la conduite et des actes déraisonnables ; la malade ne prend aucun soin d'elle, elle ne mange pas, ne se lave pas, ne change pas de linge pendant plusieurs semaines de suite. Très amaigrie* ».

Lors du certificat de quinzaine, le médecin lui diagnostique une « dépression psychique » avec « aboulie, découragement, obsessions et actes bizarres, négligence des soins les plus élémentaires ». Cinq mois après son internement, l'état de Suzanne Madot s'améliore. Elle est considérée comme apte à sortir de l'hôpital. Son certificat de sortie, toujours rédigé par le

[198] Lorsque cela est légalement autorisé, les noms et prénoms des personnes internées sont mentionnés de manière à restituer les trajectoires asilaires et à retracer les parcours personnels. Lever l'anonymisation évite notamment – comme y invite Anatole Le Bras dans son histoire sociale des asiles – de « conforter une vision stigmatisante de la maladie mentale » qu'il faudrait taire (Le Bras, 2024 : 6).

[199] Archives de l'AP-HP : SALP 6R/87 (1919-1921), Registre des observations médicales (division Pinel).

clinicien Jules Séglas spécifie : « [La patiente] est actuellement dans un état mental aussi satisfaisant que possible, et il n'y a plus lieu de la maintenir dans un service d'aliénés. Peut sortir ».

La ténacité des malades à refuser de la nourriture et la persistance de certains symptômes mentaux (par exemple : tentatives de suicide répétées, crises de larmes) conduisent donc parfois les médecins à demander un placement des malades au sein d'unités spécialisées, c'est-à-dire au sein de services hospitaliers ou asilaires dédiés aux malades mentaux présentant des troubles sévères. Jules Tinel relève le cas d'une anorexique prise en charge à la Salpêtrière et menacée « d'être enfermée dans un asile d'aliénés »[200] en raison de la persistance de ses symptômes (mutisme, refus de se nourrir). Les femmes « hystériques épileptiques » sont par exemple pour la plupart envoyées dans des services dédiés, tandis que les débiles et dégénérées jugées incurables sont transférées dans des espaces asilaires consacrés à l'accueil de ces populations de malades, comme « la section des aliénés » de la Salpêtrière ou à Sainte-Anne. De cette manière, le certificat de placement de Marie Bornstetter, âgée de quarante-quatre ans, est rempli en ces termes par me médecin Achilles Souques :

> « *Certificat de placement : Je soussigné médecin de la Salpêtrière certifie que M. Bornstetter née Hechinder est atteinte de troubles mentaux caractérisés par stupeur, mutisme, refus d'aliment et que cet état justifie un placement dans un établissement spécial* »[201].

La durée des symptômes et l'évolution de la maladie sont ainsi des critères chronologiques qui permettent aux médecins de gérer les flux de malades. Les observations cliniques et les diagnostics successifs servent alors une « médecine du tri » (Lachenal & *al*., 2014) qui oriente, déplace, transfère les malades vers différents établissements et services. Ermakoff souligne que « l'opération de triage » en médecine, notamment dans les services hospitaliers de la capitale française, relève au XIXe siècle d'un processus qui « opère une évaluation médicale tout autant que politique, sociale, morale ou économique des individus » (Ermakoff, 2014 : 46). De cette manière, l'âge chronologique constitue un critère de « triage médico-administratif » (Lalanne Berdouticq, 2020 : 442) qui se réfère autant à des normes médicales qu'à des normes législatives et institutionnelles régulant l'accès à certains espaces.

[200] Tinel, J. (1909). *op. cit*., p. 17.

[201] Archives de l'AP-HP : SALP 6R/87 (1919-1921), Registre des observations médicales (division Pinel).

À ce titre, les individus internés dans des services pour enfants sont déplacés à leurs dix-huit ans dans des services d'adultes. Par exemple, la patiente R. Decagne, initialement internée à l'asile de Bicêtre à ses douze ans, est transférée deux ans plus tard à la Salpêtrière. À ses dix-huit ans, le médecin Paul Lauvus la diagnostique « atteinte d'idiotie avec turbulence », et note la présence de comportements d'onanisme. Il souhaite maintenir son internement, mais demande, « en raison de son âge », qu'elle soit « transférée dans un service d'adultes ». C'est également le cas d'une enfant internée en 1911 à l'âge de huit ans à la Salpêtrière pour un « arrêt du développement intellectuel ». Elle est d'abord transférée à l'asile clinique avec comme diagnostic : « arriération mentale et turbulence ». Le 6 octobre 1920, neuf années après son internement initial, Lauvus émet un « certificat de passage aux adultes » dans lequel il précise devoir maintenir son internement, mais préconise, une nouvelle fois, en « raison de son âge », son transfert « dans un service d'adultes ». Les limites d'âge pour un transfert en service d'adultes semblent être placées ici aux alentours des dix-huit ans. S'il ne fait pas l'objet d'une loi précise, les deux exemples cités énoncent l'âge comme la raison principale du déplacement, mais l'un concerne une fille de dix-huit ans tandis que l'autre concerne une fille de dix-sept ans. Cette variation, bien que minime ici, des âges de transfert des enfants dans des services d'adultes, mérite à mon sens, d'être interrogée pour ce qu'elle nous dit de l'articulation entre des seuils d'âges légaux, civils et nubiles en psychiatrie.

Cette borne des dix-huit ans correspondrait chez les filles, selon les discours scientifiques du tournant des XIXe et XXe siècles, à la fin de la période pubertaire. Si la fin de l'enfance est une période aux bornes d'âge variables, la plupart des professionnels médicaux placent en effet la puberté, pour les filles, entre quinze et dix-sept ans[202]. Par ailleurs, si la majorité civile est située au XIXe siècle à vingt et un ans, l'âge nubile est placé à quinze ans pour les filles et à dix-huit ans pour les garçons. En 1804, le code Napoléon stipule en effet que l'âge minimal légal du mariage est de quinze ans pour les filles et de dix-huit ans pour les garçons[203]. Michel Bozon et Juliette Rennes (2015) soulignent que les législateurs justifient cet écart entre l'âge nubile féminin et masculin par une supposée précocité sexuelle des filles par rapport aux garçons. Cette précocité sexuelle est notamment associée à l'observation par les physiologistes des XIXe et XXe siècles de l'apparition des premiers signes de puberté féminine, dont les menstrues (Di Spurio, 2019 ; Thiercé, 1999), avant l'âge des premiers

[202] Voir à ce sujet les exemples présentés dans le tableau des bornes et définitions des âges de la vie en Annexe 3.

[203] Cette distinction de l'âge nubile selon le sexe perdure tous les XIXe et XXe siècles et n'est modifiée qu'en 2006. Voir la loi du 4 avril 2006 « renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs » : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000422042 (page consultée le 14/04/2024).

signes de puberté masculine. Comme nous le verrons en détail plus loin dans cette thèse, certaines inscriptions médicales circulant dans des revues scientifiques ou généralistes participent fortement à légitimer ces seuils d'âge genrés.

Ce point nous amène ici à interroger la puberté comme un « seuil de sexualisation », d'ordre pronostique. En effet, les déplacements et les transferts vers les services d'adultes ont non seulement lieu, selon les écrits, après la phase de puberté des individus, mais engagent aussi un diagnostic spécifique qui semble ne pouvoir être posé qu'après cette période de vie. Le cas de l'hystérie et de son extension aux hommes et aux enfants à la fin du XIXe siècle est d'ailleurs un exemple parlant de cette démarche clinique où l'âge d'apparition des symptômes et leur durée conditionnent le diagnostic posé à l'âge adulte, pendant ou après la période de puberté.

Âge et curabilité de l'hystérie

Au XIXe siècle, l'hystérie cesse d'être associée au seul « sexe féminin ». Le neurologue Jean-Martin Charcot développe à la fin de ce siècle plusieurs travaux autour de l'« hystérie virile » (Molinier, 2016) dans lesquels il affirme que l'hystérie est issue d'un traumatisme dont la force émotionnelle ne dépend pas exclusivement du sexe des individus. Le diagnostic d'hystérie, alors en pleine restructuration, s'avère de plus en plus souvent appliqué, par les psychiatres et neurologues, aux hommes. Dans son étude sur la « nutrition dans l'hystérie » réalisée auprès de malades internés à la Salpêtrière, le neurologue Georges Gilles de La Tourette, accompagné de l'ancien interne en pharmacie Henri Cathelineau, étend ainsi dans le sillage de Charcot la catégorie d'hystérie au sexe masculin. Ensemble, ils affirment :

> « *Ce que nous disons pour les femmes, nous le répétons en ce qui regarde notre service d'hommes ; il demeure donc bien entendu que tout ce que renferme ce travail s'applique aux deux sexes, particularité, que personne, croyons-nous, n'avait envisagé avant les présentes recherches* »[204].

Au sein de la neurologie française de la fin du XIXe siècle, l'hystérie ne constitue donc plus une « maladie utérine », mais se mue en « état mental ». En d'autres termes, le foyer utérin est abandonné au profit d'une maladie mentale induite par un déséquilibre du système nerveux. Avec ce mouvement de redéfinition des seuils sexués et d'âge de l'hystérie, les enfants et même les nourrissons deviennent de potentiels hystériques. Comme l'exprime Gilles de La Tourette,

[204] Gilles de La Tourette, G., Cathelineau, H. (1890). *La nutrition dans l'hystérie*, Paris : Lecrosnier et Babé, p. 9.

bien que l'état hystérique puisse être particulièrement « étudié chez la femme […] il est également applicable à l'enfant et à l'adulte »[205].

À l'issue de la période 1880-1900, « heure de gloire de l'hystérie infantile » (Barbas, 2014), le médecin Paul Bézy[206] publie un ouvrage dédié à l'« hystérie infantile et juvénile » dans lequel il met en lumière la spécificité de cette forme d'hystérie affectant spécifiquement des enfants et des adolescents. L'idée d'une spécificité des maladies infantiles et enfantines n'est pas nouvelle. Claudia Pancino (2021) montre par exemple qu'entre le XVIe siècle et le XVIIIe siècle, l'enfant est la cible de pratiques de soin et d'hygiène spécifiques aux corps enfantins, effectuées par les mères et les médecins. Cette conception de la spécificité de la maladie chez les enfants traverse ensuite tout le XIXe siècle jusqu'à se retrouver clairement chez Bézy, qui dès l'introduction de son ouvrage, affirme :

> « *S'il est des traits communs aux diverses manifestations de la névrose pendant les diverses époques de la vie, on constate, à chaque pas, au contraire, des caractères spéciaux à l'hystérie infantile et juvénile. On peut dire que l'étiologie, les manifestations, le traitement, le pronostic, varient selon l'âge du sujet* »[207].

De cette manière, il met en avant les particularités de nature et de symptomatologie de l'hystérie infantile et juvénile, ce qui le conduit à découper le temps de l'enfance en trois sous-périodes de vie : la première enfance, la seconde enfance et l'adolescence. Durant la première enfance qui correspond à la première année de vie, l'hystérie se manifesterait principalement selon Bézy par des expressions motrices telles des paralysies (jugées plus rares chez les adultes), des contractures ou des strabismes, mais aussi par des troubles digestifs. Durant la seconde enfance, période longue de plusieurs années qu'il place de deux ans à seize ans, les manifestations seraient plus « variées et tend[raient] à se rapprocher avec l'âge de celles de l'adolescence »[208]. De ce fait pour Bézy, le risque de développer de l'hystérie augmente avec l'avancée en âge. Il écrit à cet égard :

> « *L'hystérie peut donc se développer dans la seconde enfance, elle est certainement plus fréquente et plus apparente que dans la première. En est-elle pour cela très fréquente ? Il semble qu'elle soit d'autant plus rare qu'on s'approche de la naissance. Vers l'âge de*

[205] Gilles de La Tourette, G. (1895). « Chapitre onzième. De l'état mental des hystériques », *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* t.1, Paris : Plon, p. 533.

[206] Bézy, P. (1900). *L'hystérie infantile et juvénile*, Paris : Vigot frères.

[207] *Ibid.*, p. 46.

[208] *Ibid.*, p. 51.

cinq ans, les cas deviennent plus nombreux et plus nets, et vont en augmentant de fréquence et de netteté jusqu'à la puberté »[209].

La puberté marque donc la fin de la seconde enfance et l'entrée des individus dans une période de vie hybride, dans un entre-deux situé à cheval entre la vie adulte et la période de l'enfance. Bézy identifie l'hystérie adolescente sur une période allant de quinze ans à vingt et un ans, et l'observe sous deux formes : l'une renvoyant à un ensemble diffus de signes d'hystérie qui se manifestent tout au long de l'adolescence et qui préparent le terrain à l'hystérie adulte ; la seconde renvoyant à des sujets présentant des symptômes hystériques nets qui se sont révélés au moment de l'adolescence et non en amont.

À partir d'un tableau dans lequel il associe l'âge et le sexe des individus lors de l'observation de manifestations hystériques (*cf.* illustration 12, ci-dessous), Bézy émet l'hypothèse « que la névrose peut reparaître chez l'adulte, sous la même forme, ou sous un aspect différent de celui qu'elle avait dans l'adolescence »[210], ce qui ne semble pas être le cas entre l'hystérie juvénile et adulte pour lesquelles les manifestations diffèrent systématiquement[211]. Si les contractures et les convulsions peuvent aussi bien s'observer chez les adolescents que chez les adultes, durant l'adolescence la durée des symptômes et leurs évolutions constituent des éléments temporels particuliers donnant facilement à lire le pronostic de la maladie.

***Illustration 12**. Tableau descriptif d'hystériques présentant des troubles nerveux depuis de début de l'adolescence*

SEXE	AGE DU SUJET EN OBSERVAT.	MANIFESTATION A CE MOMENT	AGE DU DÉBUT	MANIFESTATION AU DÉBUT
—	—	—	—	—
Fille.	17 ans.	Crises avec arc de cercle...	13 ans.	Hallucinations. Rires. Convulsions.
—	16 —	Attaques de contractures et de sommeil	12 —	Tremblements.
—	14 —	Somnambulisme. Crises...	13 1/2	Crises.
—	16 —	Grande crise convulsive ...	12 —	Envie de pleurer. Étouffement.
Garçon.	16 —	Somnambulisme.....	15 —	Somnambulisme.
—	17 —	Crises. Hallucinations	12 —	Crises. Hallucinations.
Fille.	17 —	Aphasie. Crises	14 —	Toux spasmodique.
Garçon.	21 —	Hystérie convulsive.....	14 —	Hoquet persistant.
Fille.	21 —	Attaques convulsives	11 1/2	Attaques convulsives.
—	18 —	Polyarthralgie hystérique .	10 —	Gastralgie. Vomissements

Source : Bézy, P. (1900). L'hystérie infantile et juvénile, Paris : Vigot frères, p. 55.

[209] *Ibid.*, p. 52.

[210] *Ibid.*, p. 56.

[211] Selon Bézy les hystéries infantiles et enfantines se manifestent davantage par des troubles digestifs par exemple.

D'après Bézy, le diagnostic d'hystérie est en partie posé suivant des critères proches de ceux utilisés dans la gestion administrative des flux de malades à la Salpêtrière ; à la confluence de l'âge d'apparition des symptômes et de leur durée. Une telle opération diagnostique relève donc aussi d'une opération pronostique, dans la mesure où ces critères chronologiques permettent de juger de la gravité future de la maladie et de sa persistance. En d'autres termes, chez Bézy, plus l'hystérie se déclare tôt et plus il est aisé de la guérir puisqu'elle aurait moins de chance de se maintenir, ou même de réapparaitre à l'âge adulte. Par contraste, plus les symptômes perdurent et plus l'individu court le risque que l'hystérie persiste à l'âge adulte.

Examiner le passé, prédire l'avenir

Cette appréciation chronologique de l'hystérie et de ses états de gravité à l'âge adulte s'observe également dans l'approche neurologique de la maladie mentale développée par Gilles de La Tourette. Dans le onzième chapitre de son « Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie »[212] dédié à l'état mental des hystériques, il suggère que le cerveau de l'enfant est toujours « en voie d'évolution ». Le psychiatre neurologue rappelle en effet le caractère évolutif du cerveau enfantin, qui est selon lui « très mobile ». De ce fait, les enfants, « à l'inverse des adultes, guérissent le plus souvent, de la névrose »[213]. Autrement dit, le « développement des facultés cérébrales » dû à la maturation physique et organique amenuiserait au fil du temps la maladie. Au contraire, chez les adultes, pour qui le cerveau ne se modifie plus, les accidents cérébraux[214] persisteraient et seraient plus difficilement remédiables. En somme, selon une approche neurologique, c'est parce que l'hystérie serait nichée dans la matière cérébrale – jugée particulièrement plastique chez les enfants en plein développement – qu'elle se fixerait principalement à l'âge adulte, c'est-à-dire chez les individus pour qui la matière cérébrale est médicalement jugée plus stable et moins mobile en raison de l'âge. Cette explication développementale de la curabilité de l'hystérie infantile s'appuie notamment sur les travaux de Charcot affirmant que l'hystérie revêt durant l'enfance, dans la majorité des cas, un « caractère transitoire ». Pour Gilles de La Tourette, ce caractère s'exprime dans le fait que dès lors « [qu']on étudie les antécédents personnels des hystériques adultes, on voit combien rarement l'hystérie chez eux a débuté avant l'adolescence »[215]. Autrement dit, la malléabilité du cerveau enfantin empêche dans la plupart des cas l'installation durable d'un état hystérique. Lorsque les

[212] Gilles de La Tourette, G. (1895). *op. cit*., p. 486-555.

[213] *Ibid*., p. 545.

[214] Proche de Jean-Martin Charcot auprès de qui il œuvre à la Salpêtrière, Georges Gilles de Le Tourette considère lui aussi l'hystérie comme un trouble neurologique principalement niché dans l'activité cérébrale et nerveuse.

[215] *Ibidem.*

adultes présentent de l'hystérie, cela ne résulterait donc pas d'un état mental de longue date, mais au contraire d'un état qui se serait majoritairement révélé à l'âge adulte, au plus tôt durant l'adolescence.

À la fin du XIXe siècle, l'âge d'apparition des premiers signes cliniques de la maladie mentale conditionne ainsi pour les médecins le pronostic de la maladie. Autrement dit, l'examen du passé de l'individu permet aux médecins de prédire son avenir. L'examen de l'histoire du sujet malade constitue dans cette perspective une voie privilégiée pour distinguer et diagnostiquer les pathologies nerveuses et mentales. L'identification de la période de vie durant laquelle certains signes cliniques[216] ont fait leur apparition permet par exemple à certains psychiatres comme Jean-Baptiste Buvat de distinguer l'« anorexie hystérique » de l'« anorexie psychasthénique ». Il est écrit dans un résumé du travail de Buvat publié dans *La Presse Médicale* :

> « *En présence d'un anorexique, l'anamnèse et l'habitus extérieur permettent de le classer soit parmi les hystériques, soit parmi les psychasthéniques. L'anorexique psychasthénique a traversé depuis son passé le plus lointain, presque depuis la deuxième enfance, des crises phobiques obsédantes et parfois impulsives : la puberté en a été le plus souvent témoin. Ces crises peuvent varier à l'infini ; elles se succèdent de loin en loin, séparées par des intervalles de santé à peu près parfaite, sans se ressembler ; elles ont un caractère commun : elles s'accompagnent dans leur évolution d'un état de dépression mélancolique à peu près constant et de phénomène d'angoisse. Tout au contraire, l'hystérique est inconscient au début, glisse sans s'en douter vers la cachexie, refuse les aliments tout en se donnant l'air de les accepter […]. À la période d'état, la dépression est très marquée chez les deux malades, mais la dépression mentale existe surtout chez le psychasthénique* »[217].

Cet extrait met en lumière le travail de *chronologisation* de la maladie mentale induite par l'anamnèse ainsi que par la mise en récit de l'évolution des signes cliniques au cours du temps. Quel que soit le diagnostic, la maladie s'installe avec fracas ou à bas bruit, avant de s'intensifier lors de la « période d'état ». Bien qu'inconstante dans ses expressions, la maladie mentale est néanmoins appréhendée suivant un temps linéaire, où chaque période de crise ou d'accalmie est en rupture avec la période précédente. Cette pensée chronologique amène surtout les

[216] Je différencie ici les symptômes des signes cliniques. Les premiers désignent ce qui est perçu et verbalisé de la maladie par les patientes ; les seconds désignent ce qui est objectivé par le regard médical et qui ne se réfère pas toujours au vécu subjectif des malades. Faire l'histoire biologique des malades revient donc, pour les médecins, non seulement à déceler les symptômes, mais aussi à identifier les signes cliniques, en tant que faits pathologiques ou pathogènes parfois non considérés comme tels par les patientes.

[217] Laignel-Lavastine, M. (1905). « Neurologie et psychiatrie : J.-B. Buvat. L'anorexie psychasthénique (Gazette des hôpitaux, 11 mai 1905, p.639) », *La Presse Médicale*, n°49, Masson et Cie, p. 392.

médecins à penser la maladie sur un temps long. Celui, d'un côté, générationnel, accessible via l'hérédité des caractères et des tares et celui, de l'autre, individuel, relatif aux périodes de vie allant de la naissance à la mort. Suivant cette double *chronologisation* tirée des savoirs produits autour de l'évolution et du développement humain, l'enfance est en médecine la période de tous les espoirs de résorption des maladies par la maturation physique et organique. Mais l'enfance est aussi la période de vie à laquelle les médecins psychologues et psychiatres du développement se réfèrent, à l'orée du XXe siècle pour explorer la genèse des troubles mentaux et leur évolution au cours du développement.

1.2. La « responsabilité pathologique » de l'enfance

Durant la seconde moitié du XIXe siècle, les psychiatres français hissent l'hérédité au rang de principe général explicatif de la folie (Coffin, 2003). Le neurologue Jean-Martin Charcot considère à ce titre l'hystérie comme une maladie héréditaire, causée par la dégénérescence du système nerveux. L'anorexie, d'abord attachée à l'hystérie est, elle aussi, interprétée dans ses premiers temps d'apparition symptomatique comme une dégénérescence nerveuse résultant de l'activation d'un caractère hérité. De cette manière, les médecins psychiatres, neurologues et psychologues se mettent, lors des consultations médicales, en quête des tares héréditaires pouvant expliquer la manifestation de l'anorexie. Pour cela, ils s'appuient sur les déclarations des patientes ainsi que sur celles de leurs parents, ou bien se réfèrent aux connaissances acquises par les médecins de famille concernant de possibles tares générationnelles.

L'influence du milieu de vie

Jean-Christophe Coffin (1994, 2003) montre que les débats autour de l'hérédité servent plus largement au XIXe siècle de cadre explicatif à l'organisation de la société et aux inégalités sociales. La question de la transmission est par exemple au cœur du mouvement littéraire naturaliste formalisé par l'écrivain Émile Zola, avec la série d'ouvrages sur les Rougon-Macquart. Dans cette série, Zola retrace au fil des romans la généalogie d'une famille du Second Empire frappée de dégénérescence, les tares s'aggravant au fil des générations et au contact d'un environnement citadin et industriel facilitant les « mauvaises mœurs ». Dans cette même perspective, les recherches de tares héréditaires familiales donnent lieu en psychiatrie à une description des comportements déviants ou des troubles mentaux et névropathiques qui seraient survenus auparavant chez les parents (père/mère, fratrie, grands-parents) des patientes.

Concernant les cas d'anorexie, les médecins spécifient dans leurs observations cliniques la présence dans la famille des patientes d'un « père alcoolique », d'une tante atteinte de « sclérodermie », d'une mère « névropathe » ou ayant « des points ovariens », d'une sœur « psychopathe exhibitionniste », ou encore d'un « oncle mort en prison ». Certains cliniciens vont même jusqu'à créer des tableaux héréditaires[218] prenant la forme d'un arbre généalogique. Ils y transcrivent le lien de parenté entre la malade et les membres de la famille présentant des traits psychiques jugés pathologiques. Toutefois, il ne s'agit pas seulement de retracer l'hérédité familiale, mais aussi de déceler les signes lointains d'une prédisposition des individus à l'anorexie, qui serait explicable en certains points par le milieu familial et de vie.

Les cliniciens rapportent ainsi au début de leurs observations de cas la profession des patientes, celle de leurs parents (cultivateurs, militaires), qualifient leur lieu de vie (campagne, ville) ou encore décrivent leurs habitudes et activités quotidiennes. Ils constituent parfois – à l'image des grandes enquêtes sociales mises en place tout au long du XIXe siècle à la suite des monographies familiales de Frédéric Le Play – des portraits sociologiques, et mettent en avant les causes sociales impliquées selon eux dans l'apparition de l'anorexie. La pauvreté est par exemple citée par Jules Dejerine ou par Jules Tinel comme une cause d'anorexie mentale chez des individus se privant de nourriture pour des raisons économiques, et qui en viennent, par excès de privation, à ne plus pouvoir se nourrir. À ce sujet, Noguès souligne la nécessité clinique de différencier l'« anorexie sociale » de l'« anorexie mentale vraie », le premier cas renvoyant à une anorexie d'origine matérielle et le second à une anorexie d'origine mentale. Se rejoue ici la distinction évoquée en amont à partir des travaux de Dejerine, Gauckler et Tinel, entre l'anorexie « secondaire » d'origine organique et l'anorexie « primaire » tirant ses causes des processus mentaux des individus, et devrions-nous ajouter maintenant, des réactions mentales à certains évènements de vie.

De l'hérédité à la prédisposition constitutionnelle

La prédisposition de certains individus à certaines pathologies mentales cesse à la fin du XIXe siècle d'être seulement comprise comme une hérédité dégénérative, en renvoyant davantage à la « constitution » des individus. Jean-Christophe Coffin (2003 : 238) explique que dès les années 1900, la notion de constitution « devient progressivement le synonyme d'un état

[218] Voir en Annexe 32 et Annexe 33 des exemples de tableaux héréditaires respectivement constitués par Jean-Martin Charcot et Pierre Janet.

psychologique dominant l'individu et dont l'origine est considérée comme héréditaire ou relevant d'une prédisposition dont la cause est inconnue dans le détail ». L'investigation des antécédents héréditaires est ainsi complétée par la constitution du profil psychologique réalisé à partir de l'histoire du sujet. Dès leur plus jeune âge, les anorexiques feraient preuve de perfectionnisme, d'entêtement ou encore de grande tristesse. Paul Sollier décrit ainsi en ces termes l'anorexie mentale : « Cette affection ne s'observe que chez de jeunes sujets du sexe féminin. La prédisposition mentale héréditaire, se manifestant dès l'enfance par un caractère spécial, parait en être la cause principale »[219].

Dès les premiers tableaux cliniques de l'anorexie hystérique proposés par Ernest-Charles Lasègue[220], la famille constitue un milieu « moral », dont les mauvaises influences expliqueraient l'adoption par les filles de comportements pathologiques. Le milieu familial est dès lors souvent présenté comme pathogène, notamment lorsque les parents sont dits âgés. Par exemple, pour le psychiatre Edgar Bérillon, « l'anorexie des adolescents » serait « une maladie spéciale aux enfants gâtés ou aux filles uniques »[221]. Cela serait, selon lui, d'autant plus le cas lorsque les filles sont élevées par leurs grands-parents, ou bien par des mères de « milieu aisé », qui portent une attention qu'il juge exagérément soutenue à la santé et l'alimentation de leurs filles. De cette même manière, les spécificités comportementales observées durant l'enfance sont aussi parfois expliquées par le laxisme des parents vis-à-vis de leur fille. Par exemple, Georges Noguès remarque chez une anorexique :

> « *À part la rougeole qu'elle a eue à huit ans, Mlle M. C… s'est toujours bien portée et semble avoir vécu normalement jusqu'à l'âge de douze ans. À ce moment, son caractère devint maussade : ayant été très gâtée par des parents qui subissent sans incrimination, toutes ses fantaisies, elle devient capricieuse et volontaire* »[222].

Cet intérêt pour les configurations familiales émane ici autant de la transformation des relations parents-enfants qui ont lieu tout au long du XIXe siècle, que de la transformation de la place occupée par l'institution familiale vis-à-vis de la psychiatrie. La famille est en effet perçue à la fin du XIXe siècle, dans le sillage des théories autour de l'hérédité comme la « source » émotionnelle de la maladie mentale (Carpentier, 2001), induite notamment par de fortes

[219] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (1895). « Communication diverse, L'anorexie mentale, Paul Sollier », *La Presse Médicale*, Volume d'annexes, n°8, p. 209.

[220] Lasègue, E.-C. (1873). « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, 6e Série, n°21, p. 399.

[221] Bérillon, E. (1909). « L'anorexie des adolescents — Particularités mentales et traitement psychologique », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, juillet, 24e année, n°1, p. 48.

[222] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 149.

relations affectives nouées entre les membres d'un même noyau familial. Ces larges transformations vont conduire les parents à jouer un rôle spécifique dans l'observation des maladies de leurs enfants, de pair avec les médecins.

Un regard parental et médical panoptique

Selon Michel Foucault (1999), le contrôle parental des conduites déviantes enfantines ayant lieu à l'intérieur de la famille s'organise en miroir du contrôle médical externe, si bien que la relation qui s'établit entre les parents et l'enfant rejoue les relations établies entre le médecin et ses patients. En pratique, les parents surveillent au quotidien les conduites des enfants afin de déceler le moindre signe de déviance, notamment sexuelle. Mais il s'agit aussi pour eux d'envoyer, le cas échéant, leurs enfants chez le médecin. À cet effet, Julie Redouté, la patiente d'Édouard Brissaud et d'Achille Souques, atteinte selon eux d'un « délire de maigreur », est amenée par sa mère au service de consultation de la Salpêtrière. Ce cas n'est pas isolé et plusieurs récits cliniques mentionnent des parents effrayés et inquiets par la maigreur de leurs filles, qu'ils amènent en consultation dans des cabinets privés ou à l'hôpital.

Cette dialectique entre les institutions familiale et médicale tend à placer les parents, et surtout les mères, dans une relation de forte coopération avec les médecins. Dans son analyse des carnets de santé en France et en Europe, l'historienne Catherine Rollet (2008) montre que la coopération des mères et des praticiens du soin remonte à la fin du Second Empire, et s'intensifie au rythme du déploiement des idées pasteuriennes. Avec la densification des politiques sanitaires et mesures prophylactiques impulsées par l'État en faveur de la petite enfance, les hygiénistes et pédagogues, inquiets ou curieux du sort des futurs citoyens et citoyennes, exigent des mères qu'elles notent le moindre détail des faits quotidiens de leur progéniture. Ces dernières sont ainsi incitées à consigner toutes les manifestations corporelles de leur bambin telles que la voix, le langage, la toux, les vomissements, les temps d'éveil, de sommeil, ou encore les urines. Le médecin et pédagogue Jean-Baptiste Fonssagrives suggère même aux mères de noter l'époque d'apparition de la vingtième dent. L'engouement hygiéniste pour ces notations de données corporelles et temporelles cristallise selon Rollet les rapports de pouvoir entre les mères, ultimes décisionnaires de ce qui sera noté ou oublié, et les médecins, qui par ces écrits étendent leur regard à des phénomènes et des situations qui leur seraient autrement inaccessibles. Surtout, la diffusion d'un carnet de santé – bien qu'initialement réservé aux classes bourgeoises lettrées puis généralisé à toute la population au début du XXe siècle – renforce l'exigence du regard médical auprès des observatrices du quotidien. Pourvoir des soins

à l'enfant se couple alors à une pratique d'observation minutieuse relevant d'un biopouvoir. Rollet (2008 : 20) affirme à cet égard :

> « *L'idée est donc de modeler, de formater, d'ordonner le comportement des mères de façon à ce que ces dernières servent effectivement l'intervention médicale : il y a là une entreprise très certaine de contrôle et d'observation des corps, à la manière dont Jacques Donzelot met en lumière la mise en place dès le XVIIIe siècle d'une "police des familles" et dont Michel Foucault analyse l'émergence d'un biopouvoir, d'un nouveau mode de gouvernement de la population, "dans sa naturalité même"* ».

La notion de « police » est en effet utilisée par Jacques Donzelot suivant une perspective foucaldienne, et renvoie dans son œuvre non pas à des pratiques disciplinaires et répressives, mais bien à des techniques sécuritaires rassemblant « toutes les méthodes de développement de la qualité de la population et de la puissance de la nation » (Donzelot, 2005 : 12). La famille, sorte de « matrice du social », est alors le premier lieu de formulation aux XVIIIe et XIXe siècles de nouvelles connexions d'ordre « sécuritaire » (Foucault, 2004b), entre la médecine et l'État.

Dans le cadre de notre objet d'étude, l'anorexie, ces nouvelles connexions influencent, par le biais de l'entretien de la mémoire maternelle et de son écriture dans les carnets de santé, la circonscription d'un modèle développemental de la maladie. Par ce regard intime, les médecins accèdent plus facilement à des informations sur l'évolution et les événements de vie traversés par les patients. Dès lors, les tares des aïeuls et parents, transmises de manière héréditaire à leurs descendants, ne sont plus les seuls éléments explicatifs de la filiation de la folie. Les évènements de vie biologiques (maladies, infections), émotionnels (mort d'un parent, traumatisme) ou sociaux (conditions de vie) rencontrés durant l'enfance sont également considérés comme des éléments de prédisposition des individus à la maladie mentale. Le regard clinique porté sur la maladie mentale dépend dès lors de la création et de la transmission d'une mémoire parentale, centrée autour des évènements survenus durant les premières années de vie.

Cette « responsabilité pathologique » de l'enfance (Foucault, 1999 : 227) façonne aussi bien les premières théories psychanalytiques, à la toute fin du XIXe siècle, par la théorisation de la sexualité psychique enfantine et de l'influence des configurations de la famille nucléaire sur la psyché (Becchi, 1998b), que l'avènement d'une « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995) soucieuse d'observer les individus dans leur quotidien pour y déceler rapidement l'apparition d'anormalités. Cette médecine se décentre de cette manière du pathologique, en faveur d'une évaluation continue des conduites et de leurs variations potentiellement pathologiques. Ceci contribue à déplacer la source du pathologique, en faisant du milieu de vie

(profession, alimentation, habitudes) la principale cause de la maladie, qui est toujours à redouter.

La « médecine de surveillance » s'étend spécifiquement à l'espace familial et domestique. La famille nucléaire, organisée autour d'une cellule familiale, se mue au XIXe siècle en un « espace de surveillance continu » de l'enfant (Foucault, 1999 : 231). L'historienne Joan Brumberg (2000) montre à ce titre que la configuration familiale nucléaire a joué un rôle majeur dans l'observation des comportements anorexiques chez les filles de classes aisées à l'époque victorienne. Le renfermement de la cellule familiale sur elle-même oriente fortement le regard des adultes, notamment des mères ou des domestiques, vers les conduites alimentaires quotidiennes des filles. De la même manière, ce regard panoptique facilite l'observation des comportements alimentaires restrictifs jugés pathologiques. Il est tout aussi difficile pour les filles de ces familles de voler du pain dans la cuisine, que de se débarrasser en cachette de la nourriture non consommée lors des repas. Cet élément concernant le milieu familial et ses configurations socio-spatiales suggère également que la classe sociale joue, à la fin du XIXe siècle, un rôle majeur dans l'observabilité de l'anorexie chez les filles. À cet égard, Muriel Darmon souligne qu'en France, dès les années 1870, les anorexiques sont principalement observées au sein des « familles respectables ou bourgeoises » (2001 : 52). Dans ces familles, la nourriture abonde mais la restriction alimentaire est peu valorisée, ce qui amène les parents en accord avec les médecins à percevoir le jeûne de leurs filles comme un comportement inquiétant.

La variable de la classe semble toutefois ici à nuancer au regard des observations cliniques de cas d'anorexie qui sont issues de consultations « ouvertes » dédiées aux populations modestes, menées aux Enfants malades ou à la Salpêtrière[223]. En d'autres termes, à la fin du XIXe siècle, ce ne sont pas seulement les mères de « bonne famille » qui s'inquiètent de l'état de santé de leur fille et les envoient auprès de médecins, mais ce sont aussi les mères de classes plus modestes qui se rendent avec leur progéniture aux consultations ouvertes des hôpitaux. Nous pouvons ici supposer que ces inquiétudes médicales pour la maigreur des adolescentes se superposent aux angoisses de l'époque quant à la phtisie et à son installation dans les corps faibles. Par ailleurs, et comme le suggère Agnès Thiercé (1996), le temps de l'adolescence s'étend dès les années 1880 à toute une « classe d'âge ». Dès lors, le regard parental et médical

[223] Pour des exemples de lieux de consultation et d'hospitalisation, voir le « Tableau de cas cliniques » en Annexe 2.

sur cette période ne se restreint donc plus aux populations bourgeoises[224] puisque l'adolescence serait une période de vie communément traversée par tous les individus. Cette période demanderait néanmoins chez les filles une surveillance particulièrement rapprochée de la part des médecins et des éducateurs.

Pour Edward Shorter (1987), il est possible de lire l'émergence de l'anorexie nerveuse et de ses symptômes à l'aune de la constitution d'une famille moderne (« *modern family* »), qui se resserre à la fin du XIXe siècle sur les enfants, lesquels, pour y échapper, adoptent des signes de souffrance reconnus à cette époque dans le champ médical (en particulier les douleurs gastriques). Le regard parental, en écho au regard médical, participerait donc à la fin du XIXe siècle à faire des manifestations de l'anorexie la caisse de résonance de l'adolescence, entendue comme une période de révélation des caractères héréditaires et des prédispositions pathologiques, mais aussi comme un temps privilégié de résistance des enfants à la surveillance des adultes.

2. L'adolescence, période d'apprentissages et de conflits

Nous venons de montrer que les temps de l'enfance et de l'adolescence constituent des périodes de bascule dans l'identification médicale de l'anorexie au tournant des XIXe et XXe siècles. À cet effet, la figure de l'anorexie dressée par Lasègue – celle d'une « jeune fille entre quinze à vingt ans [qui] éprouve une émotion qu'elle avoue ou dissimule »[225] – trouve un large écho dans la conception de l'adolescence féminine comme période critique durant laquelle les filles seraient enclines à certains troubles alimentaires. Cette conception favorise notamment la diffusion d'ouvrages de vulgarisation dédiés à l'éducation alimentaire des « jeunes filles ».

2.1. L'éducation alimentaire des adolescentes : les ouvrages de vulgarisation

Sous la IIIe République française, la vulgarisation scientifique et technique connaît un véritable essor (Vautrin, 2018). L'activité scientifique ne cessant de croître, son application devenant de plus en plus concrète pour la population, les ouvrages et revues de vulgarisation se multiplient à mesure que le grand public se montre avide de connaissances. Cet essor offre un espace médiatique aux scientifiques et savants pour consolider leurs réseaux et étendre leur

[224] Le critère de la classe sociale et son influence dans la production des seuils diagnostiques de l'anorexie sont interrogés plus largement dans le dernier chapitre de ce travail consacré aux espaces thérapeutiques. Cf. Chapitre 8 « Des maisons de santé aux services ouverts ».

[225] Lasègue, E.-C. (1873). *op. cit.*, p. 388.

influence[226]. Ce déploiement suivra par ailleurs le mouvement plus global de démocratisation de la presse générale, avec la constitution du métier de journaliste scientifique (Huard, 1963) et son corollaire, celui de vulgarisateur. Dans ce contexte, certains éditeurs comme la maison d'édition *Masson et Cie* se spécialisent dans la publication d'ouvrages éducatifs et de sciences médicales. En vue d'asseoir leur légitimité sociale, les médecins diffusent dans la presse des préconisations hygiéniques et des savoirs médicaux s'appuyant sur une approche prédictive de la maladie.

Alimentation féminine et hygiène domestique

Avec la réduction drastique de l'illettrisme sous la III[e] République, se multiplient les manuels éducatifs et les ouvrages de vulgarisation à destination des mères et des filles, portant sur l'alimentation ou dédiés à la question de la sexualité des jeunes filles. Les ouvrages éducatifs d'hygiène domestique explicitent la manière dont la nutrition féminine, par excès ou manque alimentaire, est associée à des maux évitables par une rigueur hygiénique et une bonne éducation. Dans certains cas, ces manuels circulent dans le cadre scolaire, comme pour le « Guide pratique de la vie usuelle à l'usage des jeunes filles »[227] de l'écrivaine Clarisse Juranville. Il est spécifié en couverture que l'ouvrage est « inscrit sur la liste des livres fournis gratuitement par la Ville de Paris à ses écoles communales et porté sur la plupart des listes départementales ». La diffusion de ces manuels d'instruction est notamment renforcée dès les années 1880, par la loi d'obligation scolaire élargissant l'accès à l'instruction publique. Le programme scolaire publié en 1882 dans le *Journal officiel* prévoit ainsi pour les filles de onze à treize ans la transmission de « notions très simples d'économie domestique et d'application à la cuisine, au blanchissage et à l'entretien du linge, à la toilette, aux soins du ménage, du jardin, de la basse-cour » [228]. En 1879, Juranville rapporte que la Ville de Paris compte six écoles de jeunes filles dédiées à l'instruction « professionnelle et ménagère ». En dehors de l'espace parisien, les historiennes Mathilde Dubesset et Michelle Zancarini-Fournel (1993) rapportent une demande de subvention réalisée en 1909 auprès de la mairie de la ville de Saint-Étienne, par la directrice d'une école primaire jugeant indispensable la mise en place de cours domestiques féminins. Dans les années 1910, l'enseignement domestique délivré aux « futures ménagères » est fortement recommandé par les groupes hygiénistes, en tant que levier de lutte

[226] Ce point a notamment été développé dans la présentation des sources étudiées. Cf. Chapitre 1, partie 1.4 « Une entrée privilégiée par les publications médicales et scientifiques ».

[227] Juranville, C. (1879). *Le savoir-faire et le savoir-vivre dans les diverses circonstances de la vie : guide pratique de la vie usuelle à l'usage des jeunes filles*, Paris : A. Boyer.

[228] Journal officiel de la République française. (1882). « Programmes – Education physique et préparation à la vie professionnelle, 5° travaux manuels (pour les filles) », *Lois et décrets,* p. 4164.

contre la tuberculose. Landouzy et Labbé promeuvent ainsi l'éducation des filles aux normes de l'hygiène alimentaire, en la présentant comme l'une « des meilleures sauvegardes de la santé morale et physique du pays »[229]. La diffusion dans l'espace scolaire de l'éducation domestique – et avec elle la multiplication des manuels, guides pratiques, articles de presse et ouvrages de vulgarisation d'hygiène alimentaire – favorise ainsi sur le territoire métropolitain la transmission de savoirs et savoir-faire féminins spécifiques à l'alimentation.

Dans une perspective de prophylaxie sanitaire, s'ajoutent dans ces ouvrages, aux prescriptions alimentaires générales, des prescriptions alimentaires individuelles relatives au fonctionnement des organismes et à leurs activités physiologiques spécifiques, en fonction de l'âge et de l'état du cycle menstruel. En tant qu'aliment calorique, la viande y est par exemple considérée comme un excitant. Elle est tantôt conseillée, tantôt déconseillée aux femmes « nerveuses », selon la nature de leur trouble. La doctoresse Marie Schultz estime ainsi : « Chez les nerveuses excitées, le régime végétarien, s'il est supporté, agit comme modérateur puissant. Il est alors recommandable »[230]. Lorsque le régime végétarien n'est pas préconisé, le choix des viandes et de leur cuisson doit être effectué selon les périodes de la vie (puberté, ménopause, grossesse) ou l'état du cycle menstruel (dysménorrhée, aménorrhée)[231]. La viande grillée, considérée comme plus digeste, est conseillée chez les personnes neurasthéniques, le plus souvent les femmes et les enfants. À la puberté, c'est l'adoption d'un « régime substantiel » et d'une « suralimentation » qui permettrait de modérer l'excitation nerveuse résultant d'un état de faiblesse. Joan Brumberg (2012) évoque également ces prescriptions différenciées des viandes selon l'état de santé des filles. Elle remarque que certaines femmes adoptant des comportements alimentaires restrictifs au XIXe siècle retirent aisément la viande leur alimentation, en raison de l'association de cette denrée à une alimentation chaude. En étant considérée comme un aliment hautement productif de chaleur (« *heat-producing food* »), la chair animale est en effet réputée pour son pouvoir de stimulation de la production de sang, de graisses et de passions (Brumberg, 2000 : 173). Pour cette raison, elle souligne que les médecins britanniques de l'époque victorienne prescrivent aux adolescentes non réglées, à l'âge de seize ou dix-sept ans, l'ajout

[229] Landouzy, L., Labbé, H. & Labbé, M. (1905). *Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens : Ce qu'elle est : irraisonnée, insuffisante, insalubre, dispendieuse ; ce qu'elle pourrait être : rationnelle, suffisante, salubre, économique*, Enquête présentée à la IVe section du Congrès international de la tuberculose (2-7 octobre), Paris : Masson, p. 71.

[230] Schultz, M. (1903). *Hygiène générale de la femme, alimentation, vêtements, soins corporels, d'après l'enseignement et la pratique du Dr Auvard,* Paris : Doin, p. 67.

[231] De manière générale, le régime végétarien qui est promu en France et en Belgique par des médecins et hygiénistes rassemblés en sociétés savantes, gagne des adeptes au début du XXe siècle (Hondermarck, 2022). Cette promotion est relayée dans des journaux féminins où certains articles recommandent aux femmes d'adopter une alimentation végétarienne, notamment à des fins esthétiques. Un article est par exemple reproduit en Annexe 34.

de la viande à leur alimentation, afin d'activer les fonctions génitales et la ménarche. Plusieurs médecins soulignent cependant, en Grande-Bretagne ainsi qu'en France, le dégoût fréquent des jeunes filles pour cette denrée. Les adolescentes tenteraient par tous les moyens d'éviter la consommation de viande, ce qui aurait tendance à favoriser chez elles, à terme, des états de langueur induits par l'installation d'une anémie ou d'une chlorose[232]. L'observabilité de l'anorexie émergerait alors d'une relation éducative et familiale spécifique qui serait le support à l'adolescence de conflits et de rapports de pouvoir entre les filles, leur famille et les médecins. Comme nous allons le voir maintenant, cette lecture conflictuelle de l'anorexie repose en France sur une approche médicale et pronostique des âges de la vie, qui s'articule à une *chronologisation* des symptômes de la maladie.

Les éphémérides médicales d'Ernest Monin

Dans une allocution prononcée lors de la « réunion amicale de la presse scientifique » du 17 avril 1893, le médecin et journaliste scientifique Ernest Monin[233] défend la vulgarisation scientifique. Il la présente notamment comme un levier puissant de diffusion des savoirs médicaux auprès d'une population qu'il juge encore fortement soumise à l'influence du charlatanisme :

> « *La vulgarisation médicale bien faite remontera la foi du malade en la médecine et lui suggèrera de guérir : en montrant au client ce que fait le médecin et pourquoi il le fait, nous enseignons à la masse l'importance de l'art médical et nous consolidons, pour ainsi dire, le respect de nos prescriptions. […] Le public, d'ailleurs (dans toutes les castes sociales), a grand besoin d'être un peu éclairé sur notre science, quand ce ne serait que pour échapper aux griffes des sorciers, qui font, de l'argent des sots, leur patrimoine quotidien, en dépit de toutes les lois Chevandier passées, présentes et à venir* »[234].

Ici, la défense de la loi Chevandier, initialement déposée sous forme de projet de loi par le député et médecin Antoine-Daniel Chevandier en 1875 (Tabuteau, 2010), et finalement promulguée le 30 novembre 1892[235], s'articule dans le discours de Monin au souci de s'assurer que les prescriptions médicales soient respectées par les malades. L'importance du strict suivi

[232] La chlorose désigne un type d'anémie se déclarant principalement chez les filles, au moment de l'adolescence. Les relations entre anorexie et chlorose sont abordées plus en détail dans le chapitre suivant. Cf. Chapitre 5. Partie 2.2. « Les mauvaises fatigues », *Épuisement nerveux et état chlorotique.*

[233] Monin est un médecin vulgarisateur prolixe ayant beaucoup écrit au sujet de l'hygiène générale ou de l'hygiène féminine et alimentaire.

[234] Monin, E. (1893). *La Vulgarisation médicale, allocution prononcée le 17 avril 1893, par le Dr E. Monin, président du CLIe banquet de la Réunion amicale de la presse scientifique*, p. III.

[235] La mention de la loi Chevandier : « *Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine* », a notamment apaisé les conflits entre médecins officiels et non officiels, les premiers percevant les seconds comme une concurrence déloyale sur le marché de la santé et du soin.

des prescriptions fournies par les médecins suppose que ces dernières ne reposent ni sur le magique, ni sur la croyance, mais sur un ensemble de savoirs et de connaissances précises. La notion de « science » utilisée par Monin lui-même pour définir la médecine, enracine les pratiques et prescriptions médicales dans une démarche positive. Monin s'oppose néanmoins à une démarche qu'il qualifie de « scientiste », et qui minimise selon lui les apports de la clinique. Il déclare dans son discours :

> « *N'oublions pas que notre science a pour destinée de tendre idéalement à devenir exacte, mais sans jamais parvenir à être autre chose qu'un calcul de probabilités ! L'introduction en médecine des nouvelles méthodes a évidemment comblé un grand vide : mais n'en a-t-elle pas creusé un autre, par suite de la négligence dédaigneuse que les modernistes apportent à l'étude des symptômes cliniques, devenus pour eux terre-à-terre, surannés, vieux-jeu ? En vérité, si admirateur que je sois du progrès, je doute que les acquisitions contemporaines compenseraient, pour les malades, ce reniement de l'observation symptomatique, s'il devait se prolonger !* »[236].

Parce qu'ils donnent une place importante au symptôme comme signe clinique d'un corps qu'il faut redresser par l'hygiène, les ouvrages de vulgarisation s'opposent à la scientifisation de la médecine telle que critiquée par Monin. Il est intéressant de noter que le médecin explicite ici le caractère probabiliste d'une nouvelle science médicale, qu'il veut clinique. Aussi scientifique soit-elle, l'accumulation de savoirs médicaux ne pourrait, selon Monin, donner suite à des connaissances exactes et certaines. Elle permettrait néanmoins l'édification de lois cliniques basées sur la probabilité, entendue comme une fréquence d'apparition d'un phénomène, ainsi que la constitution de pronostics utiles à la nosographie médicale et psychiatrique. On retrouve d'ailleurs dans ce discours l'ambigüité soulevée par Michel Foucault (2015 [1963]) entre une science clinique basée dès la fin du XVIIIe siècle sur la description, et une légitimation de cette science par la quantification statistique des phénomènes. L'approche statistique de la maladie est ce qui guide Monin dans l'écriture de guides médicaux et d'ouvrages de vulgarisation autour de l'hygiène au travail, de l'hygiène quotidienne ou encore de l'hygiène alimentaire et féminine. Surtout, l'évaluation clinique des états pathologiques par la fréquence d'apparition de certains symptômes laisse une large place à la production d'une « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995) organisée autour de la diffusion de pratiques de santé rapportées aux divers âges de la vie. En effet, c'est toute une posture médicale de gestion des conduites ordinaires qui est défendue dans les ouvrages de vulgarisation. En tant que secrétaire général de la *Société d'hygiène française*, Monin souhaite s'assurer de la large diffusion, par la presse, des bonnes

[236] Monin, E. (1893) *op. cit*., p. V.

pratiques individuelles hygiéniques, dont le bon suivi fournirait (très probablement) de bons résultats sanitaires.

Selon le sociologue Bruno Latour, les propositions hygiénistes de la fin du XIXe siècle instaurent une « accumulation de conseils, de précautions, de recettes, d'avis, de statistiques, de remèdes, de règlements, d'anecdotes, d'études de cas. Justement, c'est une accumulation » (2011 : 38). Il souligne que cette accumulation répond à l'impossibilité par les hygiénistes d'éradiquer la maladie qui se manifeste avant la bactériologie de manière erratique. Une prescription en amène toujours une autre qui n'est jamais suffisante. La statistique qui se développe au XIXe siècle offrirait donc un moyen de rendre théoriquement prévisible l'apparition incertaine de ces phénomènes. Cette accumulation de prescriptions selon une approche probabiliste est particulièrement visible en ce qui concerne les préceptes alimentaires, mais aussi les règles d'éducation à la sexualité. Les hygiénistes multiplient dès le milieu du XIXe siècle les ouvrages de vulgarisation consacrés à ces thématiques, et pour la plupart à destination des femmes ou des adolescentes.

Monin rassemble ainsi comme un hygiéniste de son temps de multiples formules, prescriptions et recettes populaires, mais ne s'appuie véritablement sur des données statistiques que par rapport à la classification des maladies par âges. Il reprend par exemple dans le chapitre intitulé « L'âge et les maladies » de son ouvrage « L'hygiène des riches »[237] publié en 1891, les « éphémérides médicales de la vie », dans lesquelles il relie la fréquence d'apparition des manifestations pathologiques à des âges chronologiques découpés en seize périodes, allant de la première année de vie à la mort, placée après soixante-dix ans :

> « *1e année : ictère, érysipèle, diarrhée, vaccination ;*
> *2e année : croup, choléra infantile, convulsions ;*
> *3e année : coqueluche, rhume, rougeole, fièvre gastrique ;*
> *4e année : vers, scarlatine, méningite, variole ; (À cet âge, la moitié des enfants a déjà succombé.)*
> *7e année : oreillons, angines, laryngites ;*
> *10e année : danse de Saint-Guy, fièvre typhoïde ;*
> *15e année : spermatorrhée, onanisme, chlorose ;*
> *18e année : uréthrite, orchite, épistaxis, migraine ;*
> *20e année : vertigo a tabaco et crapulâ, Syphilis ;*
> *25e à 30e année : mariage, insomnie propter puellum ;*
> *30e à 35e année : dyspepsie, asthénie, nervosisme, phtisie ;*
> *35e à 40e année : pneumonie, pleurésie ;*
> *45e à 55e année : lumbago, albuminurie, diabète, presbytie, ataxie ;*

[237] Monin, E. (1891). *L'hygiène des riches*, Paris : Doin.

55e à 60e année : cancer, alopécie, paralysie générale ;
60e à 70e année : calvitie, athérome, chute des dents, amnésie, apoplexie ;
70e à… : amblyopie, surdité, débilité finale, rhumatisme noueux, cachexie sénile »[238].

La particularité de cette liste est qu'elle rassemble aussi bien des pathologies reconnues dans les classifications médicales de l'époque (phtisie, pneumonie) que des comportements pathogènes relevant de la psychiatrie (onanisme), mais aussi relevant de symptômes cliniques (asthénie), de pratiques prophylactiques (vaccination), ou encore de temps biologiques et sociaux de vie (puberté, mariage)[239]. À chaque âge chronologique correspondrait un risque accru de développer certaines maladies, mais aussi une norme sociale d'acquisition d'un nouveau statut marital. Cette liste donne également un exemple de la manière dont les pathologies d'âge sont aussi des pathologies sexuées. Le « sexe » est ici entendu comme une « unité fictive » qui prend forme au sein d'un « dispositif de sexualité » qui se déploie à partir de l'instauration d'un biopouvoir en « Occident » au XIXe siècle, devenant le « principe causal » de l'altération de la vitalité et des forces des individus et de l'espèce humaine (Foucault, 1994b [1977] : 204). La puberté est de cette manière décrite par Monin comme une période de vie particulièrement dangereuse pour les garçons comme pour les filles. Il déclare en introduction des éphémérides médicales :

« *Chaque période de la vie a ses formes spéciales de santé et ses maladies particulières. On ne saurait toutefois, introduire, dans la physiologie morbide des divers âges les classifications si tranchées de l'histoire naturelle. […] Avec la puberté et l'adolescence, on voit poindre une prépondérance graduelle du système sanguin et des centres nerveux. Le cœur prend une impulsion vive ; des crises salutaires jugent les maladies et infirmités de l'enfant. C'est la saison de la vie où éclatent les névroses graves : épilepsie, hystérie, chorée. Chez le jeune homme, les saignements de nez et les maux de tête congestifs ; chez les jeunes filles, la chlorose et l'anémie témoignent de la révolution génitale qui vient d'envahir l'organisme* »[240].

L'adolescence constitue ici une période critique au cours de laquelle toutes sortes de troubles peuvent éclore. Selon Monin, à quinze ans (âge correspondant comme nous l'avons vu à une période de puberté pour les médecins de la fin du XIXe siècle), la spermatorrhée masculine côtoie la chlorose féminine. La première désigne un écoulement pathologique du sperme en dehors des rapports sexuels, et se rapporte à un ensemble de troubles sexuels et de la force procréatrice

[238] *Ibid.*, p. 356-357.

[239] Ces diverses pathologies et étapes de vie rappellent le travail d'Yvonne Verdier effectué auprès des femmes du village de Minot dans les années 1970. Dans « Façons de dire, façons de faire » (1979), l'ethnologue montre que les étapes biologiques et sociales constituent des temps corporels et temporels de passage qu'il s'agit de « faire » (faire les noces, faire la mariée, faire les bébés), par le biais de gestes techniques du quotidien assignés au féminin (la laveuse, la couturière, la cuisinière).

[240] *Ibid*., p. 351.

masculine. La seconde est conçue tout au long du XIXe siècle comme un mal spécifiquement féminin, touchant principalement les adolescentes et bien souvent, est-il admis, les vierges. La virginité est d'ailleurs considérée par certains psychiatres comme une condition de sexualité caractéristique de certains troubles anorexiques, comme chez Joseph Babinski qui évoque des cas d'« anorexie des vierges » (Janas, 1994), qu'il nomme aussi « parthénoanorexie ». De cette manière, l'anorexie est interprétée comme un trouble du passage, celui de l'entrée critique des filles dans la sexualité.

Initialement associée au XVIIIe siècle à la période de la ménopause, la notion « d'âge critique » s'étend ensuite tout au long du XIXe siècle à d'autres périodes de vie, dont la puberté en tant que période biologique marquant l'entrée des femmes dans le champ marital (Charlap, 2019 ; Delanoë, 2006). Dans ces diagnostics d'anorexie associés à la virginité, se retrouvent alors des « seuils de sexualisation » qui sont autant des seuils d'âge, sociaux et biologiques que des seuils d'interventions prophylactiques. Les règles alimentaires et hygiéniques, qu'elles soient ou non suivies, constituent en effet autant de pratiques médicalement prescrites à un moment où les filles sont censées rencontrer des maux et des déséquilibres physiologiques, jugés propres à leur sexe. Au regard d'un « dispositif de sexualité » (Foucault, 2014 [1976]), visant dans ses modalités sécuritaires à gérer la population en réduisant ses maux et en favorisant la vie, les périodes de l'enfance et de l'adolescence féminine sont donc marquées par des pratiques conjointes de surveillance et d'apprentissage de conduites alimentaires et sexuelles. Ces conduites sont aussi des conduites de sexualisation, c'est-à-dire d'ancrage des corps dans un sexe et une sexualité, dans la mesure où elles reposent sur des conceptions du « sexe » comme principe fondamental de production d'une sexualité et d'une corporalité féminines tout entièrement tournées vers des activités de reproduction (*ibid.* : 202). Suivant un regard statistique et médical porté vers l'avenir, les temporalités du développement de la sexualité chez les enfants et les adolescentes constituent alors, dans les savoirs produits autour de l'anorexie, une période de vie particulièrement propice au déploiement de techniques disciplinaires et sécuritaires de sexualisation, mais aussi à l'avènement de conduites de résistances face à ces techniques de pouvoir.

2.2. « Comment on devient anorexique »

Dans les classifications de Philippe Pinel ou de Bénédict Morel, tout état d'avancement de la maladie mentale correspond à l'installation d'un état de gravité, allant du plus bénin à l'incurable. Malgré leurs divergences théoriques, Pinel et Morel ont un objectif commun : celui de proposer un classement des maladies mentales s'articulant autour d'une graduation des états

de la folie. Pinel propose en effet une « approche dimensionnelle » des maladies mentales, basée sur une gradation entre raison et folie (Feys, 2021). Sa classification des maladies mentales comprend quatre catégories : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme[241]. À sa suite, Jean-Étienne Esquirol postule en 1805 dans son ouvrage « Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de la maladie mentale »[242], que toute maladie mentale n'est que l'exacerbation de passions primitives présentes chez tous les humains, dont la colère ou l'amour. Dans son « Traité des dégénérescences »[243], Morel propose quant à lui un large système explicatif de la folie, basé sur la hiérarchisation des états de dégénération chez les individus à l'échelle généalogique. Son modèle héréditaire organisé autour de stades de gravité des tares dégénératives s'avère particulièrement structurant pour les psychiatres, physiologistes et neurologues concevant dès lors les maladies mentales suivant cette hiérarchie chronologique, où chaque état mental correspond à un stade de dégénération qui est précédé par un état moins grave et suivi par un état plus grave. Outre cette succession de stades dégénératifs, ce sont aussi et surtout les maladies mentales elles-mêmes qui sont structurées dans les discours psychiatriques en plusieurs stades d'évolution, à un moment où « c'est la chronologie de la maladie qui devient fondamentale » (Guillemain, 2018 : 143). Ceci est notamment observable en ce qui concerne l'anorexie. Par exemple, Noguès rapporte à propos d'une anorexique mentale de dix-huit ans, observée par le psychiatre Emmanuel Régis, alors professeur à Sainte-Anne :

> « *Toujours très bien développée pour son âge, elle était à douze ans et demi, au moment où elle voit apparaitre ses règles une exubérante petite fille que tout le monde complimentait sur sa santé florissante. À l'âge de quinze ans et demi, pesant 69 kilogs, sans raison apparente pour les parents, [elle] réduit petit à petit son alimentation, s'ingéniant à manger chaque jour un peu moins que la veille. À mesure que les parents insistent pour la faire manger, [elle] qui avait jusque-là un bon caractère, devient inquiète, acariâtre, quand il s'agit de sa nourriture, et oppose aux prières comme aux menaces un entêtement absolu. Elle en est arrivée à se nourrir depuis un an à raison de deux pruneaux, d'un œuf et d'un quart de pomme par jour. Toujours très active, elle a continué jusqu'au jour où elle a été incapable de se traîner à vaquer non seulement aux occupations d'une jeune fille de son âge, mais à tout faire dans les choses du ménage, depuis les courses à l'extérieur pour lesquelles elle a une prédilection marquée jusqu'à*

[241] Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* (seconde édition, entièrement refondue), Paris : Brosson.

[242] Esquirol, J.-É. D. (1805). *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de la maladie mentale*, Paris : Didot.

[243] Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris : Baillière.

l'entretien des parquets. Elle faisait tout cela non seulement avec entrain, mais avec une précipitation fébrile ne faisant qu'augmenter à mesure qu'elle maigrissait »[244].

Ce tableau clinique illustre la conception psychiatrique de l'anorexie telle une maladie qui se déclare brusquement – les patientes cessant du jour au lendemain de se nourrir –, mais qui s'installe néanmoins progressivement, et allant en s'aggravant. C'est à partir de cette progression que les cliniciens élaborent une chronologie type de l'installation des symptômes de la maladie, découpée en trois phases.

Les trois phases de la maladie

Avec l'instauration en médecine des sciences statistiques (Jorland & *al*., 2005), les cliniciens se trouvent en mesure d'identifier mathématiquement, par effet de répétition et de fréquence d'apparition des phénomènes, la succession d'étapes spécifiques à chaque pathologie. Ils aspirent ainsi à pronostiquer l'avancement des pathologies chez les individus touchés. L'hystérie est par exemple découpée par Charcot en quatre grandes phases, à savoir celles épileptoïde, de clownisme, des attitudes passionnelles et du délire (Edelman, 2003). Ces phases permettent non seulement d'identifier l'hystérie en général, mais aussi d'évaluer à quel moment de son évolution standard se situeraient les malades, et en somme d'anticiper les phases et symptômes à venir[245].

C'est sur ce même modèle que Lasègue dresse, dans son étude inédite de l'anorexie hystérique, un « tableau schématique de la maladie » [246] composé de trois phases d'évolution qui lui seraient propres. La première phase de l'anorexie débuterait à la suite d'une émotion ou d'un évènement de vie provoquant chez les individus un malaise, qui a pour conséquence de les empêcher de s'alimenter correctement. Ces derniers se résolvent alors à réduire pour un temps la quantité de nourriture consommée. Toutefois, la réduction alimentaire perdure plus que de raison, et lorsqu'elle persiste au-delà de plusieurs semaines, l'anorexie s'installe. Lasègue affirme à ce propos : « Au bout de quelques semaines, ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolongera indéfiniment »[247]. L'individu raisonnable se transforme alors peu à peu en malade. Malgré une diminution drastique et durable de l'apport alimentaire, les malades poursuivent leurs activités quotidiennes. Elles

[244] Noguès, G. (1913). *op cit*., p. 143.

[245] Ces étapes ont notamment été conceptualisées et fixées par le biais d'instruments d'observation et photographiques. Cf. Chapitre 3, partie 1.2 « La photographie médicale comme "pièce démonstrative" ».

[246] Lasègue, E.-C. (1873). « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, n°21, p. 388.

[247] *Ibidem*.

perdent d'abord peu de poids, et semblent capables de vivre ainsi. L'entrée dans la deuxième phase est quant à elle marquée par l'intensification de cette « idée délirante » de maintien du jeûne qui devient le seul objectif de vie. L'entourage s'inquiète du comportement de la malade qui s'obstine pourtant à ne pas manger. C'est lors de cette deuxième phase qu'il est possible, selon Lasègue, de distinguer l'anorexie de la mélancolie, car le jeûne prolongé des anorexiques « n'est pas absolu et n'a rien de commun avec le refus d'aliments des mélancoliques »[248]. Face à leur idée fixe de refus de nourriture, les malades élaborent un « argumentaire rodé » justifiant en tous points, auprès de leur famille et des médecins, cette réduction alimentaire continue. Cependant, au bout d'un certain temps, l'état général se dégrade. Le poids des malades et leur énergie chutent, les règles s'arrêtent, la soif survient, leur corps est frappé d'inanition. L'entourage est horrifié, l'entrée dans la troisième phase de l'anorexie, celle de son installation durable, est entamée. Un tournant s'opère alors chez les malades qui, jusque-là imperméables aux réprimandes, semblent désormais « déconcertées » par la détresse que leur maigreur provoquerait chez leurs proches. C'est lors de ce moment critique que les anorexiques, selon Lasègue, se montreraient entièrement ou partiellement dociles, du moins assez dociles pour adhérer *a minima* aux thérapeutiques proposées. Il est alors question pour les médecins d'agir vite, de frapper fort et juste, de manière à renverser la tendance de ces filles à ne pas « pouvoir » manger[249].

Cette définition chronologique des trois stades cliniques de l'anorexie élaborée par Lasègue s'appuie sur l'observation de huit cas cliniques. Ce nombre peut paraitre assez limité pour proposer un modèle catégoriel de maladie comme le fait Lasègue, d'autant plus au regard des actuelles normes cliniques d'expérimentation. Le psychiatre semble lui-même embarrassé par ce manque de données statistiques. Il replace néanmoins son étude dans un constat empirique, celui d'un « complexus symptomatique trop souvent observé pour qu'il soit un accident exceptionnel »[250]. Il légitime enfin sa proposition théorique en opposant à la faiblesse numérique de son étude la force de la similitude des stades successivement traversés par ces huit femmes. Il conclut son texte en ces termes :

[248] *Ibid*., p. 394.

[249] Lasègue retranscrit à ce propos les déclarations d'une anorexique guérie affirmant : « *Je ne pouvais pas [manger], c'était plus fort que moi, et d'ailleurs je me portais bien* » (*ibid.,* p. 402).

[250] *Ibid*., p. 385.

« *Bien que les faits soient en somme peu nombreux, ils avaient entre eux une telle similitude que les derniers cas ne me laissaient aucune indécision ni de diagnostic ni de pronostic, et qu'en effet tout s'est passé conformément à la règle* »[251].

Il semblerait, par ailleurs, que ce nombre limité de cas cliniques n'ait pas porté préjudice à la légitimité scientifique accordée par les pairs à la proposition de Lasègue. Au contraire, son récit chronologique d'installation de l'anorexie est abondamment repris par les psychiatres, psychologues et physiologistes travaillant sur la question anorexique au tournant des XIXe et XXe siècles. Si bien que même les critiques formulées à l'encontre de la classification psychiatrique de l'anorexie au sein de la catégorie de l'hystérie n'induisent aucune critique de cette chronologie de l'anorexie. Par exemple, dans son essai dédié à la critique de la catégorisation de l'anorexie parmi les hystéries, Jules Tinel présente, dit-il, « comment on devient anorexique »[252], à partir des trois phases initialement proposées par Lasègue. Ces trois phases sont également reprises par Auguste Raimbault qui découpe e, 1914, dans sa thèse de médecine dédiée au « syndrome » de l'anorexie mentale, la pathologie en trois périodes qu'il nomme : la « période de début ou d'installation », la « période d'état » et la « période terminale ou d'inanition »[253]. Ces périodes figurent également une quinzaine d'années plus tard, sous ces mêmes termes, dans la thèse de Marie-Joseph-André Donnadieu[254] ainsi que dans celle d'Émile Ernest Stoerr[255].

Au début du XXe siècle, l'anorexie est donc constituée en une catégorie psychiatrique à part entière, distincte de l'hystérie bien que partageant des traits symptomatiques, et dont le diagnostic repose autant sur l'observation d'une succession standardisée de symptômes et de comportements alimentaires restrictifs.

Une chronologie commune, mais des variations individuelles

Malgré cette large entente scientifique autour d'une *chronologisation* de l'anorexie en trois phases, les cliniciens observent des variations individuelles, qui se manifestent par des usages spécifiques du corps et des objets disponibles dans l'environnement. Ces variations individuelles sont principalement observées au moment du passage de la première à la deuxième phase. En effet, si toutes les malades suivent une alimentation restrictive et élective

[251] *Ibid.*, p. 402-403.

[252] Tinel, J. (1909). *op. cit.*, p. 31.

[253] Raimbault, A. (1914). *Le syndrome « anorexie mentale ». Étude séméiologique et pronostique*, Paris : Vigot, p. 17.

[254] Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *L'anorexie mentale : ses caractères psychologiques*, Thèse, Bordeaux.

[255] Stoerr, É. E. (1932). *L'anorexie mentale*, Thèse, Strasbourg.

qui exclut, *in fine* et systématiquement, les viandes au profit d'aliments de base comme le pain, le choix des aliments conservés varie selon les individus. Certaines patientes mangent à terme « seulement quatre biscuits par jour », d'autres consomment exclusivement des toniques (café, kola), d'autres encore se contentent de quelques verres de lait quotidiens. Par ailleurs, et malgré une multiplicité de cadres théoriques d'interprétation de ces évictions alimentaires (« délire », « état névropathique », « idée fixe », « trouble de la volonté »), se dresse un unique constat : les malades semblent incapables de reprendre une alimentation normale. Ceci se traduit chez elles par des affirmations telles que « je ne peux pas », « je n'y arrive pas », « ça m'est impossible ». Ces déclarations constituent dans les récits cliniques la preuve de l'entrée des individus dans la deuxième phase de la maladie.

En pratique, les malades réduisent drastiquement la quantité de nourriture ingérée, sélectionnent strictement les aliments encore consommés, et mettent en place des rituels alimentaires variables. Par exemple, Lucien Deniau rapporte dans ses observations le cas d'une hystérique qui « ne consentait à manger que debout, et à la condition de pouvoir transporter son assiette alternativement sur tous les meubles »[256]. Certaines malades se mettent à la marche rapide ou effectuent des promenades interminables, d'autres s'adonnent aux exercices gymniques et enchainent les tâches ménagères. On observe à travers les récits cliniques et les paroles rapportées des patientes une multiplication de ruses et d'activités destinées à perdre du poids. Afin d'expliciter l'intentionnalité de ces conduites, Gasne va jusqu'à publier dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* l'extrait d'une lettre reçue de la part d'une de ses patientes anorexiques, Béatrice Gill, dans laquelle elle livre les stratagèmes qu'elle aurait mis en œuvre pour éviter toute consommation alimentaire. Elle écrit :

> « *J'avais acquis des vices, ce qui est honteux, j'ose le dire, oui, Monsieur le docteur, et voici ce que je faisais pour ne pas manger ; je faisais tout ce que je pouvais, comme je vous l'ai dit précédemment ; je rejetais ma viande dans mon mouchoir et puis je devais prendre, à 4 heures, une tasse de lait, eh bien, j'avais encore le vice de m'esquiver à la cave boire mon lait et je ne le buvais pas, je le jetais et quand ma tante me disait : as-tu bu ton lait ? je répondais hardiment : oui, tante ; et je ne sais ce qui me poussait à faire cela, mais il y a un revirement qui s'est opéré en moi, je suis décidée à manger et je le ferai, car tous ces vilains vices qui étaient odieux seront chassés de cette cervelle qui était butée, anéantie complètement, bornée* »[257].

[256] Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, Thèse, Paris, p. 19.

[257] Gasne, G. (1900). « Un cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* Paris : Masson, p. 55.

Cette lettre suggère que même si les patientes peinent à expliquer leurs actes, elles semblent agir délibérément. Dans l'optique de contourner la surveillance familiale et médicale, elles mettent en place des ruses et adoptent des gestes trompeurs leur permettant de cacher les aliments, de les recracher, ou simplement de les jeter, et tout ceci, à l'abri des regards. Elles font aussi usage de certains objets et vêtements, et incorporent ainsi des « techniques du corps » (Mauss, 1993 [1934]) spécifiques (par exemple manger debout), qui s'appuient notamment sur un usage conscient et détourné des objets (mouchoir, corset) à disposition. Noguès expose par exemple une observation réalisée par Charles Féré auprès d'une anorexique. Il remarque : « [La patiente] porte sous la chemise, directement sur la peau, une ceinture en toile large de 4 centimètres, qui la serre comme l'entrave ventrale d'un singe[258]. Son corset était d'ailleurs aussi serré que possible »[259].

Ces exemples de ruses et de subterfuges illustrent les rapports de pouvoir qui s'établissent entre les adolescentes et leurs observateurs. Les récits cliniques mettent en effet en avant la mise en place, lors de la deuxième phase de l'anorexie, d'une véritable bataille du « voir » et du « savoir ». Il s'agit pour les malades d'entretenir certaines conduites alimentaires restrictives tout en évitant que ces dernières ne soient vues ou connues de l'autorité parentale ou médicale. L'aggravation présumée de la maladie lors de cette deuxième phase ne repose donc pas seulement sur un engrenage mental et organique difficile à enrayer. Elle s'inscrit aussi dans un jeu interactionnel engagé entre les adolescentes observées et les adultes qui observent. Et ceci, les médecins de la fin du XIXe siècle en conviennent, et ne cesseront d'en convenir avec d'autant plus de conviction que les savoirs psychophysiologiques pénètrent et façonnent les objets d'étude de la psychiatrie du développement.

Conclusion du chapitre 4 :

Ce chapitre s'est concentré sur l'articulation entre opération diagnostique et pronostique de la maladie mentale. Il a mis en lumière la façon dont la *chronologisation* de l'anorexie et de ses manifestations physiques et psychiques s'imbrique, dès les années 1880, à une scansion médicale et institutionnelle des temps de vie féminins. L'adolescence féminine apparait dans les récits cliniques des psychiatres telle une période de vie propice à l'éclosion de troubles

[258] La référence au singe rappelle ici une certaine lecture ataviste des signes corporels de la dégénérescence. Cf. Chapitre 3, partie 1.1 « Le coup d'œil clinique », *L'aspect des malades entre atavisme et dissolution du système nerveux*.

[259] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 80.

alimentaires et de conflits familiaux. Elle est également investie comme une période d'apprentissage durant laquelle les médecins recommandent aux familles et aux éducateurs la transmission, par le biais de manuels et d'ouvrages de vulgarisation, de savoirs et de savoir-faire relatifs aux conduites alimentaires. Ces discours éducatifs et ces savoirs médicaux s'inscrivent dans un « dispositif de sexualité » (Foucault, 2014 [1976]), où les signes corporels et les conduites déterminent un « sexe » et une sexualité. La catégorie d'anorexie est alors mobilisée par les psychiatres à partir de l'observation chez les femmes et les adolescentes de traces corporelles et de conduites se référant à des « seuils de sexualisation », qui sont lues comme des signes pathologiques de brouillage des normes corporelles de genre. Les seuils diagnostiques de l'anorexie ne sont donc pas seulement produits depuis les corps des malades, mais aussi depuis cette « matrice » constructiviste de la maladie mentale dont parle Ian Hacking (2008 [2000] : 56) et qui mêle, ici, autant les idées scientifiques sur le développement de la sexualité et ses pathologies que les interactions entre ces idées, les adolescentes anorexiques et leur entourage.

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie a montré qu'au croisement d'un paradigme oculaire, instrumental et statistique d'identification de la maladie mentale, les récits cliniques portant sur la question anorexique sont organisés autour d'un axe spatio-corporel et chronologique de la maladie. L'évaluation clinique de l'anorexie s'effectue suivant un quadrillage expert du corps, dont les lignes de fuite dessinent des localités corporelles anatomo-pathologiques, morphologiques et physiologiques significatives dans l'examen chronologique de phénomènes pathologiques féminins dégénératifs. Les récits cliniques, accompagnés de photographies de patientes, de listes et de tableaux de mesures corporelles, renforcent quant à eux les énoncés scientifiques produits sur l'anorexie, les inscriptions faisant office de preuves cliniques. On lit alors au travers des récits cliniques la construction scripturale de l'anorexie en une unité corporelle et catégorielle pathologique, dont les seuils diagnostiques correspondent à des « seuils esthétiques » et des « seuils de sexualisation », définis suivant une standardisation des signes et des symptômes pathologiques. La formalisation de ces seuils dans les classifications psychiatriques suit notamment le glissement, au tournant des XIXe et XXe siècles, d'une catégorisation de l'anorexie parmi les altérations dégénératives du développement, vers une catégorisation de la maladie parmi les troubles du développement adolescent.

La *chronologisation* des symptômes de la maladie mentale favorise par ailleurs une relation statistique entre passé et avenir, formant un terreau scientifique favorable à une vision développementale de l'anorexie. Du point de vue de la psychiatrie et de la psychologie du développement, l'enfance et l'adolescence constituent ainsi des périodes de vie durant lesquelles certaines caractéristiques physiques ou certains événements de vie sont interprétés comme des éléments prédisposants. Sorte de temps biologique où se catalysent les dispositions pathologiques, l'adolescence constitue alors une temporalité corporelle révélatrice des troubles de l'enfance. Plus spécifiquement, le temps de l'adolescence émerge aussi comme une période privilégiée d'incorporation de techniques d'inscription des corps, de leurs esthétiques et des conduites, dans un sexe. Les savoirs relatifs à l'identité pathologique de l'anorexie découlent ainsi d'un examen chronologique des signes et des symptômes, dont la portée pronostique est évaluée au regard des standards de genre et d'âge, quant aux manifestations corporelles et comportementales du temps qui passe. Par conséquent, si, à l'issue de ces éléments, nous comprenons que l'autonomisation de l'anorexie vis-à-vis de la catégorie d'hystérie s'accomplit via une *chronologisation* des temps de vie féminins et des pathologies associées à

l’adolescence, autour de quelles temporalités corporelles de développement féminin les seuils diagnostiques de l’anorexie se fixent-ils ? C’est à cette question que la prochaine partie tente de répondre.

TROISIÈME PARTIE

Les temporalités corporelles féminines de développement

La troisième partie de cette thèse met en lumière l'affaiblissement, dès les années 1880, du modèle étiologique de l'hérédité morbide dégénérative, en faveur d'une conception développementale de la maladie mentale, en particulier de l'anorexie. Dans cette perspective, elle souligne les diverses ruptures et transformations temporelles du modèle héréditaire, découlant d'une approche renouvelée de la dégénérescence induite par la pensée statistique et les connaissances biochimiques sur le système nutritionnel et hormonal. À la fin du XIXe siècle, la notion de dégénérescence ne désigne plus seulement un processus de transmission héréditaire des tares, mais aussi un processus collectif d'épuisement réductible par le biais de pratiques disciplinaires et sécuritaires (Foucault, 1997). Les scientifiques, médecins et hygiénistes reconnaissent alors à l'humain des aptitudes d'adaptation à leur environnement de vie (Ehrenberg, 1983 ; Vigarello, 2020). Par conséquent, les savoirs médicaux sont marqués par une profonde ambivalence. D'un côté, ils prennent racine dans un pessimisme politique contenu dans la menace de la dégénérescence de la nation française (Coffin, 1994). De l'autre, les capacités adaptatives des corps individuels constituent pour les médecins un levier de « perfectionnement » des corps vis-à-vis d'une certaine norme populationnelle et statistique (Doron, 2012). Cette partie met ainsi au centre de l'analyse le dialogue qui a été impulsé par la conception développementale de la dégénérescence, entre les savoirs psychiatriques, psychophysiologiques et pédiatriques, autour des temporalités du développement féminin et de ses anormalités.

Le premier chapitre étudie les « seuils métaboliques » de l'anorexie produits par la médecine psychiatrique et la psychologie du développement, sous l'impulsion des connaissances et des expérimentations médicales portant sur les processus psychophysiologiques. Il montre que ces seuils métaboliques sont adossés à des conceptions énergétiques des processus de croissance et de la puberté féminine. Le second chapitre explore la stabilisation de la catégorie d'anorexie, au début du XXe siècle, autour de « seuils de croissance », correspondant à des étapes de maturation physique et organique. En accord avec les travaux d'André Turmel (2006, 2013), la notion de maturation désigne dans ce travail un processus vital façonné par la « pensée développementale », qui se présente sous la forme d'un modèle séquentiel. La maturation est donc abordée ici comme un processus développemental multidimensionnel (physique,

organique, mental) où les séquences se succèdent sur un même continuum, en étant tournées vers une spécification sexuée et sexuelle des organismes, correspondant à un ultime état de maturation : celui de l'âge « adulte ». Ce second chapitre interroge alors la complexification des seuils métaboliques de l'anorexie induite par l'introduction en médecine pédiatrique de connaissances biochimiques portant sur le système endocrinien et glandulaire. Il questionne également l'influence de ces connaissances sur les interventions médicales dédiées à l'encadrement des rythmes sexués de maturation.

Chapitre 5 – L'économie énergétique de l'anorexie

Ce chapitre se concentre sur les pratiques d'observation et de mesure du métabolisme, c'est-à-dire des phénomènes physiologiques par lesquels un organisme transforme et conserve pour lui-même des éléments extérieurs en énergie, et ceci, de manière à construire et entretenir ses tissus et ses fonctions vitales. Au tournant des XIXe et XXe siècles, ces phénomènes métaboliques font l'objet de nombreux discours scientifiques empreints d'enjeux politiques et nationalistes quant à la définition du vivant et de ses catégorisations (Bentouhami-Molino, 2023 ; Landecker, 2017). Dans ce contexte, le chapitre examine précisément l'application des principes biochimiques de la thermodynamique à la question anorexique.

La première partie du chapitre explore la façon dont les pratiques d'objectivation des phénomènes physiologiques et sensoriels nutritifs s'appuient en psychiatrie neurologique sur une appréciation métrique, énergétique et temporelle de l'humain et de son développement, à l'échelle individuelle et à celle de l'espèce (Canguilhem & *al*., 2003 [1962] ; Foucault, 2014 [1976]). Pour cela, la partie aborde successivement deux thématiques, celle de l'état nutritionnel et celle de la sensation de faim chez les hystériques anorexiques. La seconde partie du chapitre se concentre sur les savoirs médicaux pédiatriques et psychologiques qui s'appuient au tout début du XXe siècle sur la reconnaissance médicale de « besoins » énergétiques (Depecker & *al*., 2013) spécifiques aux enfants et aux adolescentes. Le chapitre interroge alors la rhétorique de la crise employée par une médecine des âges considérant les premiers mois de vie, le sevrage et l'éclosion de la puberté comme des moments critiques de déséquilibres métaboliques. Il met ainsi au jour la production, au tournant des XIXe et XXe siècles, de « seuils métaboliques » de l'anorexie, associés à des temps de passage jugés critiques sur le plan énergétique.

1. Une énergie sans faim ?

Les comportements de refus alimentaire et de jeûne prolongé interrogent fortement les psychiatres de la fin du XIXe siècle. Les médecins tentent, notamment par leurs travaux sur l'hystérie, de définir ce qui relèverait d'une activité nutritionnelle normale ou pathologique.

1.1. Les hystériques ont-elles besoin de se nourrir ?

Dans les années 1870-1880, les médecins psychiatres parisiens Constantin Empereur et Georges Gilles de La Tourette réalisent des études médicales portant sur la nutrition des hystériques. À cette période, l'hystérie est considérée par les modèles psychiatriques dominants

(notamment neurologiques) comme une pathologie relevant de la dégénérescence. Il s'agit donc pour les psychiatres de déterminer les caractères dégénératifs qui seraient spécifiques aux hystériques, en particulier sur le plan nutritionnel.

« Tout le monde sait que pour vivre il faut manger »

En 1876, dans son « Essai sur la nutrition des hystériques »[260], le médecin Constantin Empereur s'étonne, à la suite des observations du psychiatre Ernest-Charles Lasègue[261], de rencontrer des hystériques qui conservent de l'embonpoint et affichent un poids relativement stable, malgré la survenue fréquente de vomissements. Le jeune médecin s'engage alors dans une étude physiologique ayant pour objectif de découvrir les raisons médicales pouvant expliquer une telle stabilité pondérale. Cette enquête vise notamment à définir dans quelle mesure « les fonctions de la digestion, de sécrétion et d'excrétion urinaires, de circulation, de respiration s'opèrent chez les hystériques comme chez le type normal : en un mot, les hystériques assimilent-elles et désassimilent-elles comme lui ? »[262]. Dans un contexte de forte industrialisation, les processus d'assimilation et ceux de la désassimilation sont largement investis par les sciences médicales et nutritionnelles. À la fin du XIXe siècle, la théorie physique de la thermodynamique participe à la cristallisation d'une compréhension scientifique de la vie humaine autour d'une vision mécanique d'un « corps machine » (Rabinbach, 1992). Pour fonctionner, le « moteur humain » nécessiterait l'absorption quotidienne d'une quantité énergétique au moins équivalente à celle dépensée dans ses activités journalières, qu'elles soient motrices (action des muscles), physico-chimiques (renouvellement des cellules), ou psychiques (activité mentale et intellectuelle). En psychiatrie, les processus d'assimilation et de désassimilation énergétique désignent ce mouvement nutritionnel itératif, à partir duquel un organisme transforme, conserve et consomme de l'énergie. La formulation par Empereur d'un mystère autour de la stabilité pondérale et de l'état physique des hystériques jeûneuses, peut de cette manière, être interprétée au regard des connaissances produites à la fin du XIXe siècle sur les lois naturelles régissant la dépense énergétique humaine, que cela soit dans les activités de travail (Saraceno,2018), ou concernant plus largement la matérialité de la pensée (Ghesquier-Pourcin & *al*., 2010). Empereur affirme ainsi dès les premières lignes de sa thèse :

> « *Tout le monde sait que pour vivre il faut manger ; nous subissons en effet tous les jours par notre travail soit physique, soit intellectuel, des pertes proportionnelles à la force que*

[260] Empereur, C. (1876). *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, Thèse de médecine, Paris.

[261] Lasègue, E.-C. (1873). « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine,* n°21, p. 385-404.

[262] Empereur, C. (1876). *op. cit.,* p. 5.

nous avons déployée pendant ce travail, quel qu'il soit, et ces pertes, nous sommes obligés de les réparer en prenant au monde extérieur les substances capables d'être introduites dans notre économie et de s'y substituer »[263].

Mais si manger est un besoin vital, aussi bien pour penser que pour se mouvoir, tous les corps ne semblent pas réclamer une quantité identique d'énergie pour une même activité. Pour avancer cette idée, Empereur s'appuie sur des observations menées au cours de son internat au sein du service de Paul Brouardel à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. D'après son analyse, il serait pour certaines hystériques, dit-il : « Inutile, sinon nuisible, de manger ; ce qu'elles ingèrent est du superflu qu'elles doivent rendre, sous peine d'être indisposées, parce qu'elles en seraient surchargées »[264]. En d'autres termes, les hystériques auraient moins besoin de manger que d'autres individus. Plus encore, elles seraient encombrées par une alimentation restaurative qui, loin de les sustenter, fatiguerait au contraire leur corps et les indisposerait. Toutefois, Empereur rompt ici avec toute explication métaphysique, puisqu'il explique ce phénomène par une approche mécanique de l'activité nutritionnelle des malades. Sa démonstration s'appuie en effet sur un calcul différentiel entre ce qui entre dans le corps des hystériques et ce qui en sort (sueurs, fèces, vapeur d'eau). Cette formule soustractive précède largement les travaux d'Empereur. Elle s'ancre dans une tradition médicale d'observation et d'expérimentation pouvant remonter au tout début du XVIIe siècle. Professeur à l'université de Padoue, le médecin et physiologiste Sanctorius adopte à cette époque une approche mécanique des processus vitaux, qu'il mesure comme des phénomènes physiques (Carpenter, 1994). Quotidiennement, le médecin expérimentateur pèse et compare son poids à ce qu'il ingère et à ce qu'il perd. De cette manière, Sanctorius déduit qu'il ingère chaque jour plus de matière que ce qu'il dépense, tout en conservant un même poids. Une certaine quantité de matière serait donc conservée par le corps, ou plutôt utilisée par lui.

L'étude de la nutrition chez les hystériques par Empereur s'appuie ainsi sur cette approche mécanique de la physiologie humaine issue des sciences expérimentales. Le médecin recourt à certains instruments du laboratoire d'Antoine Lavoisier, comme la trompe d'eau dont il reproduit un schéma dans son ouvrage[265]. À la fin du XVIIIe siècle, Lavoisier établit à partir de sa recherche sur la respiration animale un modèle de mesure des activités productives (Saraceno, 2018 : 22), démontrant un lien proportionnel entre la quantité d'oxygène inspirée,

[263] *Ibid.*, p. 6.
[264] *Ibid*., p. 38-39.
[265] Voir Annexe 35.

celle de dioxyde de carbone (CO_2) rejetée et l'activité musculaire (Dupouy, 2010). En effet, Lavoisier se dote en 1769 d'un laboratoire de chimie qui selon Patrice Bret et Catherine Lanoë (2016 : 151) « comporte 7 000 pièces » comprenant :

> « *Six ou sept fourneaux, une abondante verrerie de laboratoire, des balances de précision, des instruments pneumatiques sophistiqués, construits à sa demande par les plus habiles fabricants français ou venus d'Angleterre, comme les cornues de terre de Wedgwood et le générateur électrostatique de Ramsden* ».

Certains de ces instruments sont dédiés à l'examen de la quantité de matière respiratoire ingérée et évacuée par les organismes. Dans son travail sur les hystériques, Empereur se réfère à ces instruments à partir desquels il produit une multitude d'observations physiologiques chiffrées. Il mesure par exemple le taux de combustion respiratoire ou la proportion d'acide carbonique et d'oxygène renfermé dans l'air expiré. Par ailleurs, le médecin évalue la concentration d'urée contenue dans les urines et les vomissements des hystériques.

La démarche d'Empereur s'enracine dans une psychiatrie soucieuse d'élucider la nature des relations entre l'activité nutritionnelle et l'activité motrice humaine. Son étude sur la nutrition hystérique illustre l'intérêt porté aux processus d'assimilation et de déperdition énergétique. À la fin du XIX[e] siècle, l'activité mentale est conçue comme un processus vital nécessitant de l'énergie, au même titre que l'activité des muscles ou des viscères. En rupture avec une approche immatérielle de la pensée suggérant que toute dépense intellectuelle est quantifiable, les psychiatres neurologues proposent une lecture physicaliste des processus mentaux qui prend appui sur les expérimentations menées en physiologie. Empereur se réfère ainsi à un discours de Lavoisier[266], prononcé en 1789 devant l'Académie des sciences de Paris et dans lequel il affirme : « Les efforts considérés comme purement moraux ont quelque chose de physique et de matériel, qui permet sous ce rapport de les comparer avec ceux que fait l'homme de peine ».

Dès les années 1880, certains médecins évolutionnistes œuvrant à la Salpêtrière, comme Charles Féré, se réfèrent directement à cette « matrice idéologique de l'énergie » (Dupouy, 2010). En 1885, le médecin Maurice Debove explique devant la société des hôpitaux de Paris avoir étudié « expérimentalement » la nutrition spéciale des hystériques[267]. En collaboration avec Augustin Flamand, docteur en sciences physiques, Maurice Debove exprime avoir mesuré

[266] « Mémoire lu devant l'Académie des Sciences de Paris, 1789, p. 577-578 », cité par Empereur, C. (1876). *op. cit*., p. 160.

[267] Société médicale des hôpitaux de Paris. (1885). « Séance du 14 aout 1885. Recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie), par M. Le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral, et M. A. Flamand, licencié *ès* sciences physiques », *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, p. 299.

le taux d'urée contenu dans les urines de deux hystériques, au cours d'un jeûne prolongé de plus de quinze jours[268]. Il rapporte que les patientes observées auraient « admirablement supporté ce jeûne » qui, selon lui « aurait pu être prolongé »[269]. Un constat qu'il relie à l'état mental dans lequel se trouverait les malades hystériques, et qui s'apparente selon lui à l'état des « sujets hypnotisables et suggestionnables »[270, 271]. Les thématiques du jeûne pathologique et de l'état mental des hystériques sont ainsi largement investies par la psychiatrie neurologique à travers des études expérimentales portant sur les processus biochimiques attachés aux activités nutritionnelles des malades.

Activité nutritionnelle et état mental

Neurologue à la Salpêtrière, Georges Gilles de la Tourette engage dans les années 1890, à la suite de divers travaux dont ceux de Constantin Empereur, de Jean-Martin Charcot ou de Maurice Debove, des études sur les relations entre hystérie et nutrition. Accompagné du Dr Cathelineau, interne en pharmacie, il compare « l'hystérie normale » à « l'hystérie pathologique », mais aussi à « l'anorexie » qu'il qualifie de « manifestation pathologique de l'hystérie », caractérisée par « le refus systématique d'alimentation »[272]. Il souligne que chez de nombreuses hystériques, l'état d'inanition est tel qu'il mène les individus à la mort. Gilles de La Tourette récuse ainsi les affirmations d'Empereur, qui une dizaine d'années plus tôt avait émis l'hypothèse selon laquelle les malades « ne déperdent rien », en raison d'un « mouvement nutritif très ralenti »[273]. Au contraire, Gilles de La Tourette présume une capacité de déperdition d'énergie chez les hystériques et déduit, de ce fait, que ces dernières « meurent parfaitement d'anorexie, quoi qu'on en ait dit »[274]. Cette affirmation réfute bien sûr les travaux d'Empereur, mais aussi ceux des psychiatres ayant jusqu'alors décrit l'anorexie comme un épiphénomène non directement mortel.

Gilles de La Tourette expose dans ses études sur la nutrition hystérique d'importantes transformations métaboliques induites par l'état mental des malades. En comparant les effets

[268] Il présente notamment un tableau répertoriant les variations des taux d'urée contenus dans les urines des deux malades suivies. Voir Annexe 36.

[269] Société médicale des hôpitaux de Paris. (1885). *op. cit*., p. 300.

[270] *Ibid*., p. 299

[271] L'analogie entre état hystérique et état hypnotique est également défendue par Jean-Martin Charcot. L'hypothèse est néanmoins récusée au début du XXe siècle, en lien avec la remise en cause de l'hypnose thérapeutique et la défense de la psychothérapie reposant sur la suggestion à l'état de veille. Cf. Chapitre 7, partie 1.1 « Des sujets sous influence », *Hypnostisme, suggestion et psychothérapie.*

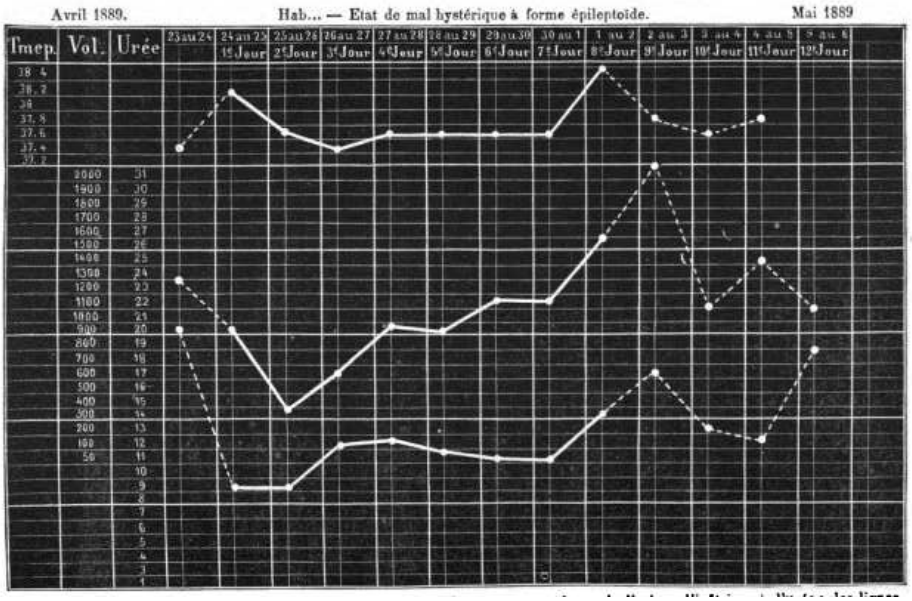
[272] Gilles de la Tourette, G. (1895). « De l'hystérie », *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t.2, Paris : E. Plon, Nourrit et Cie, p. 283.

[273] *Ibid.,* p. 22.

[274] *Ibid*., p. 531.

du jeûne prolongé sur le métabolisme de « l'homme normal » à ceux survenant chez les hystériques, il identifie les processus de transformations métaboliques qui auraient spécifiquement lieu au cours des « crises ». À cet effet, il met en place un ensemble de techniques de mesure consistant par exemple à « doser les excréta par kilogramme d'individu », ou à prendre « la température tous les deux jours, afin de constater si elle se maint[ient] au taux normal »[275], ou bien encore à récolter les urines produites sur vingt-quatre heures en vue d'en évaluer la quantité et le contenu. Les résultats de ces mesures sont consignés dans des graphiques dans lesquels sont entrecroisées différentes données physiologiques, telles la température et les volumes d'urine et d'urée produits avant, pendant et après la crise hystérique (*cf.* illustration 13, ci-dessous). Au XIX[e] siècle, ces graphiques étoffent les « énoncés scientifiques » (Latour, 1987) portant sur les processus physiologiques. Ces types d'inscriptions contribuent à la légitimation de la physiologie dans l'arène scientifique (Chadarevian, 1993). Par la « méthode graphique » (Saraceno, 2018), les médecins expérimentateurs enregistrent, mais aussi visualisent et objectivent, les activités organiques et musculaires du vivant animal et humain. C'est notamment à partir de cette « méthode graphique » que le physiologiste Étienne-Jules Marey rend visibles les mouvements et les impulsions nerveuses par des photographies et des tracés, lui faisant émettre l'hypothèse que la fatigue musculaire serait corrélée à la force et la fréquence de leur contraction.

***Illustration 13**. Graphique de mesures physiologiques prises chez une hystérique*



Source : Gilles de La Tourette, G., Cathelineau, H. (1890). La nutrition dans l'hystérie, Paris : Lecrosnier et Babé, p. 54.

[275] Gilles de la Tourette, G. (1891), « Chapitre douzième : La nutrition dans l'hystérie normale », *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t.1, Paris : E. Plon, Nourrit et Cie, p. 563.

À un moment où la production d'images et de schémas participe en science et en médecine à la recherche d'une « objectivation instrumentale » des phénomènes physiques (Daston & Galison, 2007), les inscriptions graphiques et photographiques contribuent à la diffusion d'une lecture physicaliste des diverses manifestations du vivant. L'esprit humain s'ancrerait dans des phénomènes matériels visualisables et suivrait, au même titre que le corps et son développement, des lois physiques. Ces inscriptions sont rendues d'autant plus légitimes en médecine clinique et mentale qu'elles sont utilisées par les psychiatres et les neurologues de l'entre-deux-siècles. Ces derniers conçoivent notamment le système nerveux central tel un support matériel de la pensée (Paillette & *al*., 2021) dont l'activité mentale est rendue visible depuis les tracés graphiques des mouvements musculaires ou des influx nerveux. De cette manière, Gilles de La Tourette trace dans l'espace graphique une corrélation entre l'état psychique des hystériques (normal, en crise)[276] et les diverses manifestations des activités nutritionnelles des individus. L'augmentation ou la diminution de chaque courbe (de température, de volume d'urine et d'urée) sont mises en relation, les unes par rapport aux autres, et au fil du temps. Il déduit de ces relations qu'il n'y aurait pas d'« hibernation des hystériques », c'est-à-dire de diminution drastique des dépenses énergétiques, mais plutôt un phénomène d'équilibrage entre état mental et état nutritionnel, car le premier serait corrélé au second.

Cette métaphore animalière de l'hibernation est utilisée par d'autres psychiatres travaillant sur l'hystérie gastrique à la fin du XIXe siècle, dont Lucien Deniau[277]. Cependant, chez Deniau, l'hibernation ne renvoie pas seulement au ralentissement du métabolisme, ni même à une situation d'équilibrage entre les états mentaux et nutritionnels, mais correspond davantage à un phénomène perceptif de « disparition du besoin d'assimiler »[278]. Pour lui, la perte d'appétit n'est « qu'une conséquence immédiate de l'état spécial de la nutrition générale chez les hystériques, état spécial où la désassimilation tombe à son minimum physiologique et rapproche l'hystérique des animaux hibernants »[279]. La diminution ou l'arrêt de nourriture découlerait ainsi, dans le cas de l'anorexie gastrique, d'un « état spécial de la nutrition »[280] préexistant au trouble. Cette catégorisation de l'anorexie fait en certains points écho à la nutrition spéciale des hystériques décrite par Empereur, qui se caractérise par un organisme peu exigeant en termes d'apports

[276] Il est spécifié par Gilles de La Tourette à propos du graphique présenté ci-dessus que les lignes en pointillé se rapportent aux « jours d'état normal » et les lignes pleines aux « jours d'état de mal ».

[277] Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, Thèse, Paris.

[278] *Ibid.*, p. 13.

[279] *Ibidem.*

[280] *Ibidem*.

énergétiques. Deniau distingue toutefois l'anorexie gastrique de l'anorexie hystérique ou mentale, qu'il définit comme un « état névropathique » relevant d'une « disposition mentale »[281]. Il s'appuie notamment sur les travaux du neurologue Henri Huchard, qui suggère dans son « Traité des névroses »[282] que chez les anorexiques mentales, « l'abstinence procède plus directement du trouble de la volonté et de la tournure générale des idées »[283]. L'anorexie est alors brossée dans ces textes sous les traits d'une pathologie mentale dont l'origine est à chercher du côté des phénomènes vitaux nutritionnels et des mécanismes de perception de sensations. Comme nous le verrons plus loin dans cette thèse, des études psychophysiologiques postérieures, portant spécifiquement sur la sensation de faim, interrogent dès les années 1890, ce phénomène d'équilibre entre état nutritionnel et perception du besoin d'assimiler chez les hystériques. Toutefois, les études neurologiques portant sur la disparition pathologique de la faim contribuent, malgré tout, à amener la question du jeûne prolongé au sein du champ médical. Les conceptions cliniques du jeûne viennent ainsi irriguer les débats et les récits médiatiques qui ont lieu depuis le début du XIXe siècle, en Europe, autour de la véracité des jeûnes féminins prolongés.

Jeûne prolongé, jeûne mensonger

Le traitement médical et médiatique du jeûne prolongé féminin est teinté tout au long du XIXe siècle d'enjeux politiques et scientifiques de séparation des institutions éducatives, de savoir et de soin, entre les autorités médicales et religieuses. En France, les médecins et les prêtres se disputent l'encadrement des corps féminins et l'interprétation de certaines manifestations physiques pathologiques. L'essor de la psychiatrie française laïque appuie à la fin du siècle les positions anticléricales. Les études médicales sur l'hystérie dépeignent certains comportements féminins comme des états morbides, relevant des compétences médicales sécularisées (Edelman, 2003 ; Goldstein, 1997). L'anorexie perd alors, à ce moment, sa principale connotation religieuse en étant interprétée comme un symptôme pathologique relevant de la compétence des médecins et des psychiatres. Pour l'historienne Joan Brumberg, cette médicalisation de la perte d'appétit débute bien avant les enjeux politiques de sécularisation des institutions médicales, avec l'amplification, au XVIIe siècle, d'études physiologiques relatives aux effets du jeûne sur les corps. À cette période, dit-elle, « la charge de la preuve revenait aux sceptiques qui devaient démontrer soit qu'il y avait une explication médicale de la survie

[281] *Ibid*., p. 28.

[282] Axenfeld, A., Huchard, H. (1883). *Traité des névroses*, deuxième édition augmentée par H. Huchard, Paris : Germer-Baillière.

[283] Cité par Deniau. Deniau, L. (1883). *op. cit*., p.19.

prolongée de la jeûneuse sans alimentation normale, soit que le jeûne était en réalité mensonger »[284] (Brumberg, 1988 : 50). C'est du moins dans cette perspective de démonstration médicale des limites physiologiques du jeûne que Constantin Empereur compare les « personnes atteintes d'hystérie qui n'éprouvent aucun besoin de manger »[285] aux saints et saintes jeûnant pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais qui relèvent selon lui d'« anecdotes qui [nous] paraissent à première vue trop merveilleuses pour être vraies »[286].

En outre, le doute formulé par Empereur à l'endroit de la véracité des jeûnes drastiques fait écho à de nombreuses affaires médiatiques révélant au début du XIXe siècle les subterfuges mis en place par certaines jeûneuses (Brumberg, 1988, 2000). En 1814 en Angleterre, Ann Moor, figure emblématique des « *fasting girls* »[287], est par exemple accusée par les médias de l'époque d'entretenir un jeûne mensonger. Sa fille lui ayant, selon des témoins, apporté quotidiennement de la nourriture à l'abri des regards. La dénonciation de ces supercheries renforce au cours du XIXe siècle les soupçons des médecins envers les femmes, qui sont par ailleurs réputées dévotes, superstitieuses et surtout menteuses (Knibiehler, 1976). Durant la seconde moitié du siècle, les psychiatres français remettent en cause les miracles de guérison célébrés par l'Eglise (Edelman, 2003 : 208). La parole des femmes est ainsi perpétuellement mise à l'épreuve de la folie. Dans son étude sur l'anorexie gastrique, Lucien Deniau invite les cliniciens à lire les comportements anorexiques comme des actes de tromperies hystériques mise en œuvre par les malades pour attirer l'attention. Il écrit :

> « *Enfin le médecin devra se mettre en garde contre l'esprit de simulation qui pourrait pousser l'hystérique à feindre l'anorexie en présence de sa famille, tout en s'alimentant en secret, soit dans le but de s'attirer l'attention et la sympathie de son entourage, soit dans le but plus futile encore de faire croire qu'elle peut vivre sans manger* »[288].

L'observation rapprochée des patientes en laboratoire permet dans certains cas de s'assurer du caractère pathologique et non mensonger du jeûne. Dans « Une Félida Artificielle »[289] – texte intitulé ainsi en référence à Felida X. d'Eugène Azam[290] – le médecin Pierre Janet affirme avoir observé scrupuleusement la « nutrition bizarre » d'une hystérique, qu'il nomme Marceline, afin

---

[284] "*The burden of proof was on the skeptics, who had to demonstrate one of two things: either that there was a medical explanation of the faster's long survival without normal food or that the claim to noneating was fraudulent*".

[285] Empereur, C. (1876). *op cit*., p. 15-16.

[286] *Ibid*., p. 8.

[287] Aussi nommées *miraculous maid.* Voir : Brumberg, 2000.

[288] Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, Paris : Doin, p. 42.

[289] Janet, P. (1910). « Une felida artificielle *», Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, t.69, p. 329-357.

[290]Azam, M. (1883). « Double Conscience, état actuel de Félida X », Paris : impr. de Chaix.

de « savoir s'il n'y avait pas là quelque supercherie »[291]. Il explique avoir, pour cela, isolé la patiente d'abord durant trois semaines, puis durant plusieurs semaines sur une période de six mois, au sein du Laboratoire de Physiologie de l'École de Médecine de Paris. Durant ces périodes, et avec l'aide du physiologiste Charles Richet, il aurait observé et noté tout ce que mangeait la jeune femme, jour et nuit, mais aussi analysé et évalué les quantités de matières fécales produites, ainsi que la composition de la sueur et celle du sang de la patiente. Les résultats de ces observations ne sont pas repris par Janet, qui signale cependant leur présence dans les comptes rendus rédigés par Richet à l'adresse de la *Société de biologie*. Malheureusement, il s'est avéré impossible au cours de mon enquête de mettre la main sur ces résultats, mais tout porte à croire, à en lire Janet, que Marceline présentait, pour les médecins, un état nutritionnel spécifique. Il rapporte en effet dans son article :

> « *Après cette période, qui fut cependant pénible pour elle, Marceline reprit son travail dans d'assez bonnes conditions et se porta relativement bien pendant quelque temps […]. Elle continuait à prendre une nourriture extrêmement bizarre et très réduite, mais qui semblait suffisante pour elle ainsi que les recherches de laboratoire paraissaient l'avoir montré et qui lui suffisait pour ne pas maigrir et pour continuer à travailler* »[292].

En tout état de cause, cette publication par Pierre Janet, du cas de Marceline, dans la *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger* révèle ici l'inscription de l'hystérie anorexique dans un champ psychophysiologique abordant les phénomènes mentaux au travers de la « physicalité » du système nerveux, et notamment du cerveau. Créée en 1876 par le psychologue Théodule Ribot, la *Revue Philosophique* a en effet pour objectif principal l'examen des relations entre les fonctions organiques et les processus psychiques, faisant de la philosophie, selon Bernard Andrieu (2003), une « science des sciences », réconciliatrice de la neurologique avec les dynamiques psychiques. Andrieu suggère à cet égard que « la revue philosophique aura donc contribué à la constitution d'une psychophysiologie française dans une version non réductionniste pour être, sous l'influence de l'école allemande introduite par Ribot, au terme du siècle, une psychologie expérimentale » (Andrieu, 2003 : 180). En d'autres termes, à la fin du XIXe siècle, les études psychiatriques de la disparition de la sensation de faim prennent effet sous la forme d'une psychologie expérimentale souhaitant s'éloigner d'un réductionnisme mécanique du corps appréhendé comme une simple « machine ». Les modèles médicaux de compréhension de l'hystérie et de l'anorexie s'appuient alors sur des études

[291] Janet, P. (1910). *op. cit*., p. 340.
[292] *Ibid*., p. 341.

psychophysiologiques portant sur les mécanismes biochimiques de la psyché, en lien avec les dynamiques d'adaptation de l'organisme.

1.2. Les anorexiques ressentent-elles la faim ?

La sensation de faim et ses variations individuelles et pathologiques sont des thématiques largement explorées par les psychophysiologistes de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle. Le psychiatre et physiologiste Joanny Roux[293] aborde dans son étude de la sensation de faim divers cas d'anorexie, qu'il décrit comme des formes « *d'inanition sans sensation de faim* »[294], et qu'il qualifie de pathologies se caractérisant « essentiellement dans ce fait que les malades, n'éprouvant pas le besoin de manger, repoussent les aliments et, malgré toutes les objurgations, refusent constamment de s'alimenter »[295]. Une quinzaine d'années plus tard, Georges Noguès s'attèle, lui aussi, dans son ouvrage sur l'anorexie mentale et ses rapports avec la « psychophysiologie de la faim »[296], à l'étude des relations entre sensation de faim et anorexie. Il y décrit la faim comme « une sensation spéciale traduisant chez tous les animaux le besoin de manger »[297]. Il remarque que certaines personnes ne ressentiraient plus ce besoin et s'interroge par conséquent sur les raisons de cette « disparition pathologique du besoin de manger »[298]. Une question que Roux aborde sous l'angle des processus nutritionnels adaptatifs et de leurs limites.

L'épuisement énergétique comme limite adaptative

En 1897, devant la *Société d'anthropologie de Lyon* et dans sa leçon portant sur les pathologies de la sensation de faim, Roux déclare :

> « *La nutrition chez l'homme en état d'inanition est très mal connue à cause de l'impossibilité où nous sommes de soumettre un être humain à l'expérience […]. La nutrition a été plus facilement, et mieux étudiée dans l'inanition hystérique. Dans les deux cas il y a une action d'épargne évidente : elle se traduit dans les modifications du poids, dans l'analyse des urines, dans la mesure de CO2 exhalé et O absorbé* »[299].

[293] Roux, J. (1897). « La Faim, étude psycho-physiologique », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon,* t.16/2, p. 409-455.

[294] *Ibid.*, p. 427. L'expression est soulignée par l'auteur.

[295] *Ibidem*.

[296] Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse : Ch. Dirion.

[297] *Ibid*., p. 13.

[298] *Ibid*., p. 10.

[299] Roux, J. (1897). *op. cit.,* p. 428.

L'adaptation des organismes au manque de nourriture se manifesterait principalement par une augmentation de « l'épargne »[300], dont la quantité est accessible par les mesures physiologiques, comme celles du niveau d'urée produite ou de CO_2 expiré. C'est donc au travers d'une économie corporelle faite d'accumulations et de dépenses énergétiques ajustées à la situation de jeûne, que les médecins expliquent la conservation d'un poids stable par les hystériques anorexiques. Par leur capacité à ralentir leur métabolisme, les jeûneurs et jeûneuses maintiendraient une activité normale avec une consommation énergétique limitée. Cette hibernation métabolique s'observe en partie à travers la mesure différentielle du CO_2 exhalé et de l'oxygène inhalé, mais également par la mesure de la température du corps. Roux remarque sur ce point que « dans l'anorexie hystérique, la température s'abaisse progressivement à mesure que l'inanition fait des progrès ; il n'est pas rare de la voir descendre à 35 degrés »[301]. Mohammed Samy Kamal signale de la même manière que durant la « période d'état » de l'anorexie, « la température centrale est toujours abaissée ; elle est au-dessous de 37°, même de 36°, mais la température périphérique l'est davantage »[302]. Autrement dit, en réaction au manque de nourriture, la température corporelle des anorexiques diminuerait de telle sorte que la quantité d'énergie dédiée à la production de chaleur s'amenuise.

Outre la diminution de la température corporelle, l'adaptation du métabolisme se traduit aussi par une augmentation des globules rouges. Au début du XXe siècle, le psychiatre Jules Tinel remarque : « L'examen du sang fournit encore un exemple de cette adaptation de l'organisme à une vie diminuée. Il n'y a aucune anémie ; plutôt même de la polyglobulie »[303]. L'adaptation métabolique se heurte toutefois à une limite temporelle, puisque cette période d'hibernation se conclut systématiquement par une perte de poids, et dans les cas les plus extrêmes, par une inanition pouvant mener à la mort. Roux affirme dès lors qu'« Empereur a pu commettre l'erreur de dire que les hystériques *ne dépensaient rien*, pouvaient vivre sans manger »[304]. Dans une fin de XIXe siècle hantée par l'épuisement pathologique des corps (Vigarello, 2020), les psychiatres s'intéressant à l'anorexie participent ainsi à l'élaboration scientifique des limites énergétiques du vivant, mais aussi à l'identification des capacités adaptatives des organismes.

[300] *Ibid*., p. 428-429.

[301] *Ibid*., p. 430.

[302] Samy Kamal, M. (1911). *L'anorexie mentale*, Thèse, Lyon, p. 19

[303] Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*, Prix Civrieux, Académie de médecine, p. 40.

[304] *Ibid.*, p. 429. Les termes figurent en italique dans le texte original.

Influx nerveux et habitudes : le temps de s'adapter

Roux, puis Noguès, interrogent dans leurs travaux les seuils perceptifs de la sensation de la faim, dite « normale » ou « pathologique ». Les médecins observent tous les deux une variation des niveaux de disparition de la sensation de faim, que Roux rattache à l'effacement de la « conscientisation », et que Noguès identifie comme relevant de « l'habitude ». Dans les deux cas, ces variations perceptives sont déterminées temporellement, en mesurant la fréquence et la répétition de l'emprunt d'une même voie nerveuse par un influx énergétique. En d'autres termes, suivant un effet d'usure des nerfs, plus un influx emprunte souvent et régulièrement une voie nerveuse allant des cellules organiques aux centres corticaux, plus le seuil perceptif s'élève. Ce phénomène d'ancrage nerveux est d'ailleurs ce qui explique chez Roux la disparition progressive de la conscientisation de certains gestes au cours d'un apprentissage, puisqu'un emprunt répété de la même voie nerveuse affaiblit progressivement la conscience de l'acte. Il précise par exemple que lorsque l'enfant apprend à marcher, cet acte requiert une surveillance de la part des centres supérieurs. Puis, dit-il, la marche devient automatique et « [l]es réflexes […] inconscients »[305]. Il ajoute : « Les mêmes réflexions peuvent être appliquées à la plupart de nos actes, à l'action de danser, de jouer du piano. Tous ces actes se perfectionnent par l'habitude, par la répétition ; lorsque la perfection est atteinte, la conscience disparaît »[306]. En se référant à l'apprentissage élémentaire de la bipédie, et à celui plus culturel des pratiques artistiques, Roux suggère donc que la disparition de l'attention consciente portée aux actes et aux gestes constitue une voie de « perfectionnement » de l'humain[307], c'est-à-dire une voie de développement allant à l'encontre de la dégénérescence (Doron, 2011). Ce perfectionnement correspondrait à une baisse de la quantité d'énergie nécessaire à la réalisation de certaines actions motrices et à leur contrôle[308]. Toutefois, cette automatisation ne s'applique pas à l'entièreté des phénomènes de la conscience. Lorsque Roux affirme que « dans la sensation de la faim, il n'y a pas autre chose qu'un réflexe nutritif cortical, réflexe encore incomplètement adapté »[309], il soulève une ambigüité qu'il semble lui-même avoir du mal à lever. Pour que l'humain vive, la sensation de faim doit arriver à la conscience. Or la perfection de l'humain

[305] *Ibid.*, p. 421.

[306] *Ibidem*.

[307] Il est intéressant de noter ici que la relégation dans l'inconscient de certains mouvements et réflexes correspondrait pour les savants à une relégation vers la dimension animale de l'humain. Ce mouvement permettrait, selon eux, à l'humain, d'acquérir un espace psychique suffisant pour traiter et orienter l'énergie vers des objets complexes de conscience, relevant des idées et de la moralité. À cet égard, le tournant des XIXe et XXe siècles est bien celui de l'animalisation de l'humain, de son refoulement inconscient, mais aussi de son apprivoisement par l'incorporation de son contrôle (Elias, 1973 [1939]).

[308] Cette conception économique de l'énergie et de sa répartition dans la perfectibilité humaine trouve ses applications les plus explicites dans les sciences du travail visant à optimiser la force motrice des travailleurs et le coût énergétique de la productivité. Voir par exemple : Guedj, 2006; Saraceno, 2014a, 2014b.

[309] Roux, J. (1897). *op. cit.*, p. 413.

reposerait sur une automatisation de certains gestes, et donc sur un effacement de leur conscientisation. Dans tout son paradoxe, la sensation de faim relève chez Roux autant d'une conscientisation adaptative du corps, induite par l'épuisement énergétique des cellules, que d'un processus nerveux continuellement inadapté. Car pour remplir son objectif premier, celui de conserver l'organisme en vie, la sensation de faim doit régulièrement advenir à la conscience de l'individu. De la même manière, Noguès souligne que la réparation organique et cellulaire n'est possible que si les activités nutritionnelles sont intimement associées à une conscientisation de la faim. Il écrit à ce sujet :

> « *La vie est caractérisée en effet par un double mouvement au niveau de la matière organique : l'une d'assimilation et l'autre de désassimilation. Leur succession rythmique et régulière assure l'équilibre vital, sans quoi les réactions chimiques libératrices de l'énergie dont nous disposons détermineraient l'usure et ensuite la destruction du protoplasma cellulaire. C'est au moment où nos éléments anatomiques ont besoin de réparation que la faim se fait sentir. Elle représente donc une sensation de la plus grande utilité puisque, automatiquement, nous sommes avertis de la nécessité de notre réparation organique* »[310].

Cette définition de l'utilité vitale de la faim met en lumière deux éléments clés dans la compréhension de l'approche physiologique de la variation des seuils perceptifs de cette sensation. Le premier, assez habituel dans les études psychophysiologiques de l'époque, renvoie à la proportionnalité de la force de l'influx nerveux, envoyé depuis le système nerveux périphérique jusqu'au cerveau, par rapport à l'activité nutritionnelle de l'individu. Les influx nerveux n'atteindraient le seuil perceptif de la faim que lorsque les cellules, nécessitant d'être réparées, réclameraient une quantité d'énergie non immédiatement disponible dans les tissus. Le second élément s'appuie sur le phénomène temporel d'habitude, compris comme la répétition d'une action motrice ou physiologique volontaire, consciente et orientée. Dans cette double perspective, Noguès affirme ainsi que :

> « *Si la sensation de la faim est graduée, elle est aussi rythmique. Elle ne réapparait pas aussitôt qu'elle a été satisfaite, mais seulement au bout d'un certain temps, variable suivant de multiples influences. L'habitude est un facteur puissant de cette rythmicité* »[311].

L'influx nerveux qui s'exerce avec une certaine force, et selon une certaine régularité, contribue donc au développement, mais aussi à la perfection de l'humain par l'automatisation rythmique des sensations. En somme, la sensation de faim ne se résume pas à une contraction de l'estomac,

[310] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 20-21.
[311] *Ibid.*, p. 18.

ni même à une alarme lancée par des cellules épuisées. Elle est l'expression d'un métabolisme en cours d'adaptation aux exigences énergétiques du milieu interne et externe. Au tournant des XIXe et XXe siècles, la mesure du métabolisme en psychiatrie s'enracine ainsi dans une psychophysiologie qui conçoit l'organisme en tant qu'entité réactive aux stimuli externes, mais aussi à ses propres stimuli internes (influx nerveux, activation cellulaire) et dont le fonctionnement serait influencé par les rythmes alimentaires.

Une vision spencérienne de l'évolution

L'apport du travail de Roux concernant les processus psychophysiologiques de la faim et de ses pathologies, par rapport à ceux d'Empereur ou de Gilles de La Tourette, réside dans la position adoptée par le médecin vis-à-vis de l'activité psychique consciente et inconsciente. En opposition avec l'« ancienne psychologie »[312], qui selon lui ne s'intéressait qu'aux phénomènes relevant de la conscience, c'est-à-dire aux « phénomènes subjectifs » et verbalisables, Roux promeut en effet l'étude de « ce qui précède la conscience »[313]. Il propose ainsi d'explorer les voies inconscientes de la sensation de faim en analysant les « réflexes » nutritifs des cellules, ainsi que ceux qui président l'acte de consommation de nourriture. La notion de réflexe renvoie dans son travail à la nature énergétique de l'influx nerveux et de son parcours au travers de l'organisme. Les processus perceptifs – dont la sensation de faim – résulteraient d'une trajectoire nerveuse suivie à plusieurs reprises par un influx énergétique, partant de la périphérie nerveuse et allant jusqu'à la « corticalité ». En d'autres termes, d'abord activé chimiquement par toutes les cellules organiques et tissulaires, l'influx nerveux serait ensuite lancé depuis les nerfs périphériques jusqu'au cerveau. Par ce procédé, l'organisme informerait le centre cortical du « besoin de prendre »[314], c'est-à-dire de la nécessité de se nourrir pour faire fonctionner et réparer des cellules affectées par un épuisement énergétique des tissus et des organes alentour. Roux remarque néanmoins que certains individus ne ressentent plus ce « besoin de prendre ». Il explique ce phénomène, qu'il décrit comme pathologique, par une altération des couches supérieures du système nerveux. Il écrit notamment à propos de l'anorexie : « Il existe, en effet, une affection nerveuse qui paraît essentiellement caractérisée par la disparition de la sensation de la faim, du réflexe nutritif cortical, les autres réflexes nutritifs médullaires ou bulbaires paraissant s'exercer normalement »[315]. En d'autres termes, l'anorexie résulterait d'une altération des fonctions cérébrales supérieures (censées assurer un « réflexe nutritif cortical »),

[312] Roux, J. (1897). *op. cit.*, p. 409.
[313] *Ibidem*.
[314] *Ibid.,* p. 413.
[315] *Ibid*., p. 422.

correspondant au lieu de traduction de l'influx en sensation consciente, et alors même que les autres réflexes, moins développés (ceux dits médullaires et bulbaires), continueraient de fonctionner, en lançant au corps des alertes quant au dépérissement cellulaire.

Pour comprendre cette conception psychophysiologique du fonctionnement de la psyché et de ses manifestations conscientes, il faut revenir à la lecture évolutionniste du système nerveux humain proposée par Herbert Spencer, et sur laquelle Roux semble prendre appui lorsqu'il relie les différents réflexes (corticaux, médullaires) à des couches nerveuses. Herbert Spencer perçoit le développement organique comme une complexification de la matière et des systèmes de relations noués entre les diverses fonctions physiologiques d'un même organisme, ou d'une société. Dans cette perspective, Spencer considère le réflexe comme une réponse automatique – c'est-à-dire la moins complexe – de la matière organique à un stimulus extérieur. Cette réponse forme un schéma d'action de base, qui se densifie au fil de l'évolution jusqu'à constituer un système nerveux complexe. Les organismes les plus développés seraient alors ceux possédant le système nerveux le plus dense, et pour lesquels la complexité des processus de réponses aux stimuli traduirait celle des interrelations entre les diverses fonctions physiologiques et nerveuses. En partant du réflexe, pour ensuite atteindre l'instinct et enfin la pensée consciente, le système nerveux humain serait ainsi devenu, au fil de l'évolution, l'organisme le plus complexe et développé du monde naturel. Si Roux ne se réfère pas directement à la théorie évolutionniste de Spencer, il explicite néanmoins son attache à ce qu'il nomme la « psychologie moderne »[316], qui, en rupture avec une approche purement philosophique de la maladie mentale, met en avant depuis Ribot (lui-même fervent lecteur de Spencer) la positivité des faits psychologiques, jugés observables par le biais des manifestations corporelles. Dans la préface de « La psychologie des sentiments »[317], Ribot exprime par exemple son attache à l'approche physiologique de la conscience. Il écrit :

> « *La thèse que j'ai appelée physiologique (Bain, Spencer, Maudsley, James, Lange, etc.) rattache tous les états affectifs à des conditions biologiques et les considère comme l'expression directe et immédiate de la vie végétative. C'est celle qui a été adoptée, sans restriction aucune, dans ce travail. Pour elle, les sentiments ne sont plus une manifestation superficielle, une simple efflorescence ; ils plongent au plus profond de l'individu ; ils ont leurs racines dans les besoins et les instincts, c'est-à-dire dans des*

[316] Roux, J. (1897). *op. cit*., p. 410.

[317] Ribot, T. (1896). *La psychologie des sentiments*, Paris : Alcan.

mouvements. La conscience ne livre qu'une partie de leurs secrets ; elle ne peut jamais les révéler complètement ; il faut descendre en-dessous d'elle »[318].

De la même manière, en décrivant la disparition de la sensation de faim, caractéristique de l'anorexie, comme relevant de la « disparition » d'un réflexe nutritif cortical, Roux place le fonctionnement normal et pathologique de la faim dans une conception psychologique évolutionniste du corps, où psychisme et physiologie sont intimement liés, et où le réflexe involontaire est intégré dans un système nerveux plus large de régulation des phénomènes de conscience. Comme la complexification de la matérialité du système nerveux correspond dans une perspective progressiste à une complexification des conduites et de la société, la disparition de la sensation de faim équivaudrait alors, toujours dans une vision spencérienne, à la disparition des fonctions cérébrales supérieures les plus complexes, c'est-à-dire relatives aux idées et à la pensée complexe. En miroir, selon Roux, la conservation, dans l'anorexie, des réflexes inférieurs bulbaires et médullaires, supposerait la possibilité du maintien pathologique de certains réflexes non conscients, situés dans le champ de ce qui « précède le fait de conscience »[319]. Par ailleurs, le travail de Roux prend explicitement racine dans une pensée positiviste – faisant référence à une accumulation, aussi bien à l'échelle de l'espèce qu'à celle de la vie de l'individu, de fonctions nerveuses – également défendue par Spencer. En effet, toute l'étude de la sensation de faim poursuivie par Roux s'appuie sur la reconnaissance d'un procédé de complexification du système nerveux, fait d'accumulation de couches nerveuses au cours du temps évolutif et individuel. Il explique par exemple que la constitution du système nerveux chez l'embryon est ce qui permet la transmission, dès la naissance, de sensations conscientes de faim et de douleur au système nerveux central. Ces sensations, indispensables à la survie du nourrisson et de l'espèce, résulteraient de la constitution intra-utérine d'un premier « système de conducteurs sensitif » myélinique en « fibres conductrices de la sensation de la faim ». Il déclare à ce propos :

« *Le premier [système de conducteurs sensitif] commence à se recouvrir de myéline au début du neuvième mois de la vie intra-utérine ; le second au moment de la naissance ; le troisième se développe seulement dans les premiers mois de la vie. Le premier système, seul, est susceptible de fonctionner à la naissance, c'est donc le seul qui nous intéresse, nous devons y chercher les fibres conductrices de la sensation de la faim* »[320].

[318] *Ibid*., p. IX-X.

[319] Roux, J. (1897). *op. cit*., p. 409.

[320] *Ibid*., p.441.

En d'autres termes, c'est la maturation intra-utérine du système nerveux qui rend possible la circulation des influx énergétiques, du système périphérique au centre cortical, et qui définit la capacité du cerveau à transformer ces influx en sensations. Roux en arrive donc à cette conclusion :

> « *À la naissance deux ordres de sensations arrivent à la corticalité : la sensation douloureuse et la sensation de la faim (ou de la soif). Il est d'ailleurs à remarquer que ce sont les deux seules sensations indispensables à l'enfant qui vient de naître : il faut que l'enfant puisse appeler à l'aide lorsqu'une cause destructive menace son existence (sensation douloureuse) ; il faut qu'il puisse réclamer sa nourriture lorsque le besoin s'en fait sentir (sensation de la faim) : il n'est pas encore nécessaire qu'il puisse se renseigner sur le monde extérieur* »[321].

La survie des jeunes individus et de l'espèce repose donc, dans cette perspective, sur l'efficience fonctionnelle d'un « premier » système nerveux sensitif. Les deux systèmes sensitifs suivants seraient, quant à eux, moins déterminants dans la survie première des individus, puisque non aboutis à la naissance. Cette reconnaissance de « systèmes conducteurs sensitifs » en maturation après la naissance suggère que les procédés nerveux de la sensation de l'humain continuent bien de se développer au cours de la croissance. Cette approche ontogénique, selon laquelle l'organisme continue de se complexifier bien après la période intra-utérine, laisse donc ici place à une possible influence du milieu sur le développement des organismes. Cette idée d'un inachèvement de l'humain à sa naissance prend notamment de l'ampleur à la fin du XIXe siècle avec la multiplication de travaux sur la psychogenèse, comme ceux du philosophe John Fiske ou du physiologiste William Preyer (Canguilhem & *al*., 2003 [1962]). Sans entrer dans le détail de ces travaux, notons qu'ils reconnaissent – en rupture avec une vision haeckelienne de l'évolution, faite d'une succession de générations où le milieu agit peu – l'influence de l'environnement sur les formes et les caractéristiques de développement, notamment durant la période de l'enfance. En étant largement relayés outre-Atlantique et outre-Manche dès la seconde moitié du XIXe siècle, ces travaux contribuent à faire des processus d'apprentissage des gestes et des actions, durant l'enfance, le modèle d'une matrice développementale à partir de laquelle est pensée la maturation du système nerveux.

L'approche psychophysiologique de l'anorexie s'appuie donc sur une activité technique dont les opérations de visualisation, de mesure et de comparaison des processus métaboliques participent à l'élaboration d'une « théorie du vivant » (Pitrou, 2022). Selon cette théorie, le

[321] *Ibid*., p. 440.

temps linéaire (la succession d'actes répétés) et l'habitude (la répétition d'actes dans le temps) jouent un rôle déterminant dans les manifestations des processus vitaux de développement, ainsi que dans leurs expressions, qu'elles soient jugées saines ou pathologiques, ou bien avancées ou reculées à l'échelle phylogénique. Le temps développemental, alors constitué de phases de progressions et de paliers, représente ainsi la clé de voûte de cette théorie par laquelle les médecins comprennent et expliquent les processus vitaux nutritifs.

Dans cette perspective, Roux formule, en quelque sorte, une hypothèse psychophysiologique répondant à l'énigme d'Empereur concernant le métabolisme des hystériques et leur capacité à vivre sans manger. Si ces dernières ne ressentent pas la faim, cela ne présume pas d'un ralentissement ou d'un arrêt complet de la nutrition, mais au contraire d'un fonctionnement nutritif automatique, incompressible et non conscientisé, des cellules et des organes. Somme toute, un processus archaïque, mais fondamental dans la survie primaire des organismes et de l'espèce. De ce point de vue, le modèle étiologique de la dégénérescence édifié à l'orée du XXe siècle en psychophysiologie ne conçoit pas seulement l'organisme comme une unité réactive à un milieu externe ou interne, mais aussi comme une entité active dans son propre développement, prenant part, chez l'humain, à un développement évolutif tourné vers la complexification neuronale et le perfectionnement de l'humain dans ses actes volontaires.

Une pathologie de la volonté

Dans les travaux de Joanny Roux, mais aussi dans ceux de Charles Féré[322] ou de Lucien Deniau[323], la disparition de la sensation de faim est ainsi interprétée au prisme d'une physiologie de la volonté[324]. Schématiquement, la volonté est définie dans ces travaux comme l'ensemble des actions et des comportements conscients et orientés vers un but. D'un point de vue psychophysiologique, ces actions et comportements sont sous-tendus par des mécanismes énergétiques et des cadres moraux. Cette conception de la volonté est en partie tirée d'une vision évolutive spencérienne de la conscience humaine, où la maturation organique et celle du système nerveux, en tant que support des phénomènes perceptifs, suivent une loi évolutive de complexification et de spécialisation progressive, morphologique et fonctionnelle (Beck, 2014). L'identification par Claude-Olivier Doron (2018), dans la pensée évolutionniste de Spencer, de trois centres nerveux correspondant à trois niveaux de complexification des fonctions

[322] Féré, C. (1892). *La pathologie des émotions : études physiologiques et cliniques*, Paris : Alcan.

[323] Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, Thèse, Paris.

[324] La nature et les manifestations de la volonté sont largement débattues au début du XXe siècle au sein notamment de la philosophie vitaliste et des théories marxistes du travail. Voir par exemple à ce sujet : Mazeron, 2020 ; Saraceno, 2014b.

physiologiques à l'échelle évolutive, permet une nouvelle fois de mieux comprendre la vision évolutionniste de la volonté, portée Roux et Noguès dans leur exploration neuronale et cellulaire de la sensation de faim. Le premier niveau, correspondant au « système végétatif » renvoie aux fonctions organiques les plus élémentaires, telles que l'activité nutritionnelle d'épargne et de production d'énergie. Il est constitué par les centres nerveux indépendants du cerveau, qui préfigurent les actions réflexes involontaires les plus élémentaires, provoquées par la réaction nerveuse de la moelle épinière. Ce niveau est considéré comme le plus stable, mais aussi comme le moins conscient et le plus essentiel à la vie et la survie de l'espèce. Il est notamment identifié, tel que nous l'avons vu chez Roux, comme le premier système nerveux myélinique développé durant la période intra-utérine. Le second niveau est celui des « instincts ». Il se situe dans les parties postérieures du cerveau, et correspond à tout ce qui relève « *de la préservation et reproduction de l'espèce*[325] » (Doron, 2018 : 20), en lien notamment avec les phénomènes perceptifs. Ce niveau correspond aux automatismes. Il est relativement fixé, sans pour autant être aussi stable que le niveau précédent, ce qui en fait « potentiellement le lieu de tous les dangers » (*ibid.* : 21). Enfin, le troisième niveau est le centre des « représentations » et de « la pensée ». Situé dans les parties antérieures du cerveau, il est à la fois le niveau le plus récemment acquis par l'humain, le plus évolué, mais aussi le plus instable. Il présente ainsi une grande plasticité, et est à la fois « le lieu par excellence des déséquilibres » (*ibidem*.) et le support matériel d'inscription des pratiques d'éducation. Ces trois niveaux correspondent chez l'humain aux étapes phylogénétiques de développement de l'espèce, et à celles ontogéniques du développement du système nerveux des individus.

Doron souligne que dans la pensée spencérienne, ces trois niveaux sont non seulement interdépendants, mais aussi hiérarchiquement reliés entre eux. Autrement dit, si l'un est touché, le précédent le sera à son tour. Cette mise en relation se constitue à un moment particulier du XIXe siècle, lorsque les scientifiques sont « obsédés » par l'idée d'un contrôle des centres archaïques par les centres nerveux les plus récents (Doron, 2018 : 22). Il semble que cette obsession ait largement touché Roux, puis Noguès, qui ont tous deux tenté de délimiter le rôle respectif des centres périphériques les plus anciens à l'échelle phylogénétique, et celui du système nerveux central, associé aux fonctions cérébrales les plus développées. Par ailleurs, sans pour autant reprendre l'exacte typologie de Spencer, ces deux auteurs expliquent les relations complexes qui relient les diverses couches du système nerveux par cette même « hiérarchie de force » (*ibid.* : 19), induisant une imbrication entre réflexes de nutrition, instincts

[325] Ces termes figurent en italique dans le texte d'origine.

de préservation de l'espèce, et idées et représentations de la nourriture. L'anorexie est alors interprétée par les psychophysiologistes comme un trouble de la « volonté », dans le sens où elle repose sur l'altération, aussi bien temporelle qu'énergétique, du système et des centres nerveux supérieurs (notamment les centres corticaux), régissant les sensations et les processus physiques conscients, qui guident les actes et les actions.

Ainsi, en reconnaissant aux organismes une capacité à réagir à la quantité d'énergie disponible, la psychiatrie neurologique telle que défendue par Constantin Empereur ou Georges Gilles de La Tourette, suppose un équilibre mécanique entre état nutritionnel et lésion organique dégénérative, notamment neuronale. Cependant et comme souligné jusqu'ici, cette approche psychiatrique ne se cantonne pas à un réductionnisme mécanique où le corps ne serait qu'une simple machine utilisant avec constance et régularité l'énergie disponible, puisqu'elle propose, au contraire, d'étudier les variations métaboliques issues des relations d'influence entre l'état mental et l'activité nutritionnelle. De surcroît, la psychophysiologie défendue par Joanny Roux, puis par Georges Noguès, nuance un peu plus cette approche, en éclairant les rapports physiques entre développement organique du système nerveux central et adaptation de l'état nutritionnel à l'énergie disponible. Chez ces médecins expérimentateurs, la notion de conscientisation et celle d'habitude traduisent une vision adaptative de l'organisme par le biais d'un métabolisme, dont l'activité se modifie au fil d'une exposition répétée et rythmée à certains stimuli énergétiques. La pensée spencérienne, dans laquelle puise la psychophysiologie, appréhende la dégénérescence comme un processus tourné vers le futur. Le phénomène dégénératif est alors lu comme une altération du développement du système nerveux, et de ses capacités d'adaptation.

C'est donc en tant que phénomène adaptatif, modulé par la répétition d'une même action dans le temps, que la sensation de faim entre dans le champ du « biopouvoir » (Foucault, 1997) sous la forme de perceptions corporelles à discipliner par des apprentissages, mais aussi comme un processus biologique général à réguler, au niveau de l'espèce humaine, par ces mêmes processus. En effet, ces connaissances psychiatriques et psychophysiologiques en matière de nutrition posent de solides bases pour l'élaboration biopolitique de « seuils métaboliques » d'âge et de genre de l'anorexie, comme nous allons le voir à présent.

2. Équilibres et déséquilibres métaboliques

Dans les sciences naturelles et biologiques du XIXe siècle et du XXe siècle, le métabolisme recouvre un ensemble d'opérations physiologiques et politiques de construction d'un soi national, en opposition à un autre pathologique. La sociologue Houria Bentouhami-Molino (2023) situe ainsi le métabolisme à la jonction de la matérialité des éléments nutritifs dont l'organisme aurait besoin pour maintenir ses fonctions vitales, et des normes sociales de genre et de « race » relatives aux corps et à la santé. Elle montre que dans les textes de philosophes et dans les travaux publiés par les médecins et hygiénistes du XIXe siècle, le métabolisme constitue une matrice biologique à partir de laquelle les normes corporelles sont produites et incorporées. Les travaux réalisés par Claude Bernard dans les années 1850 autour de la métabolisation du sucre par le foie, s'inscrivent par exemple dans un cadre scientifique centré sur la thermodynamique, mais aussi sur une économie coloniale européenne d'extraction sucrière. Bentouhami-Molino propose ainsi de saisir les mesures médicales du métabolisme, effectuées au tournant des XIXe et XXe siècles, comme un « point d'observation de la construction sociale du sexe et de la race » (2023 : 48). À partir de cette proposition et en partant du métabolisme comme d'un point d'observation de la construction de temps de vie sexués, nous nous concentrons ici sur la naturalisation des passages d'âge, telle qu'elle s'opère au sein des discours scientifiques et médicaux des XIXe et XXe siècles portant spécifiquement l'alimentation infantile et des adolescentes.

2.1. Le coût énergétique de la croissance : politique, médecine et nutrition

Da fin du XVIIIe siècle, la question nutritionnelle entre au cœur des pratiques savantes de gouvernement du vivant (Doron, 2011). Dans le cadre de la zootechnie[326], il s'agit de limiter la dégénérescence des races en contrôlant les « trois fonctions essentielles de tout être vivant (génération, nutrition, rapport au milieu) qui conditionnent son existence » (*ibid.* : 434). Au XIXe siècle, les scientifiques appliquent aux institutions et aux humains les pratiques d'équilibrage des crédits et des dépenses alimentaires, initialement utilisées dans les domaines agricoles et de l'élevage (Depecker, 2024). Cette application a pour effet d'importer dans le champ médical des pratiques de quantification des besoins nutritionnels, tout en renforçant les angoisses liées à une menace de la dégénérescence de l'humain qui serait causée par un manque ou un excès alimentaire[327]. La rivalité montante entre les pays européens fait naître des

[326] La zootechnie désigne l'ensemble des techniques et connaissances liées à l'élevage et à la production de produits animaliers.

[327] Rappelons ici l'ouvrage déjà mentionné du médecin vulgarisateur Ernest Monin « L'hygiène des riches » (1891). Dans cet ouvrage, Monin fait état des maladies (diabète, obésité) développées par les personnes aisées adoptant des comportements d'excès alimentaire.

inquiétudes vis-à-vis des effets néfastes de l'urbanisme, comme de l'industrialisation massive, sur les corps. L'entassement des ouvriers dans les faubourgs multiplie les risques d'épidémies et la paupérisation de la population ouvrière fragilise une force de travail nécessaire à l'épanouissement industriel du pays. Tout au long du XIXe siècle se déploient ainsi des monographies et des enquêtes alimentaires, menées auprès de ménages ouvriers et des classes laborieuses (Lhuissier, 2007). Ces enquêtes[328] s'enracinent dans une Europe industrialisée inquiète des conditions ouvrières (Geerkens & *al*., 2019), et constituent des jalons pour les nombreuses réformes sociales et sanitaires. D'un côté, les lois et les campagnes sanitaires mises en place par les pouvoirs publics s'appuient sur ces enquêtes afin d'assurer le renouvèlement d'une main-d'œuvre nécessaire à la marche industrielle prise par le pays (Schlegel, 2016) ; de l'autre, les enquêtes alimentaires réalisées par des syndicats et militants servent à la dénonciation des conditions d'existence de la classe ouvrière. Au tournant des XIXe et XXe siècles, les connaissances produites autour de l'énergie, en chimie biologique et dans les sciences nutritionnelles (Apple, 1995 ; Carpenter, 1994) sont exploitées par divers groupes hygiénistes engagés dans cette « nébuleuse réformatrice » (Topalov, 1999), qui se rencontrent lors des congrès d'hygiène, de pédiatrie et de médecine sociale. Dès les années 1900, certains de ces groupes proposent de déterminer médicalement et scientifiquement le meilleur équilibre entre les dépenses physiologiques et les apports nutritionnels et caloriques fournis par les différents aliments (Depecker & *al*., 2013). Dans une optique de réduction des épidémies et d'enrayement de la mortalité infantile, certains groupes organisent dans la première décennie du XXe siècle des campagnes de diffusion, principalement à destination des classes populaires, de normes alimentaires rationnelles (Bruegel, 2013). La fondation de la *Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle de l'homme* (SSHA) impulse ainsi, dès sa création en 1904, une enquête alimentaire[329] étayant « l'hypothèse de la malnutrition comme facteur favorisant la tuberculose » (Bruegel, 2013). Le médecin Louis Landouzy, avec le chimiste Henri Labbé et le professeur Marcel Labbé, tous trois en charge de cette enquête, affirment au fil de leur enquête que pour « régler l'alimentation » efficacement, il faut prendre en compte non seulement « le genre de travail du sujet », la « stature » et le « poids », mais aussi les divers états physiologiques comme « la croissance, la grossesse ou l'allaitement ». Ils

[328] Par exemple : Simon, J. (1861). *L'Ouvrière*, Paris : Hachette ; Bonneff, L., Bonneff, M. (1908). *La Vie tragique des Travailleurs : enquêtes sur la condition économique et morale des ouvriers et ouvrières d'industrie*, Paris : Jules Rouff et Cie.

[329] Landouzy, L., Labbé, H. & Labbé, M. (1905). *Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens : Ce qu'elle est : irraisonnée, insuffisante, insalubre, dispendieuse ; ce qu'elle pourrait être : rationnelle, suffisante, salubre, économique,* Enquête présentée à la IVe section du Congrès international de la tuberculose (2-7 octobre), Paris : Masson ; Landouzy, L. (1908). *L'alimentation rationnelle : Conférence faite à la Sorbonne, mars 1908 par le professeur L. Landouzy*, Paris : Masson.

proposent dans cette optique un calcul rationnel des quantités alimentaires quotidiennes nécessaires à chaque individu. Et ceci, non seulement en prenant en compte le métier réalisé (métier de force, sédentaire), mais aussi en se rapportant aux périodes de vie traversées par les individus, qui sont associées à des activités physiologiques irréductibles, dont la croissance et la procréation. Les personnes enceintes et allaitantes (mères, nourrices) sont notamment incitées à ajouter une « ration de grossesse » ou d'« allaitement » à leur « ration de travail » et « d'entretien »[330], c'est-à-dire aux calories[331] nécessaires au corps en activité de travail et de restauration des tissus au repos. Les enquêteurs soulignent ainsi que certaines travailleuses jeunes et enceintes combinent un état de croissance et de grossesse. Dans ce cas, les rations énergétiques doivent encore s'accroître pour répondre aux multiples besoins physiologiques :

> « *Cette ration doit être encore plus considérable dans le cas spécial, mais non exceptionnel, de la jeune femme de dix-huit à vingt-cinq ans, enceinte et travaillant pour vivre. Ici, la nourriture, en plus de la ration d'entretien, en plus de la ration de travail, doit fournir encore une double ration de développement, puisqu'il s'agit d'assurer la croissance d'une mère jeune et de son bébé* »[332].

En somme, le mouvement de l'alimentation rationnelle s'appuie au début du XXe siècle sur l'idée que tout processus vital, y compris la croissance, aurait un coût énergétique. L'intérêt scientifique pour la dépense énergétique réclamée par le travail productif et reproductif des femmes corrobore ici l'intuition d'Edward Shorter (1984) quant à la fin de l'infériorisation corporelle des femmes au XXe siècle. Dans la France industrielle, les femmes concourent, au même titre que les hommes, à la production de marchandises, mais aussi à la production de nouvelles forces de travail, les enfants[333]. Toutefois, si le corps des femmes est reconnu, au même titre que le corps masculin, comme consommateur d'énergie, cette consommation reste attachée à une spécificité biologique d'âge et de sexe qui se caractérise par l'activité de procréation. D'un point de vue « sécuritaire » (Foucault, 2004b, 2004c), il s'agit donc dans le cadre de la médecine sociale, et comme cela est préconisé dans l'étude dirigée par

[330] Par exemple : Maurel, É. (1909). *Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique. Ration de la grossesse, de l'allaitement et du travail. Influences qui modifient toutes les rations. Indications pratiques sur les aliments d'origine animale et végétale*, Paris : Doin.

[331] À cette période, la calorie sert principalement, en biochimie, d'unité de mesure de la chaleur. Elle correspond à la quantité de chaleur nécessaire pour élever d'un degré la température de l'eau. Dans les sciences nutritionnelles, elle renvoie donc à la quantité de chaleur nécessaire au corps pour fonctionner au repos et dans ses activités de travail.

[332] Landouzy, L., Labbé H. & Labbé, M. (1905). *op. cit.*, p. 43.

[333] Pour approfondir les enjeux matérialistes (au sens marxiste) que recouvrent les notions de travail productif et reproductif et leurs diverses critiques, voir l'entretien croisé « La maternité et le "travail reproductif" en questions », avec Anne-Marie Devreux, Francine Descarries, Françoise Thébaud et Louise Vandelac (Mathieu & *al*., 2017).

Landouzy, de renforcer les corps en diminuant leur fatigabilité, et ceci, par une gestion rationnelle de l'énergie ingérée et dépensée.

Les premières années d'instauration de la IIIe République française sont marquées par un fort rapprochement entre le champ politique et le champ médical. Les médecins intègrent en masse l'Assemblée nationale et les partis politiques, aussi bien progressistes que conservateurs, et participent à l'établissement de politiques natalistes et familialistes (De Luca Barrusse, 2009). Afin de maintenir une population nationale saine et pourvoyeuse de force de travail, la dégénérescence est présentée comme le danger ultime contre lequel il faut se prémunir pour survivre en tant qu'espèce (Foucault, 1997). Les médecins et les acteurs politiques, aussi bien à l'échelle nationale que départementale, interviennent de concert dans le gouvernement statistique de la population, favorisant ainsi l'ajustement de seuils légaux de régulation de l'accès à une activité ou à un statut social aux observations médicales d'états physiologiques de genre et d'âge. Par exemple, de manière à limiter la mortalité et l'étiolement des enfants, l'âge minimum du travail des mineurs est placé en 1874[334] à dix ans, et le temps de travail est abaissé à huit heures par jour. Dès 1892[335], l'embauche des enfants de moins de treize ans est soumise à l'obtention par ces derniers d'un certificat médical d'aptitude physique. Les filles de plus de dix-huit ans ne peuvent, quant à elles, pas être « employées à un travail effectif de plus de onze heures par jour ». Dans le champ scolaire, une loi présentée par Jules Ferry en 1882[336] encadre l'obligation scolaire pour les enfants des deux sexes ayant entre six et treize ans. De plus, et bien que déjà présentes sur le territoire français depuis le milieu du XIXe siècle sous diverses actions de charité, les ouvertures de cantines scolaires à destination des enfants les moins aisés se multiplient avec l'arrivée des républicains au pouvoir (Nourrisson, 2004). L'un des objectifs de la mise en place de ces cantines est d'attirer un grand nombre d'enfants à l'école, notamment parmi les populations laborieuses qui échappent encore majoritairement au tout début du XXe siècle à l'institution scolaire républicaine et laïque. Les espaces scolaires visent alors, dans une perspective prophylactique, à renforcer les corps des élèves malnutris en leur offrant sur le temps du midi un repas consistant[337]. Ces réformes sanitaires et sociales cristallisent la mise en

[334] Loi du 19 mai 1874 relative au travail des enfants et des filles mineures dans l'industrie [en ligne], Url : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000521095 (page consultée le 20/02/2024).

[335] *Loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles et de femmes dans les établissements industriels* [en ligne] (page consultée le 18/02/2024). Url : https://travail-emploi.gouv.fr/sites/travail-emploi/files/files-spip/pdf/Loi_du_2_novembre_1892.pdf.

[336] *Loi du 28 mars 1882 portant sur l'organisation de l'enseignement primaire* [en ligne] (page consultée le 17/02/2024) Url : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006070887.

[337] Voire trop consistant comme le souligne Didier Nourrisson en affirmant que dans les écoles « *l'ignorance des règles élémentaires de l'alimentation enfantine est grande. Les erreurs nutritionnelles y sont nombreuses : trop de graisses, repas peu variés et difficiles à digérer, portions excessives ou alors incongrues, etc.* » (Nourrisson, 2004 : 231).

dialogue des savoirs médicaux sur la croissance et le développement avec les intérêts économiques du pays en faveur du maintien du bien commun[338]. Dans ce contexte, les normes nutritionnelles de croissance sont discutées par les médecins et les hygiénistes, tandis que l'anorexie du nourrisson et l'anorexie « infantile et juvénile »[339] deviennent, au sein de la pédiatrie, un sujet de préoccupation.

L'anorexie du nourrisson

En 1910, la *Revue de médecine et de chirurgie pratique* publie le résumé d'une leçon clinique réalisée par le pédiatre Victor Hutinel à l'hôpital des Enfants malades de Paris[340]. Dans cette leçon, Hutinel expose le cas d'une anorexique de douze ans présentant d'après l'article : « Le type de cet état si particulier que Lasègue a décrit sous le nom d'anorexie hystérique et qu'on désigne plutôt maintenant sous celui d'anorexie mentale »[341]. Il est ensuite ajouté :

> « *Dans cet état, les enfants qui ne sont pas des malades à proprement parler refusent de manger et tombent peu à peu dans l'émaciation. Ce sont le plus souvent de jeunes filles entre douze et dix-neuf ans qui sont atteintes, mais on peut voir cet état se produire chez de jeunes garçons ou chez des adultes. On le voit même chez des nourrissons. Il faut donc y penser toujours et ne pas admettre d'emblée une affection organique* »[342].

Dans un même mouvement, la cause purement organique de l'anorexie est ici remise en question, et la possible observation de cette pathologie est étendue à tous les âges de la vie ainsi qu'aux deux sexes. Dans cet extrait, il est même admis que l'anorexie mentale s'observe chez les nourrissons, chose encore inhabituelle au début du XXe siècle. Cette référence aux jeunes enfants en tant qu'individus potentiellement porteurs de troubles psychiques fait ici écho au travail de Paul Bézy sur l'hystérie infantile, et déjà citée dans ce travail en lien avec la *chronologisation* de la maladie mentale[343]. Dans « L'hystérie infantile et juvénile »[344], Bézy évoque notamment la difficulté pour Jean-Martin Charcot de diagnostiquer un état hystérique chez les enfants en bas âge, en raison d'une construction psychique fortement inaboutie. Ceci

---

[338] Dans la pensée philosophique et politique évolutionniste du début du XXe siècle, le bien commun recouvre notamment l'encadrement politique des processus de développement de l'espèce humaine. Certains penseurs comme Walter Lippmann ou John Dewey vont dans cette perspective, bien que de diverses manières, défendre l'action de l'État dans l'accompagnement du développement de l'humain, par le biais de certaines politiques sociales ou interventionnistes. Pour approfondir, voir par exemple : Heynen, 2014 ; Stiegler, 2019.

[339] Par exemple : Comby, J. (1927). « Anorexie infantile et juvénile (n°377) », *La Presse Médicale*, mars, p. 40.

[340] Cité par Lucas-Championnière, P. (1910). « Hôpital des enfants malades (Clinique de M. le Professeur Hutinel) - Anorexie mentale », *Revue de médecine et de chirurgie pratique*, t.81, p. 495-497.

[341] *Ibid*., p. 495.

[342] *Ibidem.*

[343] Cf. Chapitre 4, partie 1.1 « Une hiérarchisation chronologique des symptômes », *Âge et curabilité de l'hystérie*.

[344] Bézy, P. (1900). *L'hystérie infantile et juvénile*, Paris : Vigot frères.

relève pour lui, dit-il, d'une « question délicate ; [car] si l'hystérie est une maladie psychique, comme le dit Charcot, il est difficile d'admettre qu'elle ait une prise importante sur le psychisme d'un enfant âgé de quelques semaines »[345]. En d'autres termes, l'immaturité du psychisme des nourrissons empêcherait l'apparition de troubles psychiques et neuronaux comme l'hystérie. Ce débat autour de la possible présence de troubles psychiques chez de jeunes enfants se retrouve donc, plus de deux décennies plus tard, autour de la figure du nourrisson anorexique. En 1927, le pédiatre Jules Comby, bien que perplexe à l'idée que les jeunes enfants puissent préméditer leurs actes, reconnait l'existence chez eux de cas d'« anorexie infantile et juvénile ». Il déclare à ce propos :

> « *Mais un petit enfant, un bébé, dont l'intelligence est à peine éveillée et le jugement embryonnaire ! Peut-on admettre qu'il prémédite son anorexie ? Le fait existe néanmoins et il s'explique mal. Qu'il raisonne ou non, qu'il veuille ou ne veuille pas, le nourrisson, quand il est nerveux, distrait, excitable, abandonne le sein, repousse le biberon ou la cuillère aux heures habituelles des repas* »[346].

La persistance de ce débat suggère que l'anorexie des enfants et des nourrissons conserve une certaine pertinence, voire semble gagner en intérêt médical, et ceci malgré un rapide déclin après 1900 des débats cliniques autour de l'hystérie infantile. Il est ainsi possible de repérer dans des essais, articles ou leçons cliniques datant des années 1910 et 1920, plusieurs références à l'anorexie du nourrisson[347].

Cet intérêt grandissant pour ce type d'anorexie est d'une part hérité des théories psychanalytiques du début du XXe siècle, qui font remonter dans l'enfance la plus reculée la constitution psychique d'un « soi » adulte et agissant (Steedman, 1995). Ceci induit notamment une attention nouvelle et particulière portée à l'enfance, considérée comme une période de modelage de l'adulte futur, mais aussi comme un temps de vie dangereux, car susceptible de faire germer divers troubles psychiques et physiologiques qui se révèleront à l'âge adulte. Cette figure du nourrisson anorexique s'inscrit aussi, et peut-être plus encore, dans le déploiement d'une « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995) marquée par un réagencement des frontières du normal et de l'anormal. Avec cette médecine, la maladie cesse d'être au centre des

---

[345] *Ibid*., p. 47.

[346] Comby, J. (1927). « Anorexie infantile et juvénile », *La Presse Médicale,* Paris : Masson et Cie*,* p. 79.

[347] Voir par exemple : Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants / organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, n°3, p. 67-72 ; s.a. (1922). « Pharyngo-spasme infantile ou anorexie-mentale par le Dr. E. Weill, Professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Médecine de Lyon », *Pédiatrie : revue mensuelle de médecine et de chirurgie infantile, de puériculture, d'hygiène sociale et d'éducation physiques*, n°5, p. 53-59.

regards, au profit d'une surveillance continue de la croissance des enfants et de ses anormalités. Le corps de l'enfant est dans ce cadre porteur de multiples potentialités de développement, autant heureuses que malheureuses. Face à cette perpétuelle incertitude, les pédiatres scrutent dans les dispensaires et à leur cabinet, les corps et les comportements des enfants en bas âge. Ils pèsent et toisent les nourrissons, produisent des savoirs sur la croissance des enfants et se font les relais de pratiques de puériculture réglées par l'horloge et la balance.

L'horloge et la balance

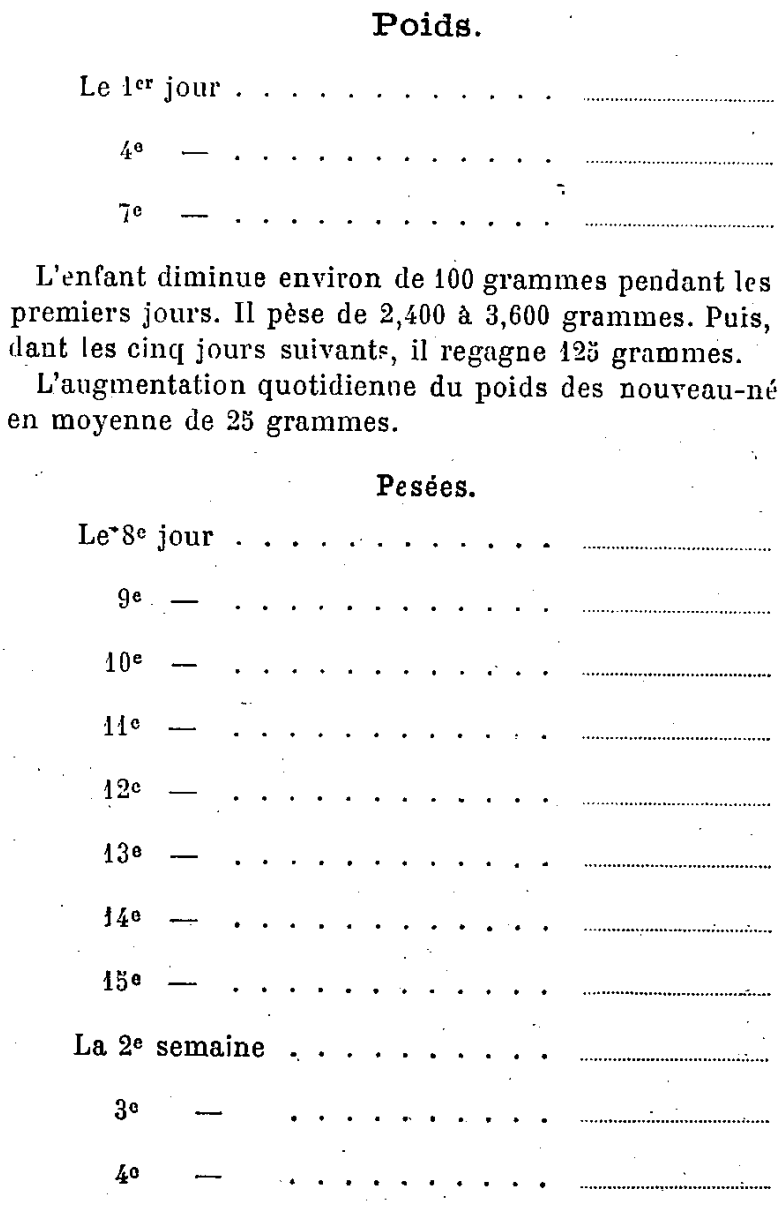
Le cas d'anorexie du nourrisson le plus diffusé dans les revues médicales est celui rapporté par le pédiatre Buffet-Delmas[348]. En 1907, le médecin observe la dégradation soudaine de l'état de santé d'un nourrisson de onze mois, refusant obstinément le sein de sa mère. Cette observation est réalisée à un moment où la reconnaissance administrative et sociale de la période de la « petite enfance » provoque une forte demande publique en matière de spécialisation de la médecine. Au début du XXe siècle, la pédiatrie gagne en légitimité et s'autonomise, bien que timidement, de la médecine générale (Prescott, 1998). En tant que détenteurs « d'un savoir spécifique, de compétences techniques et méthodologiques mises au service d'une action » (Bantigny, 2011 : 3) que nous pourrions qualifier d'hygiéniste, de politique et de sociale, les médecins pédiatres deviennent alors les « experts » en matière de règles alimentaires infantiles. Par cette expertise médicale, ils contribuent à la « régulation normative de l'enfance » (Turmel, 2013 : 140), en matière notamment de taille et de poids.

Le médecin René Vaucaire publie dans cette perspective en 1898 l'un des premiers carnets de santé français. Dans ce « Livret médical » de plus de deux cents pages, qui s'apparente pour reprendre les mots de l'historienne Catherine Rollet (2008) « à un manuel de puériculture », figurent de multiples informations sur les maladies infantiles, ainsi que des listes de prescriptions alimentaires ou hygiéniques. De manière générale, les livrets sanitaires comportent divers tableaux de poids, préremplis ou à compléter, servant à surveiller le développement des enfants. Pour les nouveau-nés, ces tableaux permettent d'inscrire et de visualiser l'évolution du poids durant les premières semaines de vie, en indiquant l'augmentation pondérale quotidienne en grammes (*cf*. illustration 14, ci-dessous). Pour le suivi des enfants les plus âgés figurent divers espaces de notation de la taille et du poids tout au long de la période de la croissance. On trouve aussi des tableaux de croissance sur lesquels figure le poids moyen des enfants, en fonction de leur âge chronologique indiqué en année. Les normes

[348] Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°5, p. 155-159.

de poids sont différenciées selon le sexe et la taille de l'individu, à partir de l'âge de la naissance ou l'âge de cinq ans, et jusqu'à l'âge adulte placé à quinze ans (*cf.* illustrations 15 et 16, ci-dessous).

***Illustration 14**. Espace de notation du poids durant les premières semaines (1898)*



Poids.

Le 1er jour . . . . . .

4e — . . . . . .

7e — . . . . . .

L'enfant diminue environ de 100 grammes pendant les deux premiers jours. Il pèse de 2,400 à 3,600 grammes. Puis, pendant les cinq jours suivants, il regagne 125 grammes.

L'augmentation quotidienne du poids des nouveau-nés est en moyenne de 25 grammes.

Pesées.

Le 8e jour . . . . . .

9e — . . . . . .

10e — . . . . . .

11e — . . . . . .

12e — . . . . . .

13e — . . . . . .

14e — . . . . . .

15e — . . . . . .

La 2e semaine . . . . . .

3e — . . . . . .

4e — . . . . . .

Source : Vaucaire, R. (1898). Livret médical (carnet de santé), Paris : E. Fasquelle, p. 12.

***Illustration 15**. Tableau des rapports entre l'âge, le poids et la taille selon le sexe (1898)*

Rapports entre l'âge, le poids et la taille.

HOMMES		ENFANTS			FEMMES	
MESURE	POIDS en kilogrammes.	AGE	POIDS EN KILOGRAMMES		MESURE	POIDS en kilogrammes.
			GARÇONS	FILLES		
1m57	57	5 ans	22 1/2	18	1m46	44 1/2
1,595	60 1/2	6 —	24 1/2	19 1/2	1,49	46 1/2
1,620	63	7 —	26	22	1,52	48
1,645	64 1/2	8 —	27	23 1/2	1,54	50
1,668	65 1/2	9 —	29 1/2	26	1,57	51 1/2
1,694	67	10 —	31 1/2	28	1,59	55
1,710	70 1/2	11 —	33	32	1,63	58
1,746	73 1/2	12 —	36	35	1,65	62
1,770	76 1/2	13 —	38	40 1/2	1,67	63
1,796	79	14 —	44	44 1/2	1,69	67
1,825	80 1/2	15 —	45	45 à 45 1/2	1,71	71 1/2
1,850	85					

Source : Vaucaire, R. (1898). Livret médical (carnet de santé), Paris : E. Fasquelle, p. 15.

***Illustration 16**. Livret sanitaire : tableaux de croissance (1923)*

Tableau de croissance en Taille des 12 premiers mois

AGE	Moyennes	Taille du Bébé	AGE	Moyennes	Taille du Bébé
Naissance...	0 m. 50		7 Mois.....	0 m. 65	
1er Mois....	0 m. 54		8	0 m. 66	
2e —	0 m. 57		9	0 m. 67	
3e —	0 m. 60		10	0 m. 68	
4e —	0 m. 62		11	0 m. 69	
5e —	0 m. 63		12	0 m. 70	
6e —	0 m. 64				

Tableau de croissance en Poids des 12 premiers mois

AGE	AUGMENTATION EN POIDS				Totaux par mois des poids	
	Par Mois	Par Jour	Par Mois	Par Jour	Moyens	Du Bébé
A la naissance : 3 kilos 500			du Bébé :			
1er Mois..	750 gram.	25 gram.			4 k. 250	
2 — ..	700 —	23 —			4 950	
3 — ..	650 —	22 —			5 600	
4 — ..	600 —	20 —			6 200	
5e — ..	550 —	18 —			6 750	
6e — ..	500 —	17 —			7 250	
7e — ..	450 —	15 —			7 700	
8e — ..	400 —	13 —			8 100	
9 — ..	350 —	12 —			8 450	
10e — ..	300 —	10 —			8 750	
11e — ..	250 —	8 —			9 "	
12 — ..	200 —	7 —			9 200	

Tableau de Poids et Taille moyens des Enfants et des Adultes jusqu'à 15 ans

AGE	Poids	Taille	AGE	Poids	Taille	AGE	Poids
1 an.....	9 kilos	70 cent.	6 ans	16 kil. 500	111 cent.	11 ans....	26 kilos
2 —	11 — 500	85 —	7 —	18 — 500	121 —	12 —	30 —
3 —	13 —	93 —	8 —	20 —	125 —	13 —	34 —
4 —	14 —	97 —	9 —	22 —	128 —	14 —	38 —
5 —	15 —	103 —	10 —	24 —	130 —	15 —	45 —

Source : Le livret médical et sanitaire (carnet de santé, individuel et privé). (1923). Paris, Bureau des commandes. © A.Camille Piétri

En incitant les parents et les éducateurs à mesurer et consigner l'évolution de la taille et du poids des enfants, ces tables de croissance forment un matériau de base à partir duquel les médecins pédiatres étendent leur champ d'action médical à une surveillance continue et quasi quotidienne de la santé de la population enfantine. Le sociologue de l'enfance André Turmel (2013 : 264) explique sur ce point qu'au début du XXe siècle :

> « *La pédiatrie n'étant plus considérée comme une pratique limitée à la seule guérison des maladies des enfants, l'élargissement de son intervention se fait en direction des conditions d'hygiène, de l'alimentation du nourrisson, de la nutrition et autres, au-delà de son traditionnel champ restreint ; elles permettent une traduction originale de la santé des enfants* ».

De cette manière, l'augmentation régulière de la quantité alimentaire ingérée par l'enfant est associée, dans l'observation d'une anorexie du nourrisson chez Buffet-Delmas – et *a fortiori* dans les textes reprenant sa leçon clinique[349] –, autant à une augmentation de la masse pondérale qu'à une amélioration de l'état de santé général. Le médecin relève ainsi, au fil des gavages, une reprise du cours de la croissance jusqu'ici mise en péril en raison de la sous-alimentation induite par l'anorexie. Dans son texte, apparaissent alternativement, sous formes de listes, le poids successif de l'enfant au cours du traitement, des informations sur les « gavages » subis, ainsi que des éléments sur son comportement et ses activités. Il est par exemple noté :

> *« 30 octobre : poids nu, 8 kil. 350.*
> *6 novembre : 8 kil, 690. L'amélioration s'accentue tous les jours ; l'enfant marche pendant 800 mètres, sans se reposer.*
> *[...]*
> *11 décembre : poids nu, 10 kil,. 320. .*
> *L'augmentation de poids (700 grammes) pendant cette semaine me paraît tellement forte que j'ai recommencé la pesée trois fois et avec deux balances différentes. D'ailleurs, l'amélioration de l'état général correspond exactement.*
> *18 décembre : poids, 10 kil. 405.*
> *25 décembre : poids, 10 kil. 590.* »[350].

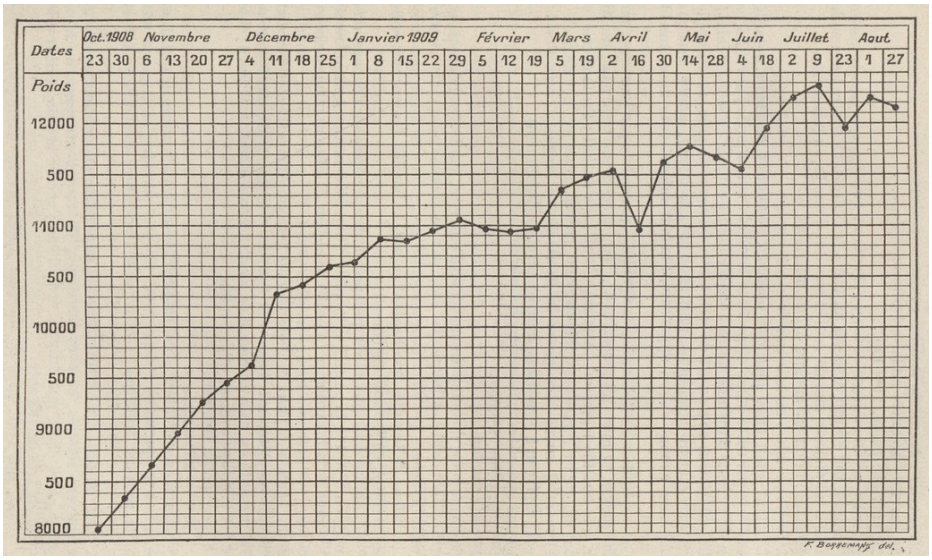
En somme, l'augmentation constante du poids au cours du temps constitue pour Buffet-Delmas le principal signe d'amélioration de l'état de santé du nourrisson. Au fur et à mesure des

[349] Le cas clinique de Buffet-Delmas est en effet publié la même année sous diverses formes (résumé, copie de la leçon clinique) et dans diverses revues. Il est d'ailleurs difficile de définir avec exactitude quelle publication précède à d'autres. Voir par exemple : s.a. (1912). « Buffet Delmas, Société médicale des hôpitaux. Anorexie mentale chez un nourrisson », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, Paris : Doin, p. 213-214 ; Société de pédiatrie de Paris. (1912). « Anorexie mentale chez les nourrissons par le Dr Buffet Delmas », *Archives de médecine des enfants,* Paris : Masson, p. 180-193.

[350] Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, t.5, p. 159.

grammes et kilogrammes pris, l'enfant se montre plus actif et conciliant. Il présente, comme cela est attendu chez tous les nourrissons, une courbe de poids ascendante. Dans les *Archives de médecine des enfants*[351] figure même une version du texte de la leçon clinique donnée par le pédiatre, agrémentée d'un graphique sur lequel sont représentés en ordonnée le poids de l'enfant, et en abscisse les dates des mesures pondérales (*cf*. illustration 17, ci-dessous). Ce graphique reprend les mesures effectuées pendant plusieurs années par le pédiatre, et dont les résultats sont mobilisés dans les années 1910, dans une multitude de publications médicales abordant ce cas clinique. Autrement dit, les mesures effectuées par Buffet-Delmas circulent au sein de diverses publications se référant à cette même observation. Par le recours à une méthode graphique, la courbe présentée dans les *Archives de médecine des enfants* tend cependant à renforcer l'énoncé proposé par Buffet-Delmas affirmant une efficacité thérapeutique de la réalimentation par sonde. Cette illustration rend ici compte, comme l'exprime Bruno Latour (1987 : 91), des « procédés d'inscription par lesquels [les scientifiques] font écrire la nature en courbes sur du papier millimétré ». Les codes des mathématiques sont en effet repris via l'usage d'un papier quadrillé, sur lequel le processus de croissance de l'enfant est rapporté sur un plan en double dimension. L'unité de la feuille permet d'observer, en un seul regard, l'évolution de la croissance pondérale de l'enfant au fil des semaines.

***Illustration 17**. Courbe de poids d'un enfant anorexique*



Source : Société de pédiatrie de Paris. (1912). « Anorexie mentale chez les nourrissons par le Dr Buffet Delmas », Archives de médecine des enfants, p. 183.

[351] Société de pédiatrie de Paris. (1912). « Anorexie mentale chez les nourrissons par le Dr Buffet Delmas », *Archives de médecine des enfants,* p. 180-193.

Cette courbe – à l'image des nombreuses listes de poids figurant dans les textes de Buffet-Delmas et plus largement dans de nombreux articles pédiatriques – est aussi le support d'une mise en relation objectivée du poids de l'enfant avec l'évolution de ses conduites. Par exemple, la prise soudaine de 700 grammes entre le 4 et le 11 décembre est reliée logiquement dans le texte à l'observation d'un meilleur état de santé. Il est notamment écrit dans la version princeps de l'observation clinique :

> « *11 décembre : poids nu, 10 kil,. 320.*
> *L'augmentation de poids (700 grammes) pendant cette semaine me paraît tellement forte que j'ai recommencé la pesée trois fois et avec deux balances différentes. D'ailleurs, l'amélioration de l'état général correspond exactement »*[352].

Si la mesure du poids est au centre de l'étude de l'état de santé de ce nourrisson, celle de la taille occupe également un rôle important. En témoigne sa spécification à plusieurs endroits, en lien avec ou indépendamment de l'augmentation de la masse pondérale[353]. En somme, les courbes, ainsi que les listes de poids et de taille, permettent de visualiser par les chiffres et leur agencement graphique mutuel les dynamiques de croissance de l'enfant au cours du temps et au fil des gavages.

Par ailleurs, le pédiatre Buffet-Delmas débute sa leçon clinique dédiée à ce cas d'anorexie par une anamnèse, au cours de laquelle il relate l'absence clinique de toute hérédité hystérique ou nerveuse chez l'enfant. Un fait peu étonnant et qui s'analyse de manière ironique lorsque l'on sait que cet enfant n'est autre que son petit-fils ! Il note à ce propos :

> « *On ne trouve pas dans les trois générations qui le précèdent, de sujets hystériques, pas même de sujets particulièrement nerveux. Le père et la mère ont une très belle santé. Le père a seulement l'appétit un peu capricieux ; la mère, par contre, a eu depuis sa naissance un appétit excellent et très régulier* » [354].

Il détaille ensuite le comportement difficile de l'enfant observé dès sa naissance, qu'il interprète comme étant en lien avec un poids de naissance insuffisant. Il écrit :

> « *L'accouchement se passe sans le moindre incident ; l'enfant pèse à la naissance 3 kil. 030, il est maigre ; son système osseux est très développé, il est très remuant ; il est nourri au sein par sa mère, mais il a dès le début, peu d'appétit, est excessivement distrait et se*

[352] *Ibid*., p. 186.

[353] Il est par exemple noté : « *Novembre : taille, 92 centimètres. Janvier 1910 : taille, 95 centimètres. 28 avril : 97cm,5. 31 mai : à la fin de sa quatrième année, la taille est de 97cm,5 ; le poids, déduction faite de ses vêtements, 14kg,830* » (*ibid*., p. 187).

[354] Buffet-Delmas, Dr. (1912). *op. cit,* p. 155.

retourne brusquement au moindre bruit pendant les tétées, provoquant par ses mouvements intempestifs des gerçures aux deux seins de sa mère, gerçures qui dureront aussi longtemps que l'allaitement et le rendront particulièrement pénible »[355].

Comme pour les anorexiques adolescentes observées par les psychiatres français depuis les années 1870, Buffet-Delmas décrit, au paroxysme de l'anorexie, un enfant apathique à la peau flasque et sèche, ayant constamment sommeil, présentant une constipation « invincible » ainsi qu'une respiration et un pouls particulièrement faibles. Face à cet état, il indique avoir tenté diverses thérapeutiques (diète hydrique, bains tièdes, injection de sérum de Quinton), dont l'efficacité s'avère plutôt décevante. Toutefois, il note être arrivé à bout de l'anorexie de l'enfant par l'administration quotidienne de liquides et de bouillies, via une sonde œsophagienne. Sur les conseils de ses collègues pédiatres Victor Hutinel et Jules Comby, Buffet-Delmas entame ce type de traitement après cinq mois de ce qu'il décrit comme une bataille pour faire manger l'enfant. Il use pour cela d'une cure de réalimentation forcée par sonde[356], qu'il semble réaliser à son domicile. Cette cure durera plusieurs mois et l'enfant sera sondé, dit-il, plus de deux mille fois. Le médecin relate ainsi :

« *Chaque jour, je renouvelle le cathétérisme le soir, en augmentant très doucement la dose, jusqu'au 22 octobre inclus ; les derniers jours, le gavage se compose de deux cuillerées à café d'aliment Mellin avec deux cuillerées à soupe de farine lactée Nestlé, délayées dans l'eau, avec adjonction de lait, volume 150 centimètres cubes. Depuis le 10 octobre, et dès le premier gavage, l'amélioration s'est nettement manifestée ; l'enfant est plus éveillé, plus gai ; il revient à la vie, se tient debout, recommence même à marcher : la constipation opiniâtre a disparu, et les selles se produisent spontanément, moulées et bien digérées* »[357].

La réalimentation par sonde consiste donc en une augmentation progressive de la quantité de liquide ingérée par l'enfant, qui reprend la rythmicité des règles alimentaires diffusées au début du XXe siècle par les pédiatres et hygiénistes promoteurs de l'alimentation rationnelle. Avec l'identification du rôle de l'alimentation dans les maladies infantiles, et avec les apports de la microbiologie, certains pédiatres français comme Ernest Ausset ou Pierre Budin font ainsi des règles alimentaires le fer de lance de leur spécialité, et se présentent comme les principaux experts de l'alimentation infantile, promouvant des règles temporelles et de calculs des quantités alimentaires à fournir à l'enfant.

[355] *Ibid*., p. 155.

[356] La pratique thérapeutique de réalimentation par sonde gastrique dans le traitement de l'anorexie est plus amplement abordée dans le chapitre 7 de cette thèse. Cf. Chapitre 7, partie 2.2. « L'usage disciplinaire de la sonde alimentaire ».

[357] *Ibid.*, p. 157.

Dans un article de 1903 portant sur l'hygiène alimentaire des nouveau-nés, Ausset[358] publie ainsi un tableau (*cf.* illustration 18, ci-dessous) dans lequel sont exposées les quantités rationnelles de lait à fournir à l'enfant selon son âge chronologique, qui sont à répartir en un nombre déterminé de tétées quotidiennes, elles-mêmes à distribuer dans au fil des heures de la journée (nombre de tétées par vingt-quatre heures, intervalles des repas).

***Illustration 18**. Tableau d'alimentation infantile*

AGE	NOMBRE des tétées par 24 h.	INTERVALLES des REPAS	QUANTITE de lait par repas sucré à 2 %	QUANTITÉ de lait par 24 heures
1re semaine.....	6	t. l. 4 h.	15 à 20 gr.	90 à 120 gr.
2e semaine.....	7	t. l. 3 h.	20 à 40 gr.	140 à 280 gr.
Jusqu'à la fin du 1er mois.	7	id.	40 à 75 gr.	280 à 525 gr.
Pendant le 2e mois....	7	id.	75 à 100 gr.	525 à 700 gr.
Pendant le 3e mois.....	7	id.	100 à 120 gr.	700 à 840 gr.
Pendant le 4e mois.....	7	id.	120 à 125 gr.	840 à 875 gr.
Pendant le 5e mois.....	7	id.	125 à 135 gr.	875 à 945 gr.
Pendant le 6e mois.....	7	id.	150 gr.	1.050 gr.
Pendant le 7e mois.....	6	id.	175 gr.	1.050 gr.
Pend. les 8e, 9e, 10e mois.	6	id.	175 à 185 gr.	1.050 à 1.110 g.

Ces chiffres sont évidemment des moyennes, à modifier suivant la santé et le développement de l'enfant.

Source : Ausset, E. (1903). « Hygiène alimentaire du nourrisson », La Pédiatrie pratique, n°5, p. 12.

Ce tableau rend compte du phénomène de rationalisation du temps mis en avant par le sociologue Luc Boltanski. Dans « Prime éducation et morale de classe » (1984), Boltanski souligne l'existence dès le XIXe siècle de liens forts entre certaines prescriptions de puériculture, notamment d'obédience pastorienne, et la rationalisation du temps. Il montre à ce titre que la répétition et le suivi rigoureux des horaires de tétée constituent une technique de disciplinarisation du corps de l'enfant et de celui des mères, particulièrement courante au début du XXe siècle. Pour les pédiatres, le non-respect de ces prescriptions alimentaires exposerait les enfants à des dyspepsies et des troubles nutritifs pouvant se révéler fatals (antéro-colite, anorexie, nervosisme).

Ces prescriptions semblent néanmoins fluctuantes, et à adapter selon les individus. Sous le tableau proposé par Ausset figure en effet une note indiquant que « ces chiffres sont évidemment des moyennes, à modifier selon l'état de santé et de développement ». Cette

[358] Ausset, E. (1903). « Hygiène alimentaire du nourrisson », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°5, p. 8-13.

mention semble désavouer le contenu même du tableau, en lui conférant un caractère indicatif. Toutefois, elle semble aussi légitimer la pertinence d'un tel tableau, dans lequel les « moyennes » font office de références pour penser la variation individuelle. Il s'agit donc moins d'une norme disciplinaire unique à imposer à tous, que d'une norme visant à adapter les quantités et temporalités alimentaires à chacun, et relevant ainsi d'un dispositif « sécuritaire » (Foucault, 2004b) de prévention générale et individuelle de la mortalité. Pris ensemble, ce tableau et cette mention mettent en avant un point de tension qui traverse les classifications du développement humain et la normalisation des âges de la vie, entre d'une part la fixité de l'espèce et des étapes de vie collectives, rapportées ici à des règles alimentaires précises, et d'autre part la variation du développement des individus, en l'occurrence de leurs besoins alimentaires et énergétiques, définis au regard de leur poids et de leur taille.

Ainsi, l'horloge et la balance ne fonctionnent pas l'une sans l'autre. Ausset déclare d'ailleurs qu'« à mesure que l'enfant grandit il absorbe des quantités de lait plus abondantes à chaque tétée, aussi devra-t-on espacer les repas »[359]. Cet espacement traduit une sorte de « dressage » des rythmes physiologiques d'alimentation et de digestion, reprenant les règles rationnelles d'apprentissage de la propreté sphinctérienne (Chantseva, 2020). Les espacements graduels et continus des tétées visent en effet à rendre *in fine* l'enfant le plus autonome possible vis-à-vis des adultes, et selon des temporalités propres aux institutions (école, travail, famille). Il s'agit par exemple de limiter rapidement les tétées la nuit pour permettre le sommeil des mères. Les mesures du temps, du poids et de la stature servent donc un objectif de sevrage alimentaire des enfants, poursuivi dans l'espacement progressif des tétées et avec une augmentation concomitante de la quantité d'aliments consommée à chaque repas. En somme, le réglage de l'alimentation infantile par l'horloge s'imbrique en pratique à un réglage quotidien par la balance. Ausset écrit par exemple :

> « *En moyenne, un enfant doit prendre, au début, 20 grammes par tétée ; puis vers son 8e jour, il prend 30 à 40 grammes par tétée, et ainsi de suite de façon à la fin du premier mois à absorber 60 à 80 grammes par tétée, c'est-à-dire 500 à 600 grammes de lait par 24 heures. Bien entendu ce sont là des moyennes. […] On réglera la quantité de lait par repas à l'aide de la balance* »[360].

[359] Ausset, E. (1903). « Hygiène alimentaire du nourrisson », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°5, p. 8-13.

[360] *Ibid.*, p. 9.

Se lit ainsi dans le recours à des instruments de mesure du temps (l'horloge) et des corps (la balance), des tentatives de fixation des enfants sur une échelle temporelle de croissance, mais aussi d'orientation des phénomènes vitaux associés au sevrage. L'objectif poursuivi dans le traitement des anorexies du nourrisson semble également être celui du sevrage. Buffet-Delmas écrit, par exemple, à propos de l'arrêt du gavage de l'enfant, trois ans après le début de la thérapeutique :

> *« 30 janvier 1911 : l'enfant commence à boire de l'eau au verre.*
> *8 mars : 1 mètre 06.*
> *Enfin, le 3 mai, après une lutte de plusieurs heures, nous arrivons, sa mère et moi, à lui faire boire du lait dans une tasse ; le 4 mai, je supprime le gavage du matin et, le 15 mai, je supprime le gavage du soir.*
> *L'enfant fait alors trois repas dans les vingt-quatre heures, composés chacun d'un jaune d'œuf dans 250 centimètres cubes de lait ; dans l'après-midi, il fait un repas de croûte de pain et de chocolat Peter.*
> *Le 21 juin, je pouvais le ramener définitivement dans sa famille à la campagne. Depuis, l'amélioration s'accentue ; pour chaque aliment nouveau essayé, il y a une certaine hésitation tout d'abord ; il reste toujours la peur d'avaler.*
> *Aujourd'hui, 8 décembre, le poids est 18 kilos. 120 ; la taille, 1 mètre 11 »*[361].

En d'autres termes, le médecin cesse la thérapeutique par sonde lorsque l'enfant est jugé capable de consommer une diversité d'aliments plusieurs fois par jours.

Sevrage et diversification alimentaire chez les nourrissons

Par un rapprochement effectué entre chimie et physiologie, les savoirs nutritionnels produits au XIXe siècle, et tout au long des premières décennies du XXe siècle, contribuent à doter certaines substances alimentaires, comme les protéines ou les vitamines, d'un pouvoir d'action sur le corps en croissance et sur sa force motrice et intellectuelle. Outre l'augmentation progressive de la quantité alimentaire, les règles d'hygiène alimentaire infantile prônées par les pédiatres portent alors également sur l'équilibre entre les aliments consommés et les besoins nutritionnels de l'enfant. Une « bonne » alimentation infantile ne consiste pas seulement à nourrir l'enfant à la bonne fréquence, mais aussi à répondre le mieux possible à ses besoins caloriques et nutritifs. Par opposition, la « mauvaise » alimentation – à savoir, pour reprendre Boltanski (1984), lorsque les règles hygiéniques et morales ne sont pas suivies – induit des sanctions physiques, comme la maladie ou des retards de croissance. Les « fautes » alimentaires, c'est-à-dire les mauvais choix d'aliments, mènent ainsi selon Ausset à accroître les risques de développement d'une anémie du nourrisson. Selon les pédiatres de l'époque, cela est particulièrement le cas chez des enfants pour qui l'alimentation est restée trop longtemps lactée, ne permettant alors

[361] Buffet-Delmas, Dr. (1912). *op. cit*., p. 158.

pas de répondre convenablement aux coûts énergétiques de la croissance. Ces enfants mal nourris présentent, selon les observations réalisées par le pédiatre, de « l'hypotrophie » ou des signes de « rachitisme »[362]. L'ajout de fer à l'alimentation est parfois préconisé, mais Ausset déclare guérir ces anémies en se contentant, dit-il, de suivre les principes de l'alimentation rationnelle et de « régler » l'alimentation. Ce réglage alimentaire poursuit un objectif de sevrage de l'enfant, ponctué d'ajouts progressifs d'aliments solides à l'alimentation lactée. Il s'agit en pratique d'intégrer d'abord des bouillies, puis des féculents et des légumes, car, dit-il : « La variété excite l'appétit et habitue l'enfant aux changements de nourriture nécessaires à cette époque de la vie »[363]. Toutefois, l'excédent de produits azotés comme la viande est déconseillé par Ausset, ainsi que par le médecin bordelais Xavier Arnozan qui déclare à ce propos :

> « *Il semble donc qu'il y a intérêt à éviter chez les enfants et les jeunes sujets la surnutrition azotée — surtout la surnutrition carnée. Non seulement elle serait inutile, mais en dépassant les besoins de l'organisme elle fausse les ressorts de ce dernier, entraîne des troubles dyspeptiques et modifie même, d'une façon fâcheuse, le caractère, l'intelligence et la moralité des enfants. — C'est aux aliments gras et hydrocarbonés surtout qu'il faut demander le surcroît de substance alimentaire exigé par les nécessités de la croissance* »[364].

À l'instar de l'étude de Landouzy citée en début de ce chapitre, cet extrait souligne que la rationalisation alimentaire des enfants ne repose pas seulement sur un juste calcul des quantités alimentaires, mais aussi sur un équilibre nutritionnel subtil. En effet, si la sous-alimentation mène possiblement à des déséquilibres, la suralimentation serait elle aussi, comme le montre cette affirmation d'Arnozan, délétère pour la croissance. Le médecin hospitalier et praticien en clinique infantile Pierre Nobécourt affirme, à ce propos, en 1936, que :

> « *La ration alimentaire doit avoir une valeur énergétique suffisante et qu'elle doit contenir suffisamment de substances et matières nutritives comme des lipides ou glucides, et enfin que l'alimentation doit tenir compte de la quantité de ces substances contenue dans chaque aliment* »[365].

---

[362] Ausset, E. (1907). « L'anémie du nourrisson et des enfants dyspepsiques. À propos de l'oligosidérémie des jeunes enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº92, p. 37-43.

[363] Ausset, E. (1903). « Sevrage et ablactation hygiène alimentaire de la seconde enfance », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº3, p. 33-36.

[364] Arnozan, C.-L.-X. (1908). « Le régime alimentaire des collégiens », *La revue pédagogique*, t.53, Juillet-Décembre, p. 301-325.

[365] Nobécourt, P. (1936). « La sous-alimentation dans la petite enfance », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº836, p. 6.

Lorsqu'un enfant présente un poids jugé insuffisant pour son âge, il serait alors nécessaire selon Nobécourt d'en rechercher les causes du côté d'une sous-alimentation possiblement induite par une ration alimentaire insuffisante ou bien par un défaut d'assimilation, chez l'enfant, des matières nutritives ingérées[366]. Afin de donner des clés de compréhension aux causes de cette sous-alimentation, il fournit une longue liste dans laquelle il répertorie ce qu'il nomme « les règles clés de l'alimentation normale dans la petite enfance ». Il écrit :

> « *L'alimentation doit fournir, comme à tous les âges : 1° une ration d'entretien de la vie et une ration de travail ; 2° comme pendant toute la période de croissance staturale, une ration d'accroissement. La ration alimentaire doit : 1° avoir une valeur énergétique suffisante, qu'on évalue par le nombre de calories dégagées par la combustion des aliments ; 2° contenir, en proportions données, les principes alimentaires proprement dits (lipides, glucides, protides), de l'eau, des matières minérales, et enfin des substances minimales (vitamines, certains acides aminés, certains minéraux) ; 3° être réalisée en tenant compte de la quantité et de la composition des aliments* »[367].

Une « bonne » croissance reposerait donc sur un coût énergétique justement compensé par une ration alimentaire suffisante en calories, mais aussi en nutriments. La maigreur des nourrissons et des jeunes enfants qui semble fortement inquiéter les pédiatres[368] serait, quant à elle, le produit d'un manquement à l'une ou plusieurs de ces règles nutritionnelles. Dans ce cadre, les mères et les nourrices constituent les premières cibles de ces préceptes alimentaires, dont les règles s'appuient sur l'ouverture d'un « marché du renforcement » promettant de réduire les risques de mortalité infantile.

L'ouverture d'un « marché du renforcement »

En Europe et en France, dès la deuxième moitié du XIXe siècle, les comportements alimentaires sont placés au cœur des techniques d'administration des corps et des réformes sociales avec, comme le montre Anne Lhuissier (2007), la réalisation d'enquêtes alimentaires et ouvrières. Dans ces enquêtes, les femmes sont présentées comme les principales gestionnaires du budget alimentaire du foyer. Chez elles, s'entremêlent, en matière d'achat et de consommation de denrées, des considérations économiques, morales et hygiénistes. Dès les années 1870, l'alimentation infantile constitue un terrain de fort rapprochement entre les médecins et les

[366] Nobécourt affirme : « *Si l'enfant augmente régulièrement de poids et digère bien, c'est que la ration donnée lui convient. Si l'enfant présente un accroissement pondéral insuffisant, il faut en rechercher la cause et celle-ci peut être la sous-alimentation* ». (*ibid.*, p. 8).

[367] *Ibid.,* p. 6.

[368] Plusieurs articles de pédiatrie abordent en effet cette question. Voir par exemple : Comby, J. (1932). « Traitement de la maigreur chez les enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°776, p. 240-241 ; Nobécourt, P. (1935). « La maigreur et l'amaigrissement pendant la première enfance », *Le Progrès médical,* n°1, p. 9-17.

mères qui sont jugées responsables de l'alimentation de leurs enfants (Apple, 1995). Dans les ouvrages d'hygiène générale destinés aux femmes et aux dites « jeunes filles »[369], la question alimentaire est le plus fréquemment traitée sous l'angle de la cuisine domestique. Les médecins et journalistes vulgarisateurs y présentent un ensemble de savoirs et de savoir-faire hygiéniques relatifs à la composition des menus, au choix des aliments, à leur transformation et à leur cuisson. La cuisine domestique assurée par les « ménagères » constitue à cette époque un espace d'ajustement des pratiques de consommation des populations aux aspirations réformatrices des pouvoirs publics (Lhuissier, 2007). La doctoresse Marie Shultz[370] distingue ainsi trois types de savoirs en matière d'hygiène alimentaire (« 1°savoir manger, 2°savoir digérer, 3°savoir se nourrir »[371]) dont la mise en pratique doit limiter la fatigue et faciliter la digestion de tous les membres de la famille.

En dehors de la sphère domestique, les femmes sont également responsabilisées quant à leur consommation personnelle. De nombreux jugements moraux sont exercés à l'encontre des femmes qui dérogeraient aux normes alimentaires et de genre de la ménagère, comme l'illustrent les débats autour de la figure de la « midinette » (Albert, 2013), désignant une ouvrière des ateliers de tissu déjeunant, à l'extérieur du foyer et des cantines, des repas légers et peu consistants. Selon le médecin Louis Landouzy et les frères Labbé, la midinette ruinerait « sa santé et sa bourse » en préférant « déjeuner d'une salade au lieu de se faire servir une portion de jambon fumé, un plat de pommes de terre ou une ration de riz au chocolat »[372]. À l'issue de leur enquête menée auprès des patients et patientes de l'hôpital Laennec à Paris, les auteurs relèvent les « fautes de "nourriture" insciemment commises, au double point de vue le leur santé et de leur pécule »[373]. Pour éviter cela, ils préconisent le déploiement dans les écoles de cours d'hygiène alimentaire. Ils notent :

> « *Dans ces cours que nous voudrions obligatoires – les fillettes, futures ménagères, pourront s'adresser, elles aussi, à nos Indicateurs alimentaires pour bien connaître pratiquement, non seulement la valeur-salubrité, la valeur-argent, la valeur nutritive des denrées et leur utilisation, mais encore le rendement comparé de ces mêmes denrées* »[374].

[369] Voir également sur ce point le chapitre précédent. Cf. Chapitre 4, partie 2.1. « L'éducation alimentaire des adolescentes : les ouvrages de vulgarisation ».

[370] Schultz, M. (1903). *Hygiène générale de la femme, alimentation, vêtements, soins corporels, d'après l'enseignement et la pratique du Dr Auvard,* Paris : Doin.

[371] *Ibid*., p. 11.

[372] Landouzy, L., Labbé, H. & Labbé, M. (1905). « Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens : Ce qu'elle est : irraisonnée, insuffisante, insalubre, dispendieuse ; ce qu'elle pourrait être : rationnelle, suffisante, salubre, économique », *Enquête présentée à la IVe section du Congrès international de la tuberculose* (2-7 octobre), Paris : Masson, p. 69

[373] *Ibid.,* p. 70.

[374] *Ibid*., p. 71.

En étant éduquées à choisir les repas pour elles-mêmes et pour les membres de leur famille, les femmes représentent donc au début du XXe siècle la cheville ouvrière de l'alimentation rationnelle et de son application dans le domaine de la puériculture. De ce fait, elles constituent également la cible privilégiée d'une industrie alimentaire et pharmaceutique en plein essor. En mettant sur le marché des produits présentés comme revigorants ou nutritifs, cette industrie s'adosse notamment aux aspirations politiques et économiques de renforcement de la population française. Cela est notamment le cas concernant la commercialisation de produits à destination des enfants tels le lait infantile et ses dérivés (poudres lactées ou carnées), dont l'usage fait débat parmi les pédiatres diagnostiquant des cas d'anorexie du nourrisson.

Les multiples encarts publicitaires[375] présents dans les revues médicales et professionnelles constituent des supports privilégiés de diffusion, auprès des médecins praticiens, de nouveaux traitements ou pratiques thérapeutiques à destination des jeunes enfants considérés chétifs, maigres, rachitiques ou anorexiques, mais aussi des « vieillards »[376]. Ces publicités occupent une large place au sein des revues, et représentent parfois jusqu'à la moitié des numéros publiés[377]. On y constate l'étendue du marché pharmaceutique qui ne cesse de croître à partir de la fin du XIXe siècle en Europe, et jusque dans les années 1930, et dont les règles de production et de commercialisation sont régies par l'industrie et l'économie de marché (Gaudillière, 2003 ; Gradmann & Simon, 2010). Par le biais des mères et des pédiatres, les enfants constituent la véritable cible d'action de ces publicités.

L'industrie pharmaceutique se présente dans ce que nous appelons ici un « marché du renforcement », comme la principale pourvoyeuse d'énergie, au service de la bonne croissance des enfants. Les produits commercialisés dérivés d'aliments réputés fortifiants, comme les poudres de viande (*cf.* illustration 19, ci-dessous), ou dynamisants, comme les produits à base d'hormones ou d'hémoglobine, sont affichés comme des adjuvants indispensables au renforcement des constitutions[378]. Parmi ces traitements figure par exemple la « Phosphatine Falières » (*cf.* illustration 20, ci-dessous), censée faciliter l'apparition des dents et renforcer la formation des os chez les enfants.

[375] Des illustrations d'encarts publicitaires sont disponibles en annexe (Annexe 37 à Annexe 40).

[376] Voir par exemple la publicité pour l'« Elixir Ducro » en Annexe 40.

[377] À titre d'exemple, dans le numéro de *La Pédiatrie pratique* du 7 mai 1912, 18 pages sur 38 sont consacrées à des encarts publicitaires présentant des produits pharmaceutiques.

[378] La notion de constitution désigne dans le langage médical du début du XXe siècle les caractéristiques morphologiques et physiologiques considérées comme innées et qui détermineraient la tendance des organismes à développer certains troubles ou comportements.

***Illustration 19**. Encart publicitaire « Poudre de viande de Trouette-Perret »*



Source : La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles (1910).

***Illustration 20**. Encart publicitaire pour la « Phosphatine Falières »*



Source : Revue de Psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie (1903).

Avec la découverte de l'assainissement alimentaire tirée de la microbiologie, les hygiénistes et les pédiatres valorisent au début du XXe siècle la production industrielle de lait infantile non maternel, tout en débattant de la méthode la plus efficace pour le rendre sain, entre la stérilisation et la pasteurisation[379]. Les connaissances pédiatriques autour de la composition nutritionnelle du lait – dont certaines règles nutritionnelles remontent aux années 1870,

[379] Tournay, G. (1903). « Stérilisation et pasteurisation du lait pour l'alimentation des enfants du premier âge », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°13, p. 152-154 ; Ausset, E. (1903). « Sevrage et ablactation hygiène alimentaire de la seconde enfance », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°3, p. 33-36.

comme celles présentées par la médecin Madeleine Brès[380] dans son ouvrage sur l'allaitement artificiel – dynamisent un marché laitier ouvert au cours du XIXe siècle (Vatin, 1990), et favorisent l'élaboration de techniques de production de lait non maternel (lait en poudre, machines de stérilisation). Les instruments d'assainissement du lait et leur commercialisation fournissent aux médecins, mais aussi aux mères, de nouvelles « promesses alimentaires » (Fournier & Dalgalarrondo, 2022), celle d'une bonne croissance chez un enfant nourri convenablement. Cette rhétorique permet en effet « le développement de nouveaux marchés, l'introduction d'innovations techniques et la création d'une réalité sociale nouvelle » (*ibid*. : 14). L'acquisition de ces produits pharmaceutiques devient alors une marque d'affection de la part des mères à l'égard de leurs enfants, en étant jugée comme une pratique de consommation enviable, aussi bien, comme le montre Boltanski (1984), sur le plan moral qu'hygiénique. Mais ce marché ouvre aussi la voie à de nombreux débats médicaux autour de la qualité nutritionnelle du lait artificiel.

Dès les années 1890, la commercialisation de laits artificiels induit en effet une concurrence industrielle, faisant de la composition hygiénique des laits un argument de vente. Le docteur Fernand Grandmaison de Bruno, auteur de nombreux textes sur la nutrition et grand contributeur pour la *Revue des maladies de la nutrition,* rédige en 1909 un article[381] dans lequel il compare la composition de différents laits artificiels[382]. Il en conclut que le lait Le Pelletier, utilisé entre autres par Gaston Variot, le pédiatre hygiéniste initiateur des dispensaires de la Goutte de lait à Paris, serait plus digeste pour les nouveau-nés en raison notamment de son homogénéisation[383]. Par ailleurs, le pédiatre Buffet-Delmas explique avoir recours dans son traitement de l'anorexie du nourrisson à des farines alimentaires industrielles comme celles produites par Nestlé ou Mellin[384], et dont les publicités parsèment les revues médicales pédiatriques au début du XXe siècle (*cf*. illustration 21, ci-dessous).

[380] Brès, M. (1877). *L'allaitement artificiel et le biberon*, Paris : Masson.

[381] F. De Grandmaison, Dr. (1909). « Hygiène Alimentaire. L'importance du choix du lait dans l'alimentation artificielle », *Revue des maladies de la nutrition,* n°10, p. 433-445.

[382] Voir un exemple en Annexe 41.

[383] L'homogénéisation est un procédé d'amélioration de la digestibilité du lait qui consiste à soumettre le liquide à une forte pression de manière à disperser les particules de graisses.

[384] Buffet-Delmas déclare par exemple : « *Je commence le traitement le 10 octobre, avant de coucher l'enfant, le soir ; avec une sonde œsophagienne n°24, je fais passer dans l'estomac une bouillie, constitué par une cuillerée à café d'aliment Mellin, une cuillerée à soupe de farine Nestlé, le tout délayé dans environ deux cuillerées à soupe d'eau bouillie et additionné de trois cuillerées à soupe de lait bouilli tiède* ». Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°249, p. 157.

***Illustration 21**. Exemple d'encart publicitaire pour la « Farine lactée Nestlé » (1903)*



Source : La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles. (1903).

La commercialisation de certaines poudres de lait[385], et plus largement les débats médicaux qui ont lieu autour des procédés d'assainissement des laits, traduisent ainsi une acceptation grandissante de l'alimentation infantile artificielle en pédiatrie, en raison notamment de son efficience supposée dans la lutte contre la mortalité infantile. Toutefois, tous ces débats et la multiplication des types de laits infantiles soulignent aussi les dangers qu'une telle alimentation comporte, ce qui renforce une certaine attention portée à la question alimentaire chez les enfants.

Dans les discours pédiatriques, le choix des aliments repose donc sur une connaissance fine des quantités caloriques et substantielles contenues dans chaque denrée, selon leur origine ou leur traitement industriel. En 1917, les médecins pédiatres Edmond Weill et Georges Mouriquand, discutent l'utilité de la notion de « carence », et de ce qu'elle apporte à la clinique infantile[386]. Ils retracent ainsi l'histoire de la notion, qu'ils font remonter à la découverte du scorbut et du Béribéri, deux pathologies associées à la malnutrition. Ils soulignent que la carence infantile peut être le résultat d'une stérilisation et pasteurisation du lait artificiel, mais aussi d'un manque de diversité alimentaire chez les mères allaitantes, rendant le lait peu nutritif, ou encore d'une alimentation enfantine uniforme et d'une consommation de trop grandes quantités de farines raffinées et industrielles.

[385] Voir des exemples en annexe (Annexe 42 à Annexe 44).

[386] Weill, E., Mouriquand, G. (1917). « La notion de carence en pathologie infantile », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°23, p. 92-96.

C'est au cœur de ces considérations médicales et industrielles que se stabilise la catégorie d'anorexie du nourrisson et des jeunes enfants, en tant que trouble de la nutrition. Certains médecins incriminent le contenu nutritionnel appauvri ou la mauvaise qualité du lait industriel dans l'apparition de comportements anorexiques chez les nouveau-nés. Durant les premières décennies du XXe siècle, la production de connaissances sur la fragilité des micro-organismes laitiers remet en cause la conservation industrielle du lait de vache. Les techniques d'assainissement du lait sont par exemple suspectées de « tuer » le contenu bactériologique du lait indispensable à sa conservation et à sa bonne digestion (Vatin, 1990). La difficulté pour les « techniciens du lait » va donc être de trouver l'équilibre, entre le fait de tuer les « mauvais » microbes qui se développent dans le lait et celui de conserver les « bons » microbes, indispensables à sa conservation et à sa sanitarisation (*ibid*. : 76). En d'autres termes, les médecins semblent contraints de choisir entre un lait nutritif, mais potentiellement source de maladies et de troubles digestifs, et un lait sain sans bactérie, mais peu nutritif. Un choix cornélien aux lourdes conséquences. Le pédiatre René Mathieu observe par exemple des cas de dyspepsies et d'anorexies infantiles chez des enfants dont la pauvreté nutritive du lait aurait causé d'abord des carences en vitamines C, B et D, puis un déséquilibre nutritionnel. Il écrit :

> « *Des observations cliniques assez nombreuses permettent de penser que le fait de soumettre le même lait, d'abord à une pasteurisation et ensuite à une stérilisation, détruit une notable partie de la vitamine C. Des cas frustes de scorbut ont été provoqués par le lait traité de cette manière* »[387].

Dès la fin des années 1910, l'amplification des études et des connaissances portant sur les vitamines[388] bouleverse les compréhensions et les préceptes qui entourent l'équilibre alimentaire infantile. Dès lors, il n'est plus seulement question d'éviter les « insuffisances » nutritionnelles, mais aussi de déjouer les « déséquilibres ». Comme le souligne Anne Lhuissier (2013), ces objectifs sont notamment portés par de grandes enquêtes nationales alimentaires initiées dans l'entre-deux-guerres et visant à réduire les « erreurs » nutritionnelles. L'équilibre alimentaire infantile repose donc au début du XXe siècle non seulement sur une gestion rationnelle des temporalités et des quantités, mais aussi sur une attention portée à la qualité nutritionnelle des aliments, et notamment celle du lait. Cette focale sur l'équilibre nutritionnel est d'autant plus centrale dans les pratiques de puériculture que s'impose en puériculture des pratiques de rationalisation visant à limiter la mortalité infantile. Sur ce point, le film

[387] Mathieu, R. (1935). « L'anorexie des nourrissons alimentés avec du lait de vache », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°833, p. 19.

[388] La vitamine C a été isolée scientifiquement en 1912 et la vitamine D en 1922.

pédagogique « La future maman »[389] produit en 1925 est très illustratif des moyens déployés par l'État pour rationaliser les pratiques de soin accomplies par les mères envers leurs nouveau-nés. Le court métrage met en scène la réalisation de pratiques de puéricultures « modernes » qu'il oppose aux pratiques traditionnelles jugées obscurantistes et morbides, car source de maladies. Si la première enfance est au cœur des politiques hygiénistes et alimentaires, les pédiatres – mais aussi, comme nous allons le voir maintenant, les psychologues du développement –, sont également amenés à mobiliser leur expertise médicale à des fins biopolitiques, en particulier à propos des « mauvaises fatigues » féminines associées à la puberté.

2.2. Des « mauvaises fatigues » féminines : les déséquilibres métaboliques de la puberté

Dès la fin du XIXe siècle, les connaissances produites autour de l'équilibre nutritionnel et du métabolisme répondent aux préoccupations nationales, et nationalistes, à l'égard de la force et de la fatigabilité humaine (Vigarello, 2020). La fatigue, ses rouages et les manières d'y faire face, de la prévenir ou d'amoindrir son installation, sont placés au cœur de nombreux textes médicaux, scientifiques et politiques. L'ombre de la fatigue est partout et cristallise non seulement les angoisses d'une IIIe République aspirant à bâtir un État-nation robuste, mais aussi les intérêts des scientifiques pour la rationalisation de la force reproductive et la mesure des phénomènes physiologiques. Le sociologue Alain Ehrenberg (1998 : 41) souligne à ce titre : « La fatigue est une des grandes inquiétudes de cette fin de siècle française : on y voit la raison majeure de la dégénérescence de la race ». Afin de lutter contre l'installation d'une dégénérescence qui épuise les forces militaires et productives du pays, les psychophysiologistes se lancent dans le calcul de la force motrice ouvrière et de ses limites, ou étudient la force énergétique nécessaire à l'activité musculaire et mentale (Saraceno, 2018). Les bonnes fatigues provoquées par l'exercice physique, les activités de travail ou de plein air sont ainsi médicalement opposées aux « mauvaises fatigues » (Loriol, 2000) qui seraient causées par une activité nerveuse trop intense, nuisant à l'équilibre du système nerveux et organique.

Chez les filles, les mauvaises fatigues sont réputées s'installer plus facilement au moment de la puberté. En effet, pour la médecine des âges, l'éclosion de l'activité sexuelle à la puberté, qui se caractérise par l'activation des organes sexuels, est perçue comme un gouffre énergétique, favorisant les déséquilibres métaboliques, nerveux et organiques (Di Spurio, 2019 ;

[389] « La future maman » de Jean Benoit-Lévy (1925). Cinémathèque du ministère de l'Agriculture, France. Disponible sur Medfilm URL : https://medfilm.unistra.fr/wiki/La_future_maman.

Thiercé, 1999). Comme nous l'avons abordé dans les précédents chapitres de cette thèse, la médecine des âges tend à subordonner systématiquement les signes cliniques et les phénomènes physiologiques de développement à des périodes de la vie standardisées, et ainsi à inscrire, à partir d'interventions médicales prophylactiques ou curatives, les corps dans un âge et dans un sexe. Dans cette perspective, nous allons à présent mettre en exergue la façon dont cette médecine des âges, au tournant des XIXe et XXe siècles, classifie l'anorexie parmi les troubles énergétiques pubertaires.

Épuisement nerveux et état chlorotique

La chlorose – une forme d'anémie provoquant des signes cliniques d'épuisement (peau terne, apathie) – est sans doute la catégorie médicale qui illustre le mieux l'intérêt porté par la médecine des âges à la fatigue des filles pubères. Au sein de la littérature et de la peinture du XIXe siècle, nombreuses sont les références faites à la figure de la jeune fille chlorotique[390]. Ces « beautés d'hôpital », comme les désigne Baudelaire[391], affichent une pâleur presque verdâtre, des cheveux clairsemés, et font montre d'une grande faiblesse physique.

Joan Brumberg (2012) suggère que les fondements de l'anorexie se trouvent en partie dans cette conception victorienne de la figure de l'adolescente chlorotique pour laquelle cette affection marque un passage « normal », du moins socialement attendu chez les filles, vers la puberté. Les signes cliniques de la chlorose recouvrent si bien ceux de l'anorexie que le psychiatre Ernest-Charles Lasègue estime que toutes les hystériques anorexiques sont avant tout des « chloro-anémiques »[392]. Proche de Jean-Martin Charcot et d'Ernest-Charles Lasègue, le médecin Victor Hanot[393] affirme quant à lui : « La chlorose commence et finit avec la période de la puberté, et en en fixant à vingt-cinq ans le terme ultime, on peut dire qu'après cet âge on ne rencontre plus jamais la chlorose »[394]. Toutefois, il récuse l'idée d'un lien de cause à effet direct entre la période pubertaire et ce trouble de la nutrition. Une position qui nuance la vision romantique du passage des filles à l'âge adulte, laquelle faisait de la chlorose, au début du XIXe siècle, un trouble féminin fréquent, voire inhérent à l'éclosion de la puberté (Valois, 2021).

---

[390] On pense par exemple au tableau « Ophélie » (1890) de Jules Lefebvre ou à la description d'Élodie faite par Émile Zola dans son roman « La Terre » (1887) (« *mangée de chlorose, trop grande pour ses douze ans, elle avait la laideur molle et bouffie, les cheveux rares et décolorés de son sang pauvre, si comprimée d'ailleurs par son éducation de vierge innocente, qu'elle en était imbécile* »).

[391] Baudelaire, C. (1857). « L'idéal », *les Fleurs du mal*, n°XVII.

[392] Lasègue, E-C. (1873). *op. cit.*, p. 392.

[393] s.a. (1894). « Considérations générales sur la chlorose par M. Hanot, leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Antoine », *La Presse Médicale*, n°1.

[394] *Ibid.*, p. 3.

Ainsi, si pour Hanot la chlorose relève bien d'une « insuffisance organique », cette dernière demeure néanmoins « congénitale » et ne serait qu'un « mode de l'hérédité tuberculeuse » qui, dit-il : « Ne se dévoile que pendant la puberté, parce qu'alors les dépenses excèdent de beaucoup l'encaisse »[395]. En d'autres termes, la puberté ne représenterait qu'une période d'activation de la chlorose, à un moment de la vie où s'accroissent chez les femmes, en prévision de la maternité, les dépenses énergétiques. Il ajoute à ce propos :

> « *La chlorose proprement dite ne se reproduit que chez la femme, c'est que chez elle l'échéance de la puberté, prélude de la maternité et de tout ce qu'elle impose, est beaucoup plus lourde que pour l'homme. La chlorose est en effet, l'ensemble des manifestations qui expriment l'insuffisance héréditaire de tout l'organisme à faire les frais de la charge nouvelle de la puberté féminine* »[396].

Cette lecture énergétique de la chlorose pubertaire comme « maladie d'évolution »[397] est l'héritière d'une vision mécaniste du corps, partagée par les savants du XIXe siècle (Rabinbach, 1992), qui se répercute aussi bien sur le plan anatomique – le corps étant alors conçu comme un ensemble de pièces agencées entre elles –, que sur le plan physiologique – le fonctionnement du corps étant perçu comme un moteur nécessitant la transformation d'une quantité d'énergie en force et en mouvement. Avec l'arrivée, au moment de la puberté, d'une « charge » énergétique nouvelle, c'est tout un équilibre anatomique et organique qui serait susceptible d'être perturbé. L'arrivée des menstrues marque notamment « l'entrée en activité fonctionnelle de l'appareil génital »[398], les organismes féminins seraient alors périodiquement affaiblis, et de ce fait particulièrement susceptibles de développer des troubles nerveux. La théorie de l'origine ovarienne de la chlorose est ainsi débattue au début du XXe siècle, mais est toutefois réfutée par le médecin Pierre Alaize qui reconnait néanmoins l'existence de « quelques chloroses pubérales intimement liées à des accidents de menstruation »[399].

D'un point de vue neurologique, le cerveau des adolescentes est jugé particulièrement en danger au moment de la puberté, l'épuisement énergétique facilitant l'arrivée de signes hystériques et nerveux proches de l'anorexie hystérique (paralysie, refus de manger). Alix Joffroy, neurologue et élève de Jean-Martin Charcot, déclare à ce titre : « L'évolution sexuelle avec ses fatigues

---

[395] *Ibid*., p. 1.

[396] *Ibid*., p. 1-2.

[397] Evard, M. (1914). *L'adolescente : essai de psychologie expérimentale*, Neuchâtel : Delachaux et Niestl, Paris : Fischbacher, p. 18.

[398] Francillon, M. (1906). *Essai sur la puberté chez les femmes*, Paris : Alcan, p. 233.

[399] Alaize, P. (1906). *Le Rôle de la fonction interne de l'ovaire et les essais d'opothérapie ovarienne en pathologie nerveuse et mentale*, Montpellier, p. 103.

créerait ainsi pour certains cerveaux l'occasion favorable à cette sorte de dégénérescence nerveuse qui est la paralysie générale »[400]. La question anorexique est de cette manière préférentiellement « travaillée » par les psychiatres au prisme des connaissances et classifications cliniques des troubles de la fatigue associés à la puberté féminine.

L'anorexie comme « neurasthénie d'évolution »

L'application des lois de la thermodynamique aux organismes dans le champ psychiatrique et psychophysiologique concourent, à la fin du XIXe siècle, à faire émerger de nouvelles catégories de maladies mentales relevant de la névrose, à savoir des maladies « du système nerveux sans lésion organique connue »[401], dont les causes sont à chercher du côté de la fatigue organique. C'est dans ce cadre que la catégorie médicale de neurasthénie prend place au sein des taxinomies psychiatriques. Initialement théorisée aux États-Unis par le neurologue George Beard en 1860, la neurasthénie désigne un ensemble de symptômes fonctionnels, nerveux ou gastriques, dont les manifestations se rapprochent des pathologies organiques connues, mais sans lésions associées (Rabinbach, 1992 : 154). À la suite de la publication de « L'hygiène du neurasthénique » par Adrien Proust et Gilbert Ballet en 1897, la catégorie de neurasthénie entre rapidement dans les classifications médicales françaises. Ce sont d'abord les femmes, les juifs et les « *slave race* » (Rabinbach, 1992) qui sont désignés comme les plus sensibles à la neurasthénie. Mais peu à peu, la fatigue émotionnelle et la langueur neurasthénique deviennent l'apanage pathologique des classes supérieures, épuisées par le travail intellectuel et le rythme de vie citadin. Beard expliquait déjà en 1860 l'explosion du nombre de neurasthéniques aux États-Unis par les incessantes et épuisantes sollicitations d'une société industrielle en plein essor (Ehrenberg, 1998 : 40).

Les physiologistes et psychologues français convoquent largement cette catégorie médicale, dont les causes des troubles ne sont plus seulement à chercher du côté de l'anatomie corporelle, mais aussi du côté de l'organisation sociale et économique dans laquelle évoluent les individus. Certains médecins hygiénistes et certains politiques du début du XXe siècle voient dans l'industrialisation croissante des pays occidentaux un facteur de fragilisation et d'épuisement de la population. Jules Tinel expose par exemple le cas d'une femme anorexique, une « artiste-peintre » vivant à la ville, qu'il juge soumise aux dérives de l'industrialisation et des

[400] Joffroy, A. (1898). « Sur un cas de paralysie générale juvénile à début spinal. (Leçon recueillie par M. Édouard Toulouse, chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'Asile Sainte-Anne, décembre 1894.) », *Revue de Psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* p. 173.

[401] Proust, A., Ballet, G. (1897). *L'hygiène du neurasthénique,* Paris : Masson et Cie, p. 1.

mondanités, et qui mène déclare-t-il : « Une vie très active, [elle] se surmène de toute façon, s'épuise en longues courses, se bourre de kola, de thé, de café, et paie les courts moments d'excitation ainsi obtenus par de longues et terribles périodes de dépression… »[402]. En étant ainsi déplacée sur le terrain des habitudes de vie et de la neurasthénie, l'anorexie se trouverait donc classée dès le début du XX[e] siècle parmi les pathologies relevant des mauvaises fatigues nerveuses.

Le succès de la neurasthénie est tel, qu'au début du XX[e] siècle la catégorie supplante quasiment celle d'hystérie en rassemblant sous sa coupe des cas et des troubles composites, dont ceux associés à l'épuisement des adolescentes pubères. En témoigne l'intervention du psychiatre Emmanuel Régis, qui en réaction à la présentation par Paul Sollier du tableau de l'anorexie mentale au Congrès des aliénistes de 1895, présente l'anorexie comme une « neurasthénie d'évolution » induisant un grand état de fatigue. Il déclare à cet égard :

> *« Toutefois, étant donné que cette anorexie survient le plus souvent chez de jeunes filles à l'époque de la puberté – le mot puberté s'appliquant à ce long processus de développement qui va de l'adolescence à l'âge fait – et qu'elle est liée à une atonie générale, à un épuisement de l'organisme, conséquence de cette phase de développement, je serais disposé à voir là un état neurasthénique d'ordre spécial, [une] neurasthénie d'évolution ou de développement, du genre des névroses de développement des Anglais (developmental neuroses), et par suite à considérer l'anorexie dont il s'agit comme une des manifestations de cet épuisement* »[403].

Au moment de la puberté, l'éclosion de caractères sexués et sexuels est considérée du point de vue des médecins psychiatres et psychologues, comme un phénomène physiologique venant troubler des filles ingénues, ou au contraire jugées « séductrices » (Becchi, 1998b : 359). Le psychiatre Emmanuel Régis décrit ainsi ce qu'il nomme la « neurasthénie d'évolution », comme une « anorexie cachectique de la nubilité » qui ne s'observerait que chez des femmes ayant entre douze et vingt ans, et chez qui l'apparition de caractères sexuels entraînerait un certain état mental. De ce point de vue, il dépeint les causes de l'installation de conduites anorexiques chez les adolescentes comme des réactions psychiques à la sexualisation des corps. Il déclare :

> « *Beaucoup de jeunes filles, en effet, au moment de leur puberté, passent par un état mental assez curieux : fortement impressionnées par les modifications physiologiques*

[402] Tinel, J. (1909). *op. cit*., p. 14.

[403] s.a. (1896). « M. Sollier - L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895,* Vol. II : Comptes rendus, p. 371-372.

que subit leur corps, elles deviennent honteuses de leur transformation et, par une sorte de pudeur inconsciente, mêlée parfois de coquetterie ou de pieux effroi, elles regardent comme laid, sinon comme coupable, le développement si matériellement réaliste de leurs attributs sexuels. C'est là un état d'âme pour ainsi dire climatérique, quelque chose comme la révolte de l'enfant qui disparaît devant la femme qui commence. Aussi le désir de maigrir, de rester svelte, c'est-à-dire de revenir à l'indécise sexualité des formes antérieures, est-il une cause fréquente, plus fréquente qu'on ne le croit peut-être, de l'abstinence alimentaire de certaines jeunes filles »[404].

Notons par ailleurs ici l'usage par Régis de la notion d'âge « climatérique », qui désigne dans le sens commun de la fin du XIXe siècle un temps critique de passage d'un âge à un autre, en lien notamment avec les fonctions procréatives. L'usage de ce terme renforce ici l'hypothèse de la classification de l'anorexie par le psychiatre, parmi les troubles de la puberté en tant que passage d'un âge enfantin à l'âge adulte marqué par la maturité sexuelle. De cette manière, si l'anorexie apparait concomitamment aux « changements qui se produisent dans l'organisme au moment de la puberté (activité des glandes génitales et des glandes à sécrétion interne) »[405], elle relèverait aussi d'une réaction psychique des adolescentes à ces modifications physiologiques. C'est également cette lecture des « anorexies de la puberté » que livre Louis Schnyder lorsqu'il affirme en ces termes :

« *La durée de la crise psychique de la puberté dépasse de beaucoup celle de la crise purement physiologique et peut se prolonger pendant toute la période de l'adolescence, surtout chez les sujets du sexe féminin chez lesquels on constate une plus grande proportion de psychonévroses de la puberté que chez ceux du sexe masculin, en raison de l'évolution sexuelle plus compliquée de la femme, signalée, en particulier, par Freud* »[406].

Lecteur de Freud, le médecin suisse Schnyder rapporte ainsi la tentative de certaines anorexiques de repousser toute activité sexuelle en conservant, par l'abstention alimentaire, un corps d'enfant. Il expose par exemple l'histoire d'une « jeune fille » qui :

« *Jusque-là, insouciante, innocente, mais douée d'une nature sensuelle, est l'objet d'un attentat sexuel qui lui révèle brusquement les réalités insoupçonnées de la sexualité. Elle s'en effraie, s'en préoccupe, sans recourir aux conseils d'autrui. Elle redoute les perspectives qui s'entrouvrent pour elle et veut rester enfant. Poussée par un désir de régression qui puise sa force dans les sources instinctives les plus profondes de sa personnalité, elle recourt à l'anorexie comme au moyen le plus sûr pour atteindre son*

[404] *Ibid.*, p. 369.

[405] Schnyder, L. (1913) « Les anorexies de la puberté », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, n°1, p. 260.

[406] *Ibid.*, p. 260-261.

but. Considérée de cette façon, l'anorexie mentale n'est qu'un épisode des luttes morales qui, à l'époque de la puberté et de l'adolescence, viennent si souvent ébranler l'équilibre psychique d'individus prédisposés »[407].

Se retrouve ici une lecture pathologique de l'indistinction sexuée déjà présente dans la psychiatrie de la fin du XIXe siècle. En effet, comme nous l'avons exposé en amont dans ce travail[408], les psychiatres neurologues font état à cette période, chez les anorexiques, de la présence de caractères physiques qu'ils jugent dangereusement asexués. Ils classifient ainsi l'anorexie parmi les pathologies nerveuses et dégénératives induisant un brouillage corporel des traits sexués et sexuels. Toutefois, et comme nous l'avons également mentionné précédemment dans la thèse, le modèle dégénératif semble tomber en désuétude au début du XXe siècle. Les médecins psychiatres et psychologues valorisent en effet une lecture plus développementale de la maladie, davantage centrée sur les réactions psychiques des individus aux évènements de vie, et où l'hérédité est reléguée au seul plan de la prédisposition. De cette même manière, chez Schnyder, l'anorexie relèverait de réactions psychiques aux modifications métaboliques apportées par la puberté.

L'effacement du modèle de l'hérédité en faveur des luttes « morales », balisant le développement psychosexuel et ses pathologies, rend compte ici d'une sorte de « rupture avec la neuro-psychiatrie de la dégénérescence » (Foucault, 1994b [1977] : 198). Cette rupture se concrétise notamment chez Sigmund Freud par un primat accordé à l'ontogenèse sur la phylogenèse, c'est-à-dire par une compréhension de la maladie principalement appréhendée sous l'angle de l'influence du milieu sur les étapes clés de la maturation psychique et physique. L'anthropologue Jacqueline Duvernay Bolens (2001) souligne d'ailleurs la centralité prise par une théorie de la récapitulation aux accents lamarckiens dans la constitution de l'étiologie des névroses proposée par le fondateur de la psychanalyse, dès 1905, dans ses « Trois essais sur la théorie sexuelle »[409]. Chez Freud, dit-elle : « La loi biogénétique va devenir un instrument avec lequel il s'oppose au primat incontesté accordé à l'hérédité par ses contemporains. L'analyse de ses patients l'avait convaincu au contraire de l'importance des événements vécus ». Toutefois, Freud n'est pas le seul à réfléchir au début du XXe siècle à l'influence du milieu ou des évènements biographiques sur le développement, et déjà plusieurs médecins psychiatres, psychologues et physiologistes,

[407] *Ibid.*, p. 261.

[408] Cf. Chapitre 3, partie 1.2 « La photographie médicale comme "pièce démonstrative" », *Des corps non conformes à leur sexe.*

[409] Freud, (2019 [1905]). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, (Cambon, F. T., trad.), Paris : Flammarion.

identifient les accidents émotionnels ou les « attentats sexuels »[410] comme des éléments traumatiques impliqués dans l'apparition de divers troubles nerveux, dont l'anorexie.

Ce sont aussi les états des cycles menstruels et les événements de vie maritaux (mariage, grossesse) qui sont perçus comme des facteurs de déséquilibres. Le clinicien Charles Féré rapporte par exemple dans son étude sur les pathologies des émotions, un cas clinique d'hystérie observé en 1885 par le médecin américain Weir Mitchell, et qu'il associe à une « anorexie de la grossesse »[411]. Concernant spécifiquement les évènements maritaux, le sociologue Marc Loriol (2000) souligne que concomitamment à l'avènement, dès la fin du XIXe siècle, de la neurasthénie dans les classifications médicales, les sentiments amoureux sont constitués en activités psychiques et nerveuses très couteuses en énergie. Plus précisément, les psychiatres considèrent les émotions adolescentes survenant au moment de la puberté comme particulièrement pathogènes dans l'apparition de troubles hystériformes ou nerveux. Par exemple, Édouard Toulouse[412] émet l'hypothèse selon laquelle les malades épileptiques dont il a la charge à l'hôpital de Villejuif seraient majoritairement tombées malades à la suite d'« émotions survenues au moment de la puberté »[413].

L'apparition de l'anorexie est alors associée à d'importants changements de statut, à la fois physiologiques et sociaux. Selon Van Gennep, ces changements de statut correspondent, pour certains, à une « puberté sociale » qui, rappelle-t-il, « ne coïncide pas avec la puberté physique » (1981 [1909] : 56). Le manque de simultanéité entre statut social et état physique est alors constitutif de la lecture psychologique et développementale de l'anorexie, interprétée comme un trouble du passage à l'âge adulte ; une entrée des filles dans une sexualité maritale, certes d'ordre physiologique, mais aussi et surtout d'ordre institutionnel. Comme nous le verrons en particulier dans le prochain chapitre, dès les années 1920, le problème de la simultanéité est au cœur des inquiétudes médicales vis-à-vis des rythmes de synchronisation des hormones sexuelles et de croissance dans la maturation des corps sexués. Outre le mariage, l'enfance et l'adolescence féminine sont aussi délimitées à partir des temps sociaux de la scolarisation. Agnès Thiercé (1999) montre en effet que l'adolescence est d'abord, au cours du XIXe siècle,

[410] Le terme d'« attentat sexuels » est néanmoins principalement utilisé chez les médecins proches de la pensée psychanalytique pour désigner notamment les atteintes et violences sexuelles.

[411] Féré, C. (1892). *La pathologie des émotions : études physiologiques et cliniques*, Paris : Alcan, p. 66.

[412] Toulouse, É. (1900). « Traitement de l'épilepsie par les bromures », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.3, p. 4-5.

[413] Il se réfère notamment à un tableau dans lequel il répertorie les âges de début, les causes et la durée de la maladie. Voir Annexe 45.

l'apanage de la bourgeoisie masculine. Avec l'extension de la scolarisation à l'ensemble de la population enfantine (loi Ferry), cette période d'âge est étendue dès la fin du siècle aux filles et aux enfants de classes populaires. Les temps de l'école et le temps périscolaire deviennent alors des temps de la vie à encadrer (Thiercé, 1996). Marquant la fin du parcours scolaire et l'entrée dans la « vie active »[414], la période post-scolaire constitue, par exemple, un moment de vie jugé socialement critique chez les classes laborieuses et chez les filles sujettes à la déviance. L'encadrement de ces populations par l'instruction, les loisirs ou l'éducation populaire constitue alors un terrain d'action politique majeur, que se disputent les républicains et les catholiques (Poujol, 2005). Dans le champ médical, ces délimitations sociales et scolaires de la vie féminine sont lues au prisme de la menace des mauvaises fatigues.

Des anorexiques à l'école : la menace du surmenage scolaire

Dans la lignée des enquêtes sur la neurasthénie, et alors que les élites sont tourmentées par la dégénérescence de la « race française » associée à la révolution industrielle (Heyberger, 2011), le surmenage scolaire est accusé, dès les années 1880, de participer à l'épuisement de la force nationale, en favorisant « l'étiolement des adolescents scolarisés » (Defrance & *al*., 2021). Les rythmes soutenus des journées d'école et des programmes scolaires, ainsi que l'exigence des examens, entraineraient chez les écoliers et les étudiants une grande fatigue et de potentiels troubles nerveux. Les adolescentes pubères, parce que particulièrement enclines à la fatigue nerveuse durant « cette période de surtravail organique »[415], se trouveraient alors encore plus sujettes au surmenage intellectuel et aux fatigues. En prévision de ces maux, la médecin française Marthe Francillon conseille de surveiller « avec soin » la nourriture des adolescentes. Les « mets excitants », dit-elle, « favorisent les troubles digestifs qu'on observe à la puberté »[416]. Elle préconise également le suivi par les jeunes filles d'un ensemble de pratiques d'hygiène générale et corporelle :

> « *On s'efforcera d'assurer à la jeune fille, une aération suffisante ; l'air, la lumière, largement distribués, l'aideront à supporter la crise pubérale et permettront souvent de prévenir la tuberculose, si redoutable à cet âge. On insistera, sur l'avantage qu'il y a pour elle, à faire de la gymnastique. Il ne s'agit pas d'exercices fatigants et compliqués, mais de mouvements destinés à développer le système musculaire, à assouplir les articulations, à assurer la ventilation des poumons et la respiration nasale. Des exercices*

[414] Par vie active, il faut entendre ici l'entrée des garçons sur le marché du travail et à l'armée, et celle des filles dans une vie maritale, dans l'optique d'une reproduction générationnelle d'un foyer avec des enfants.

[415] Francillon, M. (1906). *Essai sur la puberté chez la femme, étude de psycho-physiologie féminine* : Alcan, p. 193.

[416] *Ibid.*, p. 198.

faciles, ne demandant aucun appareil spécial et prenant un minimum de temps et d'effort, sont à la portée de tous »[417].

Les contraintes temporelles et physiques de la scolarité sont ainsi caractérisées par les médecins, hommes et femmes, comme des facteurs favorisant chez les étudiantes l'apparition de maladies générales ou nerveuses. Dès lors, il s'agit pour les éducateurs, éducatrices et pédagogues de surveiller l'apparition de certains signes de faiblesse physique qui seraient induits par les « transformations intenses dans l'*organisme* et le *psychisme* de l'individu »[418]. En creux, se lit donc la question anorexique, qui se formalise à travers les inquiétudes suscitées par les pathologies adolescentes liées à la fatigue. Par exemple, en 1914, Marguerite Evard évoque en ces termes les différentes affections qui menaceraient les adolescentes :

« *Tant de causes fatiguent l'organisme que beaucoup de maladies peuvent survenir alors, notamment chez les sujets à hérédité chargée ; les maladies nerveuses, tout particulièrement la chlorose, maladie d'évolution de la crise pubérale de la jeune fille, puis la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée peuvent apparaitre alors, sans que la crise physiologique soit seule en cause. D'autres maladies sont influencées par la puberté, surtout les déviations du rachis, notamment la scoliose, causée souvent par la croissance (les trois quarts des cas sont chez les jeunes filles)* »[419].

De manière à limiter les fatigues excessives, la pédagogue suisse se place en faveur d'une forte surveillance des états corporels, préconisant l'adaptation des pratiques pédagogiques à l'évolution psychique des adolescentes.

Ces travaux de femmes médecins et pédagogues sur la fatigue féminine à l'adolescence trouveront un écho important en France dans les années 1930, avec le déploiement au sein des écoles publiques de dispositifs de surveillance de la croissance des garçons et filles scolarisés. Le 17 janvier 1930, est mise en place une circulaire obligeant, sur le territoire de l'Académie de Paris, l'organisation de la surveillance médicale et l'emploi du carnet de santé individuel dans tous les établissements possédant un internat. Le recteur de Paris justifie cette décision par « la nécessité d'assurer dans l'enseignement secondaire un contrôle régulier de la santé des élèves »[420]. Il affirme : « Il m'a toujours paru que nous n'accordions pas à leur développement physique toute l'attention souhaitable. Ni le travail intellectuel ni la culture corporelle ne

[417] *Ibidem.*

[418] Evard, M. (1914). *L'adolescente : essai de psychologie expérimentale,* Neuchâtel : Fischbacher, Paris : Delachaux et Niestl, p. 18. Les termes figurent en italique dans le texte.

[419] *Ibidem.*

[420] Archives nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique : AJ/16/8784, Instructions et communications des chefs d'établissements (1929 - 1932).

tiennent un compte suffisant de leur croissance ». Quelques mois plus tard, la directrice du lycée de jeunes filles Lamartine à Paris, rédige une lettre à destination du recteur afin de l'informer du rejet, de la part des familles et de l'association des parents d'élèves, de la mise en place de ce carnet[421]. Elle note que si les parents trouvent le principe excellent, ils s'opposent néanmoins à son exécution. Ce refus émane notamment des parents d'élèves médecins, qui craignent que cette disposition n'interfère avec leur profession. La directrice affirme à ce propos que « la charge est conduite par les parents médecins. À travers tous leurs arguments, il est facile de discerner le véritable mobile de leur opposition : ils redoutent la main mise sur leur clientèle par le médecin du lycée ». Toutefois, le rectorat affirme que le carnet de santé rencontre auprès des familles un franc succès, et incite alors les établissements à étendre le dispositif aux élèves externes. Le recteur de l'Académie de Paris souligne néanmoins que les familles d'externes acceptent moins bien cette disposition, voire qu'ils présentent « une franche hostilité à l'égard du carnet de santé »[422], perçu comme s'immisçant dans la vie des familles et ôtant aux parents du pouvoir sur leur enfant. Face à ces réticences, le recteur préconise de ne pas trop insister au risque de perdre définitivement toute adhésion parentale au projet éducatif de l'école. Il rappelle toutefois que les familles de pensionnaires ont dans l'ensemble accepté la surveillance et le carnet, et ont même communiqué des informations décisives pour la santé des élèves. Il déclare notamment que :

> « *Dans plusieurs cas, l'examen médical a décelé des troubles ignorés et conduit à la prescription de traitements appropriés, qui ont permis d'opérer à temps d'heureux redressements. C'est dans ce dépistage précoce que réside le véritable bienfait de ce contrôle périodique : il deviendra d'autant plus efficace qu'il s'étendra sur un plus grand nombre d'années et s'appuiera sur une plus longue série d'observations* ».

Les visites médicales induisent parfois la prescription par les médecins scolaires de certaines pratiques gymniques aux élèves jugées les plus nécessiteuses en matière de développement physique. Ainsi en 1931, à l'aide des notations figurant sur le carnet de santé, le médecin scolaire du collège de jeunes filles[423] d'Épernay identifie, à la suite d'une visite médicale, plusieurs « défauts » de croissance (scolioses, thorax atrophiés) chez des élèves de l'établissement. Le professeur de gymnastique en est alors informé, et est prié de mettre en place une gymnastique dite « corrective », visant à éliminer ces défauts et à faire reprendre

[421] Archives nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique : AJ/16/8784, Enquête sur le carnet de santé juin 1931.

[422] Archives nationales, Fonds du ministère de l'Instruction publique : AJ/16/8784, Contrôle médical carnets de santé (1929 - 1932).

[423] Les collèges de jeunes filles sont consacrés à l'instruction des filles ayant entre douze et seize ans.

aux enfants un schéma de développement jugé sain. Dans ce cadre préventif, lors des visites médicales et lors du remplissage des fiches physiologiques scolaires, les médecins identifient les cas inquiétants de maigreur, ou repèrent l'installation progressive de troubles de la croissance. Le cas échéant, les élèves internes sont amenées à quitter l'établissement pour trouver du repos auprès de leur famille[424]. Ainsi, la médecine scolaire amorce au sein des écoles et des lycées publics et laïques un encadrement des corps féminins et de leur devenir, pendant et après la scolarisation. Ces cas d'amaigrissements prononcés suggèrent que l'anorexie est rendue observable aux acteurs de l'éducation et de la médecine par le biais de pratiques de surveillance sanitaire mises en place dans le champ scolaire. Dès le début du XXe siècle, les signes de l'anorexie sont ainsi classés parmi les troubles liés au surmenage scolaire, et plus largement parmi les mauvaises fatigues féminines et pubertaires.

Conclusion du chapitre 5 :

Ce chapitre a montré que les applications psychophysiologiques du paradigme énergétique dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie ont fortement façonné la production des seuils diagnostiques de l'anorexie, en lien avec sa classification parmi les pathologies énergétiques de l'enfance et de l'adolescence. Les discours médicaux relatifs aux besoins nutritionnels des femmes, des enfants et des adolescentes contribuent, dès la fin du XIXe siècle, à édifier trois « seuils métaboliques » de l'anorexie. Le premier correspond aux limites énergétiques observées chez les malades hystériques et anorexiques, c'est-à-dire au passage critique sur le plan médical d'un équilibre nutritionnel adapté au jeûne prolongé à un organisme en état de dénutrition. Le deuxième seuil concerne l'alimentation infantile et renvoie à la période critique du sevrage, allant de la naissance à la petite enfance. Enfin, le troisième seuil métabolique concerne le passage critique de l'enfance à l'âge adulte, correspondant aux déséquilibres énergétiques induits par l'éclosion de la puberté chez les filles. De cette manière, l'anorexie des nourrissons et l'anorexie des adolescentes sont respectivement classifiées par les psychiatres et les psychologues parmi les troubles énergétiques nécessitant une intervention préventive et active, à un « juste » moment du développement, de la part des parents, des médecins et des éducateurs. Dans cette perspective, le chapitre suivant est dédié à l'étude de la production des seuils diagnostiques de l'anorexie au prisme des « micro-techniques d'enregistrement de la

[424] La famille semble constituer ici une ressource de santé pour les enfants, ce qui nous invite à nuancer l'idée selon laquelle la famille serait uniquement perçue par la médecine de cette époque comme un milieu pathogène.

croissance » mises en œuvre au sein des pratiques médicales d'observation et de régulation des caractères et des rythmes sexués de la maturation physique, organique et sexuelle.

Chapitre 6 – Chiffres, indices et schémas : les « micro-techniques » d'enregistrement de la croissance

Ce chapitre porte sur les « micro-techniques d'enregistrement de la croissance » qui désignent ici les pratiques de mesure et les supports graphiques de visualisation et de standardisation des processus corporels liés à la croissance. Il propose d'étudier la production des seuils diagnostiques de l'anorexie au regard de la figure de l'« enfant normal », qui émerge dès la fin du XIXe siècle au sein de pratiques statistiques appliquées aux populations, et qui circule à travers de multiples « inscriptions » (listes, tableaux, indices) (Turmel, 2013). Si André Turmel (2013 : 124) qualifie ces inscriptions de « technologies sociales » coordonnant un réseau d'acteurs constituant le « champ de l'enfance », les éléments étudiés ici suggèrent que ces supports graphiques constituent également des « dispositifs de pouvoir », relevant au sens foucaldien de « techniques sécuritaires » (Foucault, 1997, 2004b) de régulation des phénomènes de maturation. Dans cette perspective, le chapitre se concentre sur l'intrication au début du XXe siècle de deux types de métriques corporelles et temporelles : celle anthropométrique renvoyant à la mesure de segments corporels (membres, tronc) et de leur harmonie, et celle endocrinienne renvoyant à la mesure de la synchronisation hormonale de la maturation organique et glandulaire (hypophyse, ovaire, thyroïde).

Dans un premier temps, le chapitre revient sur les pratiques anthropométriques déployées dans le champ de la médecine scolaire et militaire, et explicite la production et la circulation des normes de santé issues de ces pratiques, et auxquelles se réfèrent les médecins pédiatres diagnostiquant l'anorexie. Dans un second temps, le chapitre explore la place occupée par les micro-techniques d'enregistrement de la croissance dans les diagnostics d'anorexie réalisés par les cliniciens et endocrinologues soucieux d'expliquer et de contrôler les processus de synchronisation du développement organique et hormonal. Le chapitre aborde en particulier les schémas de croissance dentaire, puis l'utilisation dès les années 1920 d'outils d'imagerie médicale en lien avec les connaissances produites sur les hormones de croissance et sexuelles.

1. Mesurer et faire grandir

Les variations morphologiques et physiologiques humaines constituent au cours de l'entre-deux-siècles (XIXe-XXe siècles) le thème central de l'anthropologie physique. Nicoletta Diasio (1999) montre que l'anthropologie physique est marquée en France par un rapprochement fort entre médecine et anthropologie, à tel point que les anthropologues, bien souvent médecins, sont grandement impliqués dans la définition médicale des normes corporelles et physiologiques ainsi que dans celle des écarts individuels et collectifs par rapport à ces normes. La multiplication à la fin du XIXe siècle d'échelles métriques destinées à mesurer et analyser le développement des enfants répond alors à un intérêt scientifique pour la production d'un « calendrier de développement "correct", tant à l'échelle d'une population qu'à celle d'un individu » (Diasio, 2020). Cette première partie interroge ainsi la façon dont l'anthropologie physique a irrigué, par le biais de la circulation des pratiques anthropométriques dans le champ médical, les savoirs relatifs à l'enfance « normale » et « anormale ».

1.1. Inscrire le corps dans le social

L'anthropométrie émerge au XVIIIe siècle en tant que démarche rationnelle de connaissance sur l'humain. Dans les années 1860, le médecin Paul Broca crée la *Société d'anthropologie de Paris* et fait de l'anthropométrie l'outil central d'une anthropologie racialiste. À l'aide d'instruments de mesure (compas, toise, balance), les médecins et anthropologues de la *Société* objectivent les variabilités humaines et classent selon un modèle hiérarchique les données morphologiques récoltées auprès de différents groupes humains. Broca propose notamment un « baromètre craniométrique » permettant de mesurer et de classer les « genres » et les « races » (Blanckaert, 2001 : 104) à partir des caractéristiques de leur boîte crânienne[425]. À la fin du XIXe siècle, l'anthropométrie dépasse le seul cadre de l'anthropologie physique et s'immisce en Europe dans la plupart des institutions ayant pour objet l'identification et la sélection des individus (About & Denis, 2010 ; Lalanne Berdouticq, 2020 ; Hartmann, 2011). Elle participe à la volonté de perfectionnement du système légal de reconnaissance des criminels récidivistes et se formalise en ce sens, tout au long du XIXe siècle, à travers des systèmes métriques d'identification des variations morphologiques et physionomiques humaines (About & Denis, 2010). L'anthropométrie régit alors un ensemble de pratiques médicales administratives d'identification et d'assignation des individus à des catégories médicales et à des institutions médicales ou judiciaires.

[425] Voir une illustration du stéréographe de Paul Broca en Annexe 46.

Tout au long du XIXe siècle, le renforcement de la critique à l'encontre de la place accordée à la subjectivité des savants dans la production de la science, ainsi que l'imposition d'un « régime de l'objectivité mécanique » (Daston & Galison, 2007) reposant sur l'usage privilégié d'instruments d'optique et de mesure facilitent, dans un premier temps, la légitimité scientifique de l'anthropométrie. Guidé par un souci d'objectivité absolu, Broca se positionne en faveur d'une anthropométrie ancrée dans les sciences statistiques et mathématiques (Blanckaert, 2001 : 25). Au même moment, la démarche scientifique est influencée par la pensée probabiliste qui se caractérise, pour reprendre les termes de Ian Hacking (1990), par une « domestication du hasard ». Dans le cadre médical et anthropologique, ce raisonnement chiffré participe tout au long du XIXe siècle à l'édification statistique d'une « population normale » qui serait « statistiquement constituée par des lois de dispersion marquées par l'érosion du déterminisme et par la prise en compte des probabilités »[426]. La genèse des pratiques anthropométriques de mesure de la croissance des enfants est ainsi intimement liée, en Europe occidentale, au déploiement des sciences statistiques et à leur application dans l'étude des caractères corporels humains, aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

À la suite des réflexions ouvertes par le naturaliste Georges Buffon concernant les phénomènes de croissance chez les enfants, les travaux de physique sociale du mathématicien belge Adolphe Quetelet[427] autour de la taille moyenne des conscrits et du modèle de l'« homme moyen »[428] contribuent à légitimer le contrôle statistique des populations, ainsi que leur classification sur la base de caractéristiques morphologiques. Les tables de croissance constituent ainsi le matériau de base à partir duquel les médecins pédiatres étendent leur champ d'action à la surveillance continue de l'enfant, y compris en matière d'alimentation et d'hygiène (Turmel, 2013). À la croisée de la médecine sociale, hygiéniste et de la pédiatrie se constitue ainsi dès la fin du XIXe siècle en France une « médecine du développement », organisée autour de la surveillance des phénomènes de croissance et de maturation des enfants. Cette médecine qui lit le temps à travers le corps (Julien & Voléry, 2019 ; Diasio, 2019) participe à la production de la figure médicale de l'enfant normal qui est, en autres, définit, selon André Turmel (2013),

[426] Termes de Ian Hacking (1990) cités par Simona Tersigni (2019 : 27).

[427] Voir par exemple Quetelet, A. (1870). *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*, Bruxelles : C. Muquard.

[428] L'« homme moyen » de Quetelet désigne une formule qui résulte de l'application de la « loi normale des erreurs » aux phénomènes humains. Elle exprime l'existence théorique d'un humain ou d'un type « moyen » dont les caractéristiques physiques correspondraient à la moyenne de l'ensemble des tailles observées dans la population de référence (Desrosières, 2008). Concrètement, les êtres humains sont dans cette perspective « des reproductions imparfaites de cet homme moyen, présenté comme un idéal de perfection » (Desrosières, 2002 : 5). Voir des exemples de schémas et de courbes statistiques produits par Quetelet de l'Annexe 47 à l'Annexe 49.

comme un enfant situé dans les moyennes statistiques de croissance et correspondant aux critères anthropométriques de la bonne santé.

La production anthropométrique de normes de santé enfantines

Au milieu du XIXe siècle, les scientifiques cessent d'observer uniquement leurs propres enfants (Luc, 1997 ; Turmel, 2013) et se penchent aussi sur les enfants des autres. La population enfantine nationale, rassemblée dans les institutions scolaires, militaires, judiciaires ou éducatives, devient la cible privilégiée des expérimentations médicales et scientifiques (Bonah, 2007 : 35-36). Avec la généralisation des sciences statistiques, ces investigations ne visent plus à étudier des cas d'enfants isolés, mais des groupes et des cohortes constitués à partir de la population générale. Dès les années 1840, les anthropologues se tournent préférentiellement vers les mesures de conscrits, en tant que « groupe cohérent » (Hartmann, 2016 : 82), pour formuler des moyennes populationnelles. Le statisticien Adolphe Quételet s'appuie par exemple au cours de son travail sur l'« homme moyen », comme le suggèrent Lars Grue et Arvid Heiberg (2006), sur la mesure du thorax de plus de 5000 recrues. Toutefois, et malgré son essaimage, l'anthropologie physique en général, et l'anthropométrie en particulier, sont remises en cause et perdent en légitimité scientifique dès les années 1880 (Hartmann, 2016). Ses détracteurs déplorent en particulier l'approximation des mesures ainsi que l'inexactitude des données métriques récoltées. Une communauté scientifique internationale, principalement composée de médecins militaires et scolaires, se constitue en réaction, et participe à la systématisation des méthodes anthropométriques.

L'harmonisation des méthodes de mesure prend également effet dans un mouvement plus large de quantification de la science et de la médecine (Jorland & *al*., 2005). En 1887, Édouard Maurel[429], membre de la *Société d'anthropologie de Paris*, propose de standardiser les procédés de mesure de la cage thoracique. Il envisage notamment la diffusion d'une procédure de mesure du périmètre thoracique basée sur l'utilisation du « stéthographe »[430], un outil métrique qu'il juge plus exact que le ruban métrique. Vingt ans plus tard, Louis Dufestel interpelle le *Comité Français de l'Hygiène Scolaire* ainsi que les membres du Congrès International de Londres, qu'il incite à agir en faveur, dit-il, d'une « entente internationale sur les règles à suivre pour les principales *mensurations anthropométriques chez l'enfant* »[431]. Afin de répondre aux difficultés

[429] Maurel, É. (1887). « Méthode de mensuration de la cage thoracique », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris,* IIIe série, p. 345-366.

[430] Voir Annexe 50 et Annexe 51.

[431] Dufestel, L. (1907). « Mensurations anthropométriques chez l'enfant », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°9, p. 193.

d'utilisation et d'étalonnage du spiromètre ou du ruban métrique – qui constituent jusqu'ici les instruments de prédilection pour la mesure des capacités respiratoires – Dufestel[432] conçoit un « appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration », nommé « cyrtomètre »[433]. Construit avec l'aide d'un mécanicien et dédié selon son concepteur aux orthopédistes et aux physiologistes, cet appareil se compose de quatre parties qui remplissent soit une fonction de contention, soit une fonction d'inscription de la mesure effectuée. Le résultat de la mesure thoracique est dessiné par un outil inscripteur, placé sur un plateau, qui trace le contour du thorax « réduit de moitié » sur un papier quadrillé. La nouveauté de cet instrument réside dans le fait que l'enregistrement est effectué deux fois de suite, de manière à rendre compte de la capacité minimale et maximale du thorax au fil de la respiration. Chaque opération d'enregistrement produit ainsi une double ellipse illustrant le mouvement thorax en inspiration et expiration (*cf*. illustration 22, ci-dessous).

***Illustration 22**. Deux diagrammes dessinés avec le cyrtomètre*

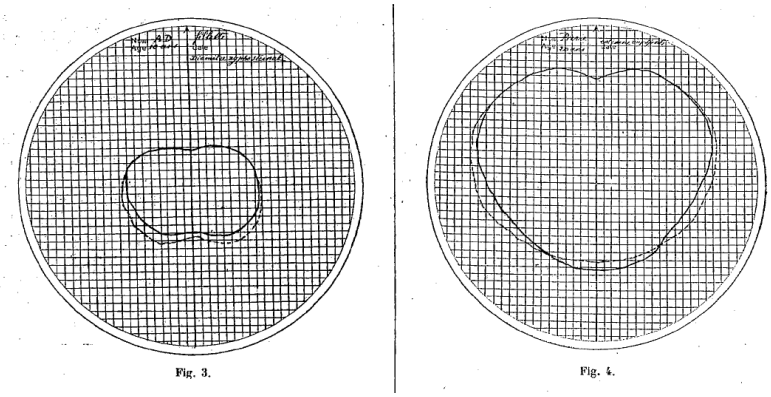


Figure 3 (à gauche), cas d'une fille malingre de dix ans, entrainée à la gymnastique respiratoire depuis un an environ.

Figure 4 (à droite), cas d'un homme de vingt ans, très entrainé au sport.

Source : Dufestel, L. (1907) « Appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration », La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantile, p. 233.

L'intérêt pour les capacités respiratoire des enfants n'est pas sans lien avec le contexte sanitaire de l'époque. Avec l'arrivée de la microbiologie, les mesures anthropométriques du thorax s'enracinent dans un mouvement hygiéniste de lutte contre les maladies enfantines et infectieuses. Les inscriptions du cyrtomètre permettent aux médecins de déceler les signes de pathologies infectieuses ou des thorax atrophiés propices à leur installation, et ainsi de prescrire des exercices gymniques prophylactiques ou de correction du développement des corps. La

[432] Dufestel, L. (1907). « Appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°20, p. 230.

[433] Voir Annexe 52.

comparaison des diagrammes rend quant à elle compte des effets correctifs et bénéfiques de ces pratiques prophylactiques dont la gymnastique. La « comparaison », dit Dufestel, « révèle à nos yeux les modifications produites par les exercices respiratoires et les changements survenus dans la conformation du thorax »[434]. De ce point de vue, il semblerait que le cyrtomètre de Dufestel ait reçu un accueil favorable par la médecine scolaire puisqu'il est présenté dans le Larousse médical illustré de 1924[435] comme un des instruments de référence pour l'évaluation métrique de l'état de santé des élèves des deux sexes.

Dans une perspective de production de « lois du développement », Dufestel rédige également en 1907 un « guide technique des mensurations à prendre chez l'enfant »[436], dans lequel il détaille trois données anthropométriques :

> « *I. Celles qui donnent la notion du développement général. Ce sont : le Poids et la Taille ; II. Celles qui indiquent la capacité vitale ou respiratoire. Ce sont : la Spirométrie, la Périmétrie et la Diamétrie. III. Celles qui donnent la notion de développement musculaire et de la force. Ce sont les mensurations dynamométriques* »[437].

Les corps des enfants et des adolescents sont ainsi perçus dès la fin du XIXe siècle comme particulièrement correctibles. La période de la croissance constitue dans cette perspective un moment particulièrement opportun pour corriger les anormalités ou les défauts de croissance par des interventions médicales de redressement (Vigarello, 1978). À cet égard, certains médecins, pédagogues et hygiénistes promeuvent dès la fin du XIXe siècle la diffusion au sein de l'école de certaines pratiques sportives (Nourrisson, 2002). La gymnastique est notamment rendue obligatoire dans les collèges et les lycées publics de garçons en 1880, et de filles en 1882 (Hoibian & Vaucelle, 2019). Le médecin des armées Paul Godin qualifie les exercices physiques d'« agents de modification du développement organique »[438], qu'il considère efficaces pour perfectionner un développement des corps pensé comme naturel.

---

[434] Dufestel, L. (1907). *op. cit*., p. 230.

[435] *Larousse médical illustré. (1924).* sous la direction du Dr Galtier-Boissière (édition entièrement refondue et augmentée par le Dr Burnier), Édition Paris Larousse, p. 334 [en ligne] https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?med269035x0366 (page consultée le 17/10/2024).

[436] Dufestel, L. (1907). *op. cit.*, p. 195.

[437] La spirométrie désigne la pratique de calcul de la capacité de souffle d'un individu à l'aide d'un spiromètre. La périmétrie renvoie aux pratiques de mesure du périmètre du thorax, alors que la diamétrie concerne la mesure du diamètre thoracique. Enfin la dynamométrie désigne la pratique de mesure de la force manuelle à l'aide d'un dynamomètre.

[438] Godin, P. (1901). « Du rôle de l'anthropométrie en éducation physique », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, Ve Série, t.2, p. 111.

L'anthropométrie guide ainsi les pratiques médicales et éducatives d'« optimisation »[439] de la santé des enfants, dont l'état est évalué au prisme des normes et des moyennes de croissance.

Les normes de santé enfantines sont majoritairement édifiées en Europe à l'aune des normes corporelles masculines d'aptitude à la guerre. Heinrich Hartmann souligne notamment que les caractéristiques corporelles considérées comme féminines sont présentées comme des malformations ou des variations pathologiques des corps masculins aptes à la conscription (Hartmann, 2011 : 94-96). Cette vision androcentrée nourrit les idéologies racistes et antisémites du début du XXe siècle, en associant des types de corps à des types nationaux, et en définissant la perfection corporelle selon une norme masculine, blanche et athlétique. Mais cette vision nourrit également l'idée selon laquelle les corps féminins seraient des dérivées statistiques et morphologiques d'un corps masculin idéal pour la conscription. L'historienne Aude-Marie Lalanne Berdouticq montre qu'au début du XXe siècle, en France et en Angleterre, les procédés anthropométriques de sélection des soldats répondent à une « pensée stratégique hygiéniste » (2020 : 57), où s'entremêlent le souci du maintien de la santé individuelle et celui de l'efficacité de l'armée. Dans ce cadre, le thorax est particulièrement investi par les médecins militaires, qui observent sa forme et son volume ou qui mesurent sa circonférence et son diamètre. Un thorax aplati, étroit ou difforme est ainsi considéré comme le signe physiologique d'une faiblesse de constitution, ou bien comme le critère clinique de la contraction de la tuberculose ou de la pleurésie. Les exemptions sont majoritairement justifiées au début du XXe siècle par la « faiblesse de constitution » des candidats à la conscription, alors qualifiés de « chétifs » ou de « malingres ». Ces termes désignent ici un état physiologique jugé inadapté au service militaire. Les signes et les critères physiques de cette inadaptation participent, en miroir, d'une part, à la construction des normes corporelles de virilité, et d'autres part, à celle des normes corporelles de féminité, au sein desquelles la force et la violence sont placées du côté du pathologique (Lalanne Berdouticq, 2020 : 105-106). Comme le montre Michel Bozon (1981), il s'agit également dans le cadre de la sélection médicale des conscrits de s'assurer de la conformité des organes génitaux et des caractères sexuels des candidats. La conscription constitue ainsi un espace de surveillance du bon ancrage corporel des hommes dans leur sexe, faisant de l'évaluation médicale de l'aptitude physique à l'acte guerrier une épreuve de sexualité. Nous avons montré jusqu'ici dans ce travail, que la surveillance médicale de la conformité physique des filles à leur sexe – à laquelle dérogeraient les anorexiques – repose

[439] J'utilise ici la notion d'optimisation en référence aux travaux sociologiques et anthropologiques produits autour de la quantification des performances sportives ou professionnelles et autour des relations que cette notion entretient avec celle de perfection humaine. Voir : Dalgalarrondo & Fournier (2019) ; King & *al*., (2018) et Saraceno (2014a, 2019).

sur un « coup d'œil » clinique et sur l'usage d'instruments d'observation comme la photographie, mais aussi que cette surveillance est exercée à la sortie du temps scolaire et autour de la puberté. Nous allons maintenant voir que les « seuils de sexualisation » qui servent au diagnostic de l'anorexie s'appuient également, dans le champ de la pédiatrie du début du XXe siècle, sur un certain regard clinique porté sur les corps, mais également sur des micro-techniques d'enregistrement de la croissance servant à la standardisation des rythmes féminins et masculins du développement organique et sexuel.

Des chiffres et des sexes

Avec la diffusion d'outils anthropométriques dans le champ de la médecine scolaire, les écoles publiques, primaires et militaires, deviennent d'importants lieux de contrôle et de formation des corps et des esprits républicains, où les médecins produisent des savoirs relatifs à la croissance des enfants (Diasio, 2019 ; Tersigni, 2019 ; Turmel, 2013). La médecine scolaire et les divers acteurs qui la composent (enseignants, médecins-inspecteurs, familles, préfets) jouent un rôle majeur dans la mise en place, par l'usage de systèmes métriques, d'un ensemble de dispositifs hygiénistes (Parayre, 2008), allant de l'évaluation de la salubrité des établissements à la mise en place de carnets de suivi de la santé des élèves, comme nous l'avons déjà souligné dans le chapitre précédent[440]. Dans ce cadre, de larges enquêtes anthropométriques sont menées au sein des établissements scolaires ou médicaux. Les médecins-inspecteurs proposent notamment des études statistiques portant sur la taille et le poids des écoliers dont ils ont la charge. Les sociétés savantes et les revues professionnelles comme la *Revue pédagogique* ou *La Pédiatrie pratique* offrent des espaces privilégiés de diffusion de ces études. Par exemple, en 1930, la médecin-inspectrice Madeleine Friant[441] publie dans les *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris* les résultats de son étude portant sur la croissance normale des enfants. Dans un article dédié à la croissance des garçons, elle transcrit dans un tableau les mesures individuelles de tailles et de poids, effectuées sur cinquante écoliers mosellans entre leurs sept ans et leurs dix ans, puis en tire des moyennes de croissance (*cf.* illustration 23, ci-dessous). Par l'observation des différences de croissance et de poids entre deux frères jumeaux, elle en déduit que le poids, contrairement à la taille, est une donnée corporelle instable et largement influencée par les éléments extérieurs. Les moyennes staturales, c'est-à-dire de taille, effectuées à partir de ce groupe de garçons viennent compléter, selon Friant, des travaux

[440] Cf. Chapitre 5, partie 2.2. « Les "mauvaises fatigues" : l'entrée périlleuse des filles dans le sexualité », *Des anorexiques à l'école.*

[441] Friant, M. (1931). « La croissance en taille et en poids des écoliers mosellans de dix à treize ans », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, VIIIe série, t.2, p. 11-17.

anthropométriques antérieurs comme ceux d'Adolphe Quetelet, de Gaston Variot ou de Paul Godin. De la même manière, elle suggère dans un second article[442], dédié cette fois à la mesure de soixante-quinze écolières, que les moyennes de taille proposées antérieurement par Variot et Chaumet ou Quetelet concordent avec ses propres observations.

***Illustration 23**. Série de tailles et de poids d'écoliers mosellans (1931)*

	TAILLE				POIDS			
	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans
	—	—	—	—	—	—	—	—
Othello P. (I) (1)	1m16	1m18	1m21	1m26	22k	23k	24k8	26k2
Antoine K.	1 185	1 21	1 24	1 28	23 8	25 5	26	27 8
Georges L.	1 195	1 22	1 31	1 36	21 2	23 7	25 9	27 4
Jean B. (I)	1 195	1 23	1 28	1 31	24 4	25 1	27	29
Marcel A.	1 20	1 25	1 29	1 36	24 7	27 7	28 5	32
Maurice C.	1 23	1 25	1 29	1 31	27	28	30 8	34 5
Mathieu M.	1 24	1 29	1 32	1 37	27 2	28 2	30	32 3
Louis Z.	1 24	1 27	1 31	1 36	26 8	30 5	32 5	33 2
Charles M.	1 25	1 32	1 37	1 46	26 8	30 5	36 4	42 3
Albert C. (I)	1 26	1 30	1 36	1 41	28	30 7	35 5	39
Jean P.	1 26	1 28	1 32	1 36	27	28 7	29 7	31 2
René W.	1 265	1 32	1 34	1 40	27 1	29 1	32 9	35 8
Henri M.	1 27	1 31	1 36	1 40	27	29	31 3	34 4
Joseph W.	1 27	1 32	1 40	1 46	27 6	31 5	35 6	41
Hubert L.	1 27	1 32	1 36	1 44	26 9	29	31	35 8
Severino M. (I)	1 28	1 30	1 34	1 38	25	26 5	27 7	31
Antoine C.	1 28	1 34	1 38	1 47	27 6	30	33 5	38 5
René M.	1 29	1 36	1 42	1 43	28 7	34	36 5	39
Joseph B.	1 29	1 35	1 38	1 40	25 5	27 7	30	32 5
Charles E.	1 31	1 36	1 40	1 45	26 1	27 6	29 9	33 1
Henri S.	1 31	1 355	1 37	1 43	27 3	28 7	31 2	34
Armand R.	1 31	1 37	1 41	1 46	30	32 3	36 3	39 7
François H.	1 31	1 34	1 39	1 45	27 5	28 8	29 7	34 4
Lucien F.	1 32	1 36	1 41	1 48	26 4	28 9	31 7	34 6
Albert S.	1 32	1 38	1 43	1 46	30	32 5	36 9	40 5

(1) I signifie : *Italien;* les autres enfants sont des Lorrains, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Source : Friant. (1931). « La croissance en taille et en poids des écoliers mosellans de dix à treize ans », Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, VIIIe Série, t.2, p. 12.

***Illustration 24**. Série de tailles d'écolières de Moselle (1931)*

	TAILLE			
	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans
	—	—	—	—
Paulette B.	1 16	1 22	1 25	1 28
Renée E.	1 16	1 22	1 24	1 31
Claire L.	1 175	1 25	1 32	1 38
Charlotte W.	1 18	1 25	1 32	1 38
Catherine S.	1 205	1 275	1 31	1 355
Aline R.	1 205	1 28	1 35	1 37
Marie L.	1 21	1 29	1 34	1 37
Marguerite B.	1 22	1 29	1 36	1 39
Geneviève T.	1 23	1 31	1 34	1 40
Marcelle H.	1 24	1 275	1 33	1 37
Christiane A.	1 24	1 31	1 345	1 38
Marie P.	1 25	1 32	1 35	1 43
Adélaïde S.	1 26	1 32	1 35	1 43

Source : Friant. M. (1931). « Les écolières de la Moselle ; accroissement de leur taille entre sept et douze ans et comparaisons avec les écoliers mosellans », Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, VIII° Série, t.2, p. 19.

[442] Friant, M. (1931). « Les écolières de la Moselle ; accroissement de leur taille entre sept et douze ans et comparaisons avec les écoliers mosellans », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, VIIIe Série, t.2, p. 17-24.

Si le travail de mesure de la croissance masculine se suffit à lui-même, Friant propose dans l'article portant sur la croissance des filles de comparer les moyennes d'accroissement féminines avec celles masculines. Nous retrouvons ici les processus médicaux de construction de différenciations entre les deux sexes identifiés par Delphine Gardey et Ilana Löwy (2000) et dans lesquels le corps féminin est systématiquement sexué, par comparaison à une norme masculine présentée comme « neutre ».

Chez Friant, et de manière générale dans les enquêtes anthropométriques datant des premières décennies du XXe siècle, seules les filles semble présenter un corps sexué, c'est-à-dire un corps inscrit dans un sexe et rythmant radicalement leur croissance staturale. Friant montre par exemple que les filles seraient soumises au cours du temps à deux « poussées » de croissance, l'une se situant entre sept ans et huit ans, et l'autre entre onze ans et douze ans. Les garçons présenteraient quant à eux une unique « poussée », avoisinant selon Friant l'âge de la puberté, entre douze et treize ans. Cependant, les garçons resteraient généralement soumis à une augmentation de la taille « assez régulière »[443]. Les études anthropométriques portant sur les corps enfantins mettent ainsi en avant l'image d'un corps en croissance soumis chez les deux sexes à des variations brusques. Mais cela semble d'autant plus le cas chez les filles qui seraient soumises selon ces travaux anthropométriques à des irrégularités de développement, tout au long de la croissance.

En matière de différences sexuées, la représentation graphique d'un rythme distinct existant entre les croissances féminine et masculine illustre une idée répandue dès la fin du XIXe siècle dans la médecine du développement, selon laquelle les filles suivraient un développement sexuel plus précoce en référence à celui des garçons[444]. L'explication tiendrait à une spécificité pubertaire féminine qui se caractérise par une poussée de croissance plus précoce que pour les garçons, et par un arrêt de cette croissance au moment de l'arrivée des menstrues. Par exemple, la pédagogue suisse Marguerite Evard rapporte dans son essai de psychologie expérimentale sur « l'adolescente »[445] : « [L'homme] accuse à tous les âges un développement physique supérieur en poids et en taille, sauf de douze à quinze ans : cette exception est due à la puberté qui se manifeste plus tôt chez la jeune fille »[446]. Cette acception s'appuie chez Evard et chez d'autres pédagogues ou médecins du développement sur une multitude de mesures, tableaux,

[443] Friant, M. (1931). *op. cit.*, p. 14.

[444] Comme le montre la sociologue Virginie Vinel (2014b), cette idée demeure largement partagée aujourd'hui par les médecins pédiatres.

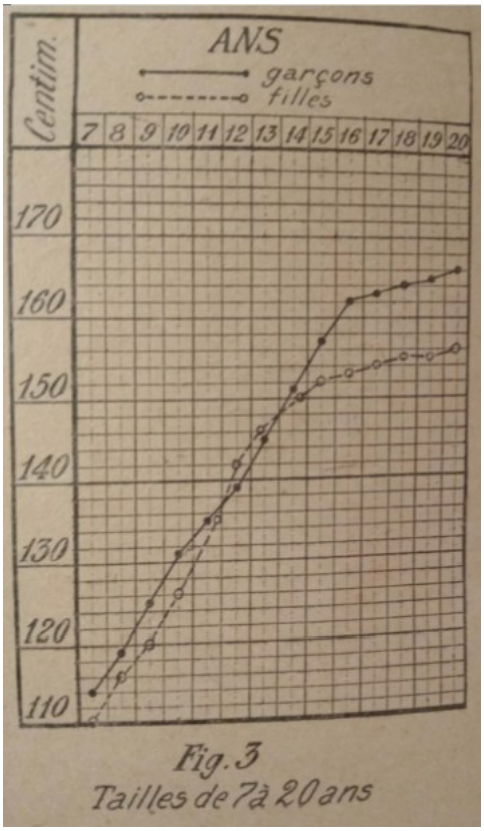
[445] Evard, M. (1914). *L'adolescente : essai de psychologie expérimentale,* Neuchâtel : Delachaux et Niestl, Paris : Fischbacher.

[446] *Ibid*., p. 12.

schémas, courbes de poids et de taille reproduisant visuellement, par les lignes et les chiffres, cette spécificité rythmique de la physiologie féminine.

Dans son ouvrage médical « Les enfants trop petits »[447], le clinicien de l'enfance Pierre Nobécourt suggère qu'entre quinze ans et vingt et un ans : « Les étapes de croissance sont les mêmes pour les garçons et les filles. Toutefois, leurs dates ne sont pas identiques pour les unes et les autres »[448]. Il reproduit par ailleurs une illustration graphique (*cf.* illustration 25, ci-dessous) présentant la taille et le poids des enfants ayant entre sept et vingt ans. En étant composée de deux courbes, l'illustration met en évidence une division sexuée des rythmes de croissance féminins et masculins, qui se manifeste par une accélération de la croissance féminine vers les douze ans, puis par un arrêt précoce de la croissance des filles qui est alors largement dépassée par celle des garçons.

***Illustration 25**. Courbes de taille chez les filles et les garçons, de sept à vingt ans*



Source : Nobécourt, P. (1929). Les enfants trop petits, Paris : L'expansion scientifique française, p. 31.

[447] Nobécourt, P. (1929). L*es enfants trop petits*, Paris : L'expansion scientifique française.
[448] *Ibid*., p.10.

En étant reprises dans diverses publications éducatives, médicales et scientifiques, ces inscriptions renforcent un discours savant selon lequel les rythmes de maturation – comprenant la croissance physique, mais aussi l'arrivée de caractères sexuels secondaires – des filles seraient « naturellement » plus rapides que les rythmes de maturation des garçons. À mesure que des inscriptions comme la courbe reproduite par Nobécourt circulent dans les ouvrages scientifiques et les revues généralistes[449], l'idée d'une précocité féminine en matière de croissance et de maturité sexuelle se construit comme un « fait » (Latour, 1987), à savoir comme un énoncé scientifique à partir duquel d'autres énoncés sont établis. Ce fait asseoit la conception médicale d'une temporalité physiologique féminine singulière, particulièrement sujette aux déséquilibres au moment de la puberté en tant que phase biologique d'entrée dans la sexualité. Ce fait contribue également à renforcer dans la sphère médicale la légitimité de différences légales comme le seuil d'âge de la nubilité.

En 1804, le code Napoléon stipule en effet que l'âge minimal légal du mariage est de quinze ans pour les femmes et dix-huit ans pour les hommes. Cette distinction de l'âge nubile selon le sexe perdure tout au long des XIXe et XXe siècles et n'est modifiée en France, qu'en 2006[450]. Michel Bozon et Juliette Rennes (2015) suggèrent que cet écart de l'âge nubile entre les deux sexes est justifié du point de vue des législateurs par une supposée précocité sexuelle des filles par rapport aux garçons, que l'apparition des premiers signes de puberté féminine, dont les menstrues, rendrait visible (Di Spurio, 2019 ; Thiercé, 1999). L'édification de seuils d'âge sexués de la puberté s'enracine donc plus anciennement dans des seuils d'âges légaux, corporels et sexués, servant à la régulation des conduites sexuelles et matrimoniales (Rennes, 2019b). Le pédiatre Pierre Nobécourt situe quant à lui l'âge nubile[451] à un moment où, dit-il, « la jeune fille » et « le jeune homme » sont « des reproducteurs aussi parfaits que leur permet leur constitution individuelle »[452]. La nubilité correspondrait alors à un état de maturité sexuelle que les médecins ont tendance à associer chez les filles à un âge social d'entrée dans la vie maritale (Bozon & Rennes, 2015).

[449] On trouve par exemple dans la revue littéraire le *Mercure de France*, des courbes de poids et de taille masculines et féminines illustrant l'idée selon laquelle « la croissance des filles devance celle des garçons ». Voir un exemple d'illustration reproduite en Annexe 53.

[450] Voir la loi du 4 avril 2006 « renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs » : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000422042 (page consultée le 14/04/2024).

[451] Voir en Annexe 3 le tableau répertoriant des exemples de bornes d'âge mentionnées dans diverses publications.

[452] Nobécourt, P. (1929). *op. cit.,* p. 13.

En s'appuyant sur des schémas de la croissance faits de paliers scandant un processus de maturation tourné vers l'âge adulte, Nobécourt décrit la « jeunesse » comme une période durant laquelle les individus sont en cours de maturation, jusqu'à une activation significative des glandes sexuelles au moment de la puberté. Toutefois, si l'activation de ces glandes concourent à faire croître les corps durant l'enfance, elles contribuent également, au moment de la puberté, à stopper la croissance. Au début du XXe siècle, circule en effet l'idée selon laquelle « la taille fait son principal accroissement pendant l'année qui précède immédiatement la puberté et que, pour le poids, il y a coïncidence parfaite entre son augmentation maxima et la phase pubertaire »[453]. De la même manière, Nobécourt affirme que « le développement et la maturation des glandes sexuelles exercent une action d'arrêt sur la croissance staturale. Les enfants et les jeunes gens trop petits présentent souvent des troubles de l'évolution pubertaire et du développement des glandes sexuelles »[454]. En d'autres termes, une maturation précoce des glandes sexuelles pourrait être la cause d'un retard de croissance.

Dans cette même perspective, le rythme d'allongement de la taille diffèrerait suivant la période de croissance et ralentirait à l'approche de la maturité sexuelle complète. Nobécourt souligne par exemple que « l'allongement de la taille est rapide avant l'éclosion de la puberté ; ensuite, il se ralentit de plus en plus et devient nul à la fin de la jeunesse, au moment de la maturité sexuelle »[455] . Suivant une vision développementale de la croissance, les filles seraient donc conduites – par un rythme de croissance spécifique à leur sexe « ordonnant tout entier [leur corps] aux fonctions de reproduction et le perturbant sans cesse par les effets de cette même fonction » (Foucault, 2014 [1976] : 202) – à atteindre une maturité sexuelle plus précocement que les garçons, et par conséquent à entrer dans l'âge adulte avec une taille moins élevée qu'eux.

Les courbes et les tableaux de taille et de poids forment en somme des espaces graphiques de production de savoirs sur les corps féminins et leurs rythmicités développementales et dans lesquelles, comme nous allons le voir, s'enracinent les seuils diagnostiques de l'anorexie en tant que phénomène d'altération de la croissance. Par la mesure des membres, de la taille et du poids des individus, mais aussi par la mise en graphie de ces mesures, les médecins pédiatres et physiologistes entérinent la singularité corporelle et temporelle d'un sexe féminin. L'observation d'anormalités de développement s'appuie ainsi sur l'inscription préalable des

[453] Termes du médecin Alfred Rusesco, repris des travaux de Godin publiés en 1903. Rusesco, A. (1925). « Courbes graphiques de la taille des enfants de la naissance à un an montrant la synergie entre le développement du poids et de la taille », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, t.6, p. 111.

[454] Nobécourt, P. (1929). *op. cit*., p. 14.

[455] *Ibidem.*

corps dans un sexe, c'est-à-dire dans un âge et dans un rythme de croissance sexué. Cette logique participe à encadrer le diagnostic d'anorexie mentale.

1.2. Calculer les écarts à la norme

Au tout début du XXe siècle, les micro-techniques d'enregistrement de la croissance participent à rendre visible, par les chiffres et les images qu'elles produisent, certaines caractéristiques corporelles appréhendées en tant que marqueurs du statut social des individus. Simona Tersigni (2019) montre qu'en France et en Europe, la mesure de la taille s'impose comme une pratique à la fois éducative, judiciaire et médicale. La production de graphiques de taille, établis par le biais de toises, sert à identifier les criminels, à catégoriser les « arriérés » et à trier les élèves selon leur origine sociale ou géographique ; en somme à constituer des groupes sociaux. En comparaison avec la psychiatrie neurologique des années 1870-1890, il n'est pas question de déceler seulement des signes extérieurs ou fonctionnels d'hérédité morbide en lien avec les conduites de vie des personnes ou de leurs aïeuls, mais plus spécifiquement de situer, par des statistiques et des métriques corporelles, chaque individu dans l'espace social de classe et de genre (Bourdieu, 1979 ; Darmon, 2006, 2007). Nous allons ici examiner la façon dont, partant des réflexions politiques concernant le « social » et ses influences sur le biologique, les médecins recourent à des outils statistiques et à des métriques corporelles lorsqu'ils diagnostiquent l'anorexie chez les enfants, en particulier chez les filles, pendant la période de croissance.

« Au-delà des limites marquées par l'hérédité »

Au début du XXe siècle, en Europe, se renforce un intérêt scientifique pour la transmission intergénérationnelle du statut social et professionnel (Cherkaoui, 1979 ; Merllié, 1995). En France, c'est le sociologue durkheimien Paul Lapie qui propose en 1904 les premiers tableaux de mobilité sociale. Fervent défenseur des politiques réformatrices de la IIIe République, en particulier des lois scolaires, Lapie souhaite prouver scientifiquement l'effet social bénéfique de l'école primaire.

À partir d'enquêtes monographiques portant sur sept cent vingt-deux anciens élèves, il propose deux tableaux de mobilité sociale « croisant la profession des parents avec la situation des sujets à leur sortie de l'école d'une part, et avec la profession exercée dix ans plus tard d'autre part » (Merllié, 1995 : 11). Ces tableaux viennent compléter les multiples autres tableaux statistiques réalisés depuis la fin du XVIIIe siècle à partir des métriques sociales et corporelles ou à partir des statistiques de mortalité. Ces statistiques visibilisent l'impact des interventions étatiques,

sanitaires et éducatives sur les transformations de la structure sociale ou sur celles de l'état général de santé des citoyens et des citoyennes. Cette conception politique d'un corps révélateur des inégalités sociales – et non seulement biologique – était déjà présente au milieu du XIXe siècle chez Adolphe Quetelet, qui soulignait dans ses études physiques et sociales le rôle de la pauvreté sur la stature. Pour Quetelet :

> « *Le développement de la croissance est donc évidemment entravé par les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les enfants pauvres ; les lois naturelles sont combattues par l'influence de notre organisation sociale, sans recourir à des moyens forcés. Il dépend en quelque sorte d'un gouvernement d'avoir des populations plus ou moins grandes, plus ou moins vigoureuses* »[456].

Quelques décennies plus tard, en 1913, le médecin Paul Godin souligne dans un ouvrage portant sur la croissance pendant l'âge scolaire, et destiné aux futurs éducateurs et éducatrices des écoles primaires, les bénéfices sanitaires de la vie citadine et scolaire sur la croissance staturale des enfants. Il écrit notamment :

> « *À quelles influences, d'ailleurs, est dû l'allongement de la taille d'un jeune homme ou d'une jeune fille au-delà des limites marquées par l'hérédité ? En d'autres termes, quelles sont les conditions qui font grandir un enfant plus que père et mère ? Ce que nous observons tous les jours ne nous laisse guère de doute à ce sujet, et, d'autre part, les statistiques le montrent : Ce n'est point à la campagne que les descendants gagnent en stature sur les ascendants. C'est en ville ; la vie en appartements, la vie au collège, favorisent la supériorité staturale de l'enfant sur ses parents* »[457].

Il souligne ainsi la possibilité, par une éducation et un environnement spécifique, de dépasser dans et par le corps les traits héréditaires transmis par les parents. La taille est alors une caractéristique métrique corporelle dans laquelle sont placées les aspirations politiques d'égalité et de mobilité sociale, notamment chez les enfants en âge scolaire. Toutefois, la taille est rarement étudiée de manière isolée et est systématiquement associée dans le cadre médical à la mesure du poids, du thorax et des membres inférieurs et supérieurs. Ceci complexifie l'ancrage des corps dans le social, en impliquant des opérations de mesure et de mise en corrélation de multiples localités corporelles, dont les rythmes respectifs de développement s'avèrent, au cours de la croissance, particulièrement irréguliers. C'est dans ce contexte politique et scientifique que l'anorexie est donc diagnostiquée au début du XXe siècle à la croisée de multiples « seuils de croissance », qui s'avèrent être l'aboutissement d'une mise en

[456] Quetelet, A. (1870). *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*, Bruxelles : C. Muquard, p. 192.
[457] Godin, P. (1913). *La croissance pendant l'âge scolaire,* Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, p. 56.

correspondance, à un instant « t », de statistiques sociales avec des métriques corporelles. Si nous avons précédemment souligné, dans le cadre de l'anorexie infantile[458], que l'horloge et la balance fonctionnent de pair chez les pédiatres, nous allons désormais mettre en avant l'articulation spécifique entre la balance, la toise et le calendrier, dans laquelle les pédiatres « rabattent » (Julien & Voléry, 2019) des données corporelles sur des âges chronologiques.

La balance, la toise et le calendrier

Les savoirs anthropométriques appliqués aux enfants induisent une importante production scientifique de normes statistiques de croissance. Ces normes sont calculées à partir de la mesure du poids et de la taille d'enfants suivis en consultation et dans des dispensaires, et dont la consignation sert l'examen statistique de l'état de santé des populations infantiles ou scolaires du territoire national. Ces normes de croissance sont notamment incluses dans des observations cliniques, où elles servent de repères diagnostiques pour les médecins, en tant que seuil chiffré d'anormalité. Si la prise de poids des enfants est un signe de bonne croissance pour les pédiatres, les cliniciens constatent très vite la limite de la comparaison du poids des enfants à des tables standardisées (Turmel, 2013). Les écarts aux moyennes d'enfants de même âge sont en effet parfois très élevés, sans pour autant relever du pathologique. Dans l'optique d'ajuster l'évaluation de la bonne croissance des enfants à leur singularité physique, les pédiatres déterminent la valeur pathologique du poids selon non seulement l'âge, mais aussi la taille de l'individu.

Le rapport taille/poids constitue de ce fait la pierre angulaire des savoirs et interventions pédiatriques. Il est notamment issu des premiers calculs de « statistique sociale » théorisés par Adolphe Quetelet au XIXe siècle dans ses études anthropométriques portant sur la population belge[459]. Par ailleurs, la période de l'enfance se caractérise par une spécificité physique majeure qui complexifie l'application de cet indice : la croissance. En effet, contrairement aux adultes, les enfants grandissent et leur corps se modifie rapidement et fortement au fil des mois et des années. De ce fait, ni le poids ni la taille ne sont stables puisque ces données évoluent constamment. Le rapport taille/poids ne suffit donc pas à lui seul à établir un état de santé ou à déterminer un degré d'écart à une norme de développement. En tant qu'échelle modale à partir de laquelle les données métriques sont rapportées à des intervalles de temps (mois, années) réguliers, l'âge vient, ici, au secours de cette évaluation. Comme le suggère André

[458] Cf. Chapitre 5, partie 2.1 « Le coût énergétique de la croissance », *L'horloge et la balance*.

[459] Aujourd'hui connu sous le nom d'indice de masse corporelle (IMC), l'indice de Quetelet vise à calculer sur la base d'un rapport taille/poids le degré d'écart de la masse pondérale d'un individu par rapport à la moyenne de poids des personnes présentant la même taille.

Turmel (2006), le « paramètre » de l'âge et ses standardisations fournissent aux médecins un ensemble d'échelles de mesure, de schémas et d'indices permettant de calculer sur la base du poids, de la taille et de l'âge, l'état de santé des enfants. Autant d'inscriptions et de supports graphiques dont l'usage en pédiatrie façonne les seuils diagnostiques de l'anorexie en faisant entrer la catégorie sur le terrain des anormalités de la croissance.

En tant que médecin et professeur de clinique infantile à l'Hôpital des Enfants malades de Paris, Pierre Nobécourt mène au début du XXe siècle plusieurs recherches sur la croissance normale et anormale[460]. Il rédige de nombreux travaux sur l'amaigrissement des nourrissons, l'hypotrophie staturale et pondérale, et s'intéresse dès la fin des années 1920 aux processus d'endocrinologie impliqués dans le développement de l'enfant (fonctionnement de l'hypophyse, de la thyroïde et des glandes sexuelles). Nobécourt définit la croissance comme une période de développement de l'organisme marquée, dit-il, par « l'augmentation de la longueur, la croissance staturale, depuis la fécondation et la formation du nouvel être jusqu'au moment où la taille a atteint son maximum »[461]. Ce médecin est à l'origine de plusieurs réflexions sur l'anorexie mentale, enfantine et juvénile, conçue comme une anormalité de croissance. Il identifie notamment l'anorexie à partir d'un ensemble de mesures et de calculs anthropométriques visant à évaluer numériquement le degré d'écart des enfants par rapport à des moyennes de croissance appréhendées comme des normes de santé.

Les 20 et 27 janvier 1934, Nobécourt présente à l'Hôpital des Enfants malades deux leçons cliniques intitulées pour la première « Considérations sur la maigreur et l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement »[462], et pour la seconde « L'anorexie mentale ou psychique suite du cas avec Hélène »[463]. Seul le second texte mentionne clairement dans son titre l'anorexie mentale, mais le cas d'Hélène, une fille de cinq ans, amenée par ses parents le 17 novembre 1933 dans le service de Nobécourt, est au cœur des deux leçons et constitue pour le médecin un cas paradigmatique d'un type d'hypotrophie anorexique. Lorsque le professeur prononce cette leçon, Hélène a quitté l'hôpital pour retrouver le foyer familial. Ne pouvant exposer en chair et en os son cas d'étude, il présente à son auditoire une photographie de l'enfant. Sur ce cliché, la fillette apparait accompagnée de deux autres enfants jugées « à peu près du même âge ». À en croire le médecin, cette photographie aurait suffi en elle-même à rendre compte de la maigreur

[460] Un aperçu des divers textes rédigés par Nobécourt est disponible ici : https://data.bnf.fr/12976449/pierre_nobecourt/.

[461] Nobécourt, P. (1929). « Les enfants trop petits », Paris : *L'expansion scientifique française*, p. 31.

[462] Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°822, p. 239-245.

[463] Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°824, p. 11-19.

pathologique de l'enfant. Nobécourt conclut en effet au cours de sa première leçon : « Somme toute, Hélène est remarquable par sa petite taille et sa maigreur. Un coup d'œil suffit pour apprécier ces caractères. Ils sont encore plus apparents, si on la compare aux deux filles entre lesquelles elle est photographiée »[464].

En complément de l'observation et de la comparaison des morphologies effectuées à l'aide de ce support photographique, le médecin préconise une démarche clinique plus classique. Il énumère à cet effet, comme cela est de rigueur en médecine générale et psychiatrique, les divers antécédents familiaux et biologiques de l'enfant. Il rapporte un « examen médical négatif », puisque le corps ne comporte aucune marque de lésion organique ou anatomique.

De plus, suivant un quadrillage expert du corps de la malade, se rapportant au « coup d'œil » clinique que nous avons précédemment évoqué[465], il observe que la peau de l'enfant est « souple, non infiltrée », que « le squelette ne présente rien de particulier ; il n'y a pas de signes de rachitisme », ou encore que « les viscères et le système nerveux ne présentent rien d'anormal »[466]. De cette façon, le professeur conclut que la fillette « présente les caractères de l'anorexie mentale, psychique, nerveuse »[467].

En somme, Nobécourt convient de la possibilité de diagnostiquer une anorexie par une démarche clinique classique, héritée d'un regard clinique où l'observation de l'état extérieur du corps fournit des indices quant aux troubles organiques et fonctionnels internes. Cependant, sa leçon semble contenir une autre ambition médicale et théorique. Dans le sillage de ses nombreux travaux portant sur la croissance enfantine, le médecin tente de transmettre une démarche expérimentale, tirant ses grands principes des savoirs anthropométriques produits dès la fin du XIXe siècle autour de la croissance et des variations du développement humain au cours de la vie. De cette manière, l'anorexie s'offre comme un cas d'étude particulièrement illustratif des fortes variations de poids entre différents individus, venant questionner la limite entre ce qui relèverait de variations physiologiques, c'est-à-dire d'une spécificité morphologique individuelle non toujours pathologique, ou d'une pathologie, c'est-à-dire d'un écart répété et jugé excessif vis-à-vis d'une norme statistique et de santé. Dans ses travaux portant sur les anormalités de croissance, et en particulier sur les hypotrophies staturales et pondérales et leurs rapports à l'anorexie mentale chez les enfants, Nobécourt ne cesse de questionner les « limites

[464] Nobécourt, P. (1934). *op. cit.,* p. 240.

[465] Cf. Chapitre 3, partie 1.1 « Le coup d'œil clinique ».

[466] Nobécourt, P. (1934), *op. cit*., p. 245.

[467] *Ibidem*.

physiologiques »[468] et leurs variations chez différents individus, selon leur âge, leur sexe et leur rythme propre de développement.

Une telle problématisation de l'anorexie révèle un point de tension, déjà soulevé en amont dans ce travail à propos de la rationalisation de l'alimentation infantile[469], entre une relative stabilité des moyennes collectives de croissance et une grande variabilité des rythmes individuels de développement. À ce propos, Nobécourt déclare concernant ses observations de cas d'hypotrophies :

> « *Des enfants de même âge peuvent avoir une taille moyenne, être grands ou petits. Pour les grands et les petits, la taille tantôt ne dépasse pas les limites des variations physiologiques, tantôt est au-delà de ces limites ; dans cette dernière éventualité, il s'agit d'hypertrophie ou d'hypertrophie staturales […]. On peut admettre qu'une réduction sur la taille moyenne de l'âge, qui atteint au maximum 5 p. 100 est physiologique, qu'une réduction, qui atteint ou dépasse 6 p. 100 caractérise une hypotrophie staturale. L'hypotrophie staturale présente des degrés : elle peut être légère, moyenne ou forte. Une réduction staturale très forte voisine avec le nanisme. L'hypotrophie staturale est légère quand la réduction varie de 6 à 9 p. 100* »[470].

La tension entre une croissance standardisée et des rythmes individuels est alors atténuée par le praticien via une fixation de seuils numériques de croissance, à partir desquels l'écart physiologique se mue en écart pathologique à la norme. En effet, Nobécourt recourt dans ses récits cliniques à de longues descriptions anthropométriques visant à mesurer et à chiffrer le taux d'écart à la norme des individus étudiés. Ces taux sont rapportés dans des tableaux individuels, comme ceux reproduits ci-dessous, par lesquels le médecin analyse les limites physiologiques et pathologiques d'écart aux normes de taille et de poids chez des filles anorexiques.

Le premier tableau (*cf*. illustration 26, ci-dessous) rapporte les écarts physiologiques maximums, limités à 15%, de poids et de taille pour une enfant anorexiques, à ses deux ans, ses huit ans et ses vingt ans. Le second tableau (*cf*. illustration 27, ci-dessous) modélise quant à lui l'évolution des écarts de taille et de poids de Denise, une enfant anorexique dont Nobécourt a la charge à l'hôpital des Enfants malades, de ses deux ans à ses quatorze ans. À partir de ce tableau, il note que « la croissance staturale de Denise est donc forte ; elle est toujours

[468] Nobécourt, P. (1929). *op. cit*., p. 6

[469] Cf. Chapitre 5, partie 2 « Équilibres et déséquilibres métaboliques ».

[470] Nobécourt, P. (1934). *op. cit.*, p. 241.

grande »[471]. En revanche, dit-il, « jusqu'à dix ans, elle est maigre et présente de l'hypotrophie pondérale ; pendant la onzième année, la réduction pondérale atteint 27% »[472].

***Illustration 26**. Tableau de croissance (taille, poids) et du taux d'écart à la norme – cas d'Hélène*

Age	Taille moyenne	Poids moyen	Réduct. pond. de 15 %	Poids moyen réd. de 15 %
2 ans	80 cm.	11 kgr. 500	2 kgr. 125	9 kgr. 375
8 ans	119 cm.	20 kgr. 400	3 kgr. 060	17 kgr. 340
20 ans	166 cm.	63 kgr. »	9 kgr. 650	53 kgr. 550

Source : Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°822, p. 242.

***Illustration 27**. Tableau de croissance (taille, poids) et du taux d'écart à la norme – cas de Denise*

Age	TAILLE Denise	de l'âge	Réel écart	%	POIDS Denise	pour la taille	Réel écart	%
2 ans	84 cm.	77 cm.	+ 7 cm.	+ 9	11 kgr. 600	12 kgr. 500	— 0 kgr. 900	— 7
10 ans et 9 mois.....	142 cm.	133 cm.	+ 9 cm.	+ 6	24 kgr. 600	34 kgr.	— 9 kgr. 400	— 27
11 ans et 9 mois.....	150 cm.	140 cm.	+ 10 cm.	+ 7	40 kgr. 500	40 kgr. 800	— 0 kgr.	— 0
13 ans et 2 mois.....	157 cm. 5	147 cm.	+ 10 cm. 5	+ 7	43 kgr.	50 kgr. 500	— 7 kgr. 500	— 14

Source : Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles, n°824, p. 3.

Ces chiffres excèdent quantitativement les limites physiologiques d'écart à la norme fixés par Nobécourt. Concernant Hélène, le médecin souligne que l'enfant présente une stature correspondant à la moyenne des tailles des filles ayant un an de moins qu'elle. Elle a, souligne-t-il, « la taille d'une fille de cinq ans quatre mois, avec laquelle il faut la comparer ». Cette démarche arithmétique souligne que l'évaluation du poids et de sa normalité est totalement indexée à la taille, puisque c'est seulement à partir des mensurations staturales que les enfants sont inscrits ici dans un âge. En effet, tout au long de ses descriptions cliniques, le médecin ne compare pas les données anthropométriques des cas d'anorexie aux moyennes des filles de leur âge, mais bien à celles des filles ayant leur taille. De la même manière, le poids est systématiquement rapporté à la taille des enfants, et évalué au regard de celle-ci. Nobécourt précise par exemple, concernant toujours Hélène : « Le poids (P) est de 12 kgr. 700, bien

[471] *Ibidem*.

[472] Nobécourt, P. (1935). *op. cit*., p. 13.

inférieur au poids d'une fille de cinq ans et quatre mois, qui est de 15 kgr. 950. Le rapport P/T est de 127, tandis que celui d'une fille de cinq ans et quatre mois est de 159,5 »[473]. Ces calculs lui font dire que l'enfant serait en état « de grande maigreur » [474,] car il constate un écart de 20% à la moyenne du groupe de taille auquel elle est comparée. À l'issue de cette mise en chiffres du corps de l'enfant, le clinicien conclut que si elle présente une « hypotrophie pondérale forte », elle conserve néanmoins une « hypotrophie staturale légère »[475]. Autrement dit, l'écart de poids alarmant que présente l'enfant vis-à-vis des autres filles de son âge est interprété non pas comme un retard de croissance généralisé à tout l'organisme, comme peut l'être par exemple le nanisme ou le rachitisme, mais comme un retard ciblé de la masse pondérale.

C'est par cette même démarche que le professeur affine sa classification des hypotrophies staturales, en différenciant notamment les « hypotrophies staturales complexes » affectant l'harmonie du corps, des « hypotrophies staturales simples », dont relèverait l'anorexie, et qui seraient « caractérisées par une réduction plus ou moins importante de la taille, avec conservation d'une morphologie harmonieuse ; le sujet a l'aspect d'un sujet plus jeune de deux ou trois ans, parfois même plus »[476].

S'inspirant des travaux anthropométriques de Paul Godin dont il est lecteur, Nobécourt complexifie donc l'évaluation de l'état de croissance des enfants, en ajoutant au calcul du rapport poids/taille des seuils de croissance se référant à l'harmonie du corps, ainsi qu'à l'évolution de la morphologie générale des enfants et des divers segments corporels. Lorsqu'il diagnostique des cas d'anorexie, il se réfère notamment à deux formules arithmétiques communément mobilisées dans les travaux anthropométriques au début du XXe siècle : le « coefficient de Pignet » et le « rapport de Manouvrier » (ou indice skélique).

L'indice de Pignet ou la mesure de la robusticité

En 1900, le médecin militaire français Maurice Pignet met en place un indice utilisé dans la sélection des recrues sur la base de leur constitution[477] (Lalanne Berdouticq, 2022). Ce

[473] Nobécourt, P. (1934). *op. cit.,* p. 240.

[474] Il écrit en particulier : « *Elle est en état de maigreur, de grande maigreur. À six ans, quatre mois, elle a une taille de cinq ans et quatre mois, un poids, un rapport du poids à la taille de dix mois. Sur le poids moyen des filles de cinq ans quatre mois, la réduction pondérale est de 3 kgr. 250, soit de 20 %. Or, chez les filles de cinq ans quatre mois, une réduction pondérale de 15 % qui peut être considérée comme la limite théorique de maigreur est de : 15 X 15 kgr. 950 / 100 = 2 kgr 370* ». (*ibid.*, p. 244)

[475] *Ibidem.*

[476] *Ibidem.*

[477] Pour rappel, la notion de constitution désigne les caractères morphologiques et anatomiques d'une personne. Ils sont considérés à cette période comme innés et prédisposant les organismes au développement de certains troubles ou comportements pathologiques.

coefficient de Pignet, aussi nommé coefficient de robusticité, repose sur la mesure simple et rapide du poids, de la taille et du périmètre thoracique. À partir de ces mensurations, le coefficient est obtenu par l'addition du périmètre thoracique au poids, ce à quoi est décomptée la mesure de la taille[478]. Plus le coefficient obtenu est grand, plus la constitution est considérée comme mauvaise, au contraire, plus il est petit, meilleure serait la constitution. Bien qu'initialement conçu au sein de la sphère militaire, l'indice de Pignet pénètre rapidement d'autres domaines médicaux, comme l'illustre son utilisation par la pédiatrie[479] dans l'optique d'évaluer l'état de croissance des enfants et de sélectionner ceux qui seront envoyés en colonie de vacances[480]. Ce coefficient est notamment utilisé pour détecter les risques de surmenage et de fatigues chez les enfants, comme le souligne le Dr Calvet dans un article publié dans *La Pédiatrie pratique* :

> « *Un facteur non mensurable, l'énergie, la volonté, influera toujours d'une façon considérable sur la résistance et la fatigue et la maladie, il n'en est pas moins vrai que le coefficient de robusticité permettra de sérier rapidement les individus au point de vue de leur valeur physique et d'attirer tout spécialement l'attention sur ceux qui présenteront des écarts notables* »[481].

Le recours à un tel indice fait néanmoins l'objet, au début du XXe siècle, de vives critiques de la part d'anthropologues et médecins coloniaux. Pierre Millous[482] souligne par exemple l'impossibilité d'appliquer ce coefficient à certaines populations. Pour lui, le problème majeur de l'usage de ce coefficient résiderait dans l'instabilité des données corporelles récoltées, ces dernières pouvant varier selon l'âge, le milieu de vie ou l'alimentation. Il constate en effet que ces données évoluent fortement chez les ouvriers et conscrits des colonies, dont le poids et le périmètre thoracique augmentent « après quelques mois de vie militaire » ou « après un séjour sur un chantier où la distribution de la nourriture est surveillée »[483]. Cette critique de l'application coloniale du coefficient de Pignet révèle ici l'intérêt médical pour les habitudes et le milieu de vie, censés pouvoir agir sur des corps correctibles et en modifier la morphologie.

---

[478] Coefficient de Robusticité = Taille - (Poids + Périmètre thoracique). Les unités de mesure sont les kilogrammes et les centimètres.

[479] Calvet de Valence, Dr. (1907). « Note sur le coefficient de robusticité applicable aux enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°93, p. 56-58.

[480] Par exemple, le médecine et anthropologue Lucien Mayet affirme : « *Voici bientôt sept ans que j'ai pensé qu'il pouvait y avoir un réel avantage à utiliser, pour les enfants destinés à être envoyés en colonies scolaires de vacances, le calcul du coefficient de robusticité* ». Mayet, L. (1912). « Le développement physique de l'enfant », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.31, p. 103.

[481] Calvet, Dr. (1907). *op. cit*., p. 58.

[482] Millous, P. (1933). « Le coefficient de robustesse ou indice Pignet chez les Noirs de la côte occidentale d'Afrique », *Journal de la Société des Africanistes*, t.3/1, p. 57-72.

[483] *Ibid*., p. 62.

C'est dans cette perspective que les médecins et inspecteurs des écoles républicains défendent fermement l'évaluation anthropométrique de l'état de santé des enfants.

Il s'agit par exemple pour Louis Dufestel de répondre au « cri d'alarme » poussé par les médecins, qui « ont montré combien les écoles sont peuplées d'enfants malingres, chétifs ou anémiés, proies désignées à l'avance pour la tuberculose »[484]. Il affirme, dans le sillage des politiques éducatives portées par le ministre de l'Instruction publique : « Le corps ne doit plus être négligé comme il l'a été jusqu'ici. Si nous voulons avoir une génération forte, il est de toute nécessité, dès l'entrée à l'école, de surveiller le développement physique au même titre que le développement cérébral »[485]. Mais la critique de Millous concernant l'usage du coefficient de Pignet souligne également la nécessité de relier constamment les résultats obtenus à des âges chronologiques. C'est notamment ce que propose de faire le médecin et anthropologue Lucien Mayet. Dans l'optique d'étudier le « développement physique normal » des enfants, il réalise des séries de mesures chez des individus ayant principalement, mais pas uniquement, entre sept et treize ans. Il applique à cette cohorte (sur laquelle il fournit peu d'informations méthodologiques) le coefficient de robusticité en substituant toutefois, par rapport à la formule de Pignet, la circonférence thoracique en inspiration et en expiration au périmètre thoracique[486]. Il déduit ensuite de ses calculs des moyennes d'évolution du coefficient selon l'âge, et déclare à cet égard :

> « *En jetant un coup d'œil sur la progression du coefficient de robusticité, il est facile de constater que celui-ci, du chiffre 12 (coefficient à un an), atteint le chiffre 30 à cinq ans et, à dix-onze ans son maximum, voisin de 43. À quinze ans, il est redescendu à 35 pour se rapprocher de 23-24 à l'âge de vingt et un ans (coefficient de robusticité moyen chez les conscrits)* »[487].

Il souligne également une légère variation des moyennes chez les filles, qui présenteraient généralement un coefficient plus élevé que les garçons. Ainsi pour Mayet, le coefficient de robusticité donne aux médecins, dit-il : « D'utiles renseignements soit, par exemple, pour confirmer l'impression défavorable donnée par un enfant chétif, soit au contraire pour orienter dans un sens plus favorable un pronostic tout d'abord pessimiste »[488]. Il ajoute : « Cet élément

[484] Dufestel, L. (1907). *op. cit.*, p. 386.

[485] *Ibid.*, p. 386-387.

[486] $Taille - [\,poids + \frac{Circ.\ th.\ insp. + Circ.\ th.\ exp.}{2}\,] = C.R$

[487] Mayet, L. (1912). « Le développement physique de l'enfant », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.31, p. 104.

[488] *Ibid.*, p. 105.

d'appréciation peut n'être pas négligeable par le médecin pour décider une cure climatérique[489], ou une saison thermale, ou un séjour à la mer, voire même l'orientation vers tel ou tel genre de vie »[490]. Parce qu'il permettrait de déceler l'étiolement des corps enfantins en les évaluant selon un standard chiffré de développement, le coefficient de Pignet est également utilisé par Pierre Nobécourt dans ses études sur les croissances anormales. Le clinicien suggère par exemple qu'une enfant anorexique présentant un coefficient supérieur d'environ sept points par rapport à la moyenne des enfants ayant sa taille[491] présenterait un assez mauvais état de santé. Pour lui, ce coefficient « renseigne sur l'habitus général[492] de l'individu, sur son volume par rapport à sa taille, sur sa corpulence (*corpus*, corps) ». Il précise que le coefficient serait « d'autant plus faible que le volume du corps est grand par rapport à la taille »[493]. Mais si le coefficient de robusticité parait central dans l'identification d'une mauvaise constitution, Nobécourt fait également appel pour les diagnostics d'anorexie au « rapport de Manouvrier » en tant qu'indice de mesure de l'harmonie corporelle.

Le rapport de Manouvrier : évaluer les dysharmonies corporelles

Anthropologue et anatomiste français, Léonce Manouvrier occupe le statut de professeur d'anthropologie à l'École d'anthropologie de Paris. Maître de Paul Godin, Manouvrier transmet à ses élèves de nombreuses pratiques de mesure des corps, en particulier l'indice skélique. Ce dernier vise à évaluer les proportions du squelette en calculant le rapport arithmétique entre les membres inférieurs et supérieurs d'un individu. Plus précisément, ce rapport s'obtient à partir de la division de la longueur des membres inférieurs (notée S) par la longueur des membres supérieurs, à savoir du buste (notée B)[494]. Plus l'indice résultant de ce calcul est élevé, plus les membres inférieurs sont estimés courts par rapport au buste. Au contraire, plus l'indice skélique est bas, plus les membres supérieurs sont caractérisés comme courts par rapport aux membres inférieurs. Comme pour le coefficient de robusticité, Nobécourt a recours dans sa clinique à cette formule, qui lui permet d'évaluer le degré d'harmonie des corps en croissance, et à laquelle il se réfère dans le diagnostic d'anorexie. Il suggère par exemple, à propos une nouvelle fois du

[489] La notion de « cure climatérique » se réfère ici au « climat » comme élément thérapeutique, c'est-à-dire à l'envoi des enfants chétifs ou malingres en séjours et classes de plein air (le plus souvent à la campagne ou à la montagne).

[490] Mayet, L. *op. cit.,* p. 105.

[491] « *Le périmètre thoracique xiphoïdien (Pt) est de 50 cm. (49-51 cm.), alors que celui d'une fille de cinq ans et quatre mois est de 53,5 cm. Le coefficient de Pignet : T — (P X Pt) est de 37,3, au lieu de 30,5 à cinq ans [et] quatre mois* ». Nobécourt, P. (1934). *op. cit*., p. 239.

[492] La notion d'habitus est employée en médecine pour désigner l'apparence général du corps reflétant l'état de santé de l'individu.

[493] Nobécourt, P. (1929). *Les enfants trop petits*, Paris : L'expansion scientifique, p. 24.

[494] S/B = (taille – B) / B. Voir aussi un schéma explicatif de l'indice en Annexe 54.

cas d'Hélène, que l'enfant présente un indice skélique légèrement supérieur à l'indice moyen des filles dont elle a la taille, mais aussi qu'elle serait « mésoskèle »[495], c'est-à-dire qu'elle présenterait des membres inférieurs légèrement plus courts par rapport à ses membres supérieurs. Toutefois, cette dysharmonie corporelle ne semble pas alarmer outre mesure le clinicien.

Pour comprendre le peu d'intérêt que semble porter Nobécourt à ce résultat, il faut se référer à son travail de compilation et d'analyse d'une multitude d'observations réalisées par lui-même ou par des confrères auprès d'enfants présentant des anormalités de croissance (hypotrophie pondérale et staturale, rachitisme, nanisme). Dans sa pratique clinique, Nobécourt ne se contente pas de mesurer les enfants à un instant « t », mais réalise, à l'image de Paul Godin auprès des garçons en école militaire (Diasio, 2019), une succession de mesures lui permettant de visualiser plus largement l'évolution du rapport de Manouvrier tout au long du processus de croissance. Il note à ce titre la variabilité du coefficient de Manouvrier au cours de la croissance. À partir de l'étude de son évolution chez trois garçons, Nobécourt suggère que la valeur de l'individu peut tantôt présenter un caractère mésoskèle caractérisé par des membres inférieurs légèrement plus courts par rapport aux membres supérieurs, tantôt un caractère macroskèle avec la présence de membres inférieurs plus longs par rapport aux membres supérieurs. Le clinicien note toutefois qu'un enfant « hypotrophique dont la taille augmente surtout par suite de l'allongement des membres inférieurs pourra vraisemblablement regagner une partie de son retard statural »[496]. En somme, un rapport de Manouvrier présentant un léger écart à la moyenne peut se résorber de lui-même au fil des transformations morphologiques induites par le processus de croissance. Ainsi, à l'instar de l'hystérie enfantine observée par Paul Bézy et Georges Gilles de La Tourette, pour qui la malléabilité cérébrale limiterait l'installation chez les enfants[497], jusqu'à l'âge adulte, de troubles nerveux, l'instabilité corporelle caractéristique de la période de croissance limiterait également l'installation durable de certaines anormalités et dysharmonies physiques.

Par des mesures répétées et distribuées au fil des âges, les pratiques cliniques de Nobécourt prennent donc appui sur une conception partagée en médecine scolaire et militaire, d'un corps enfantin malléable, si bien que les dysharmonies et les anormalités semblent parfois s'atténuer d'elles-mêmes au cours de la croissance. Néanmoins, l'éclosion de la puberté constitue toujours

[495] Nobécourt, P. (1934). *op. cit*., p. 239.

[496] Nobécourt, P. (1929). *op. cit.*, p. 119.

[497] Cf. Chapitre 4, partie 1.1 « Une hiérarchisation chronologique des symptômes », *Âge et curabilité de l'hystérie*.

une période critique, durant laquelle les défauts de croissance vont s'implanter durablement, ou au contraire s'effacer. Dans ce sens, Nobécourt affirme :

> « *Quand on confronte l'accroissement de la taille et l'évolution pubertaire chez les hypotrophiques, on observe, entre ces phénomènes, des relations de même ordre que chez les sujets dont la croissance est normale. Chez l'hypotrophique, dont la taille s'allonge notablement, comme chez l'enfant normal, la croissance se ralentit avec l'apparition et surtout avec l'éclosion de la puberté ; d'autre part, ses modalités se modifient ; l'accroissement porte surtout sur les membres inférieurs avant l'éclosion de la puberté, sur le buste après celle-ci, le rapport de Manouvrier, qui a d'abord augmenté, diminue légèrement* »[498].

Le clinicien réinvestit ici la formule de Godin selon laquelle « la taille doit la plus grande part de son allongement, avant la puberté, au membre inférieur, [et] après la puberté, au buste »[499]. On comprend alors mieux que le rapport de Manouvrier – si défavorable qu'il puisse paraître chez l'enfant anorexique – ne soit pas source d'inquiétude pour Nobécourt. Il est en effet difficile de déceler dans ce seul indice un signe pathologique significatif, puisqu'il est largement sensible à la variation, et ceci, jusqu'au seuil chronologique et physiologique de la puberté[500]. Toutefois, le clinicien observe que si cette loi lui semble « exacte pour les filles », il n'existe pour ce groupe d'individus « pas de mensurations aussi précises que pour les garçons »[501]. Il expose néanmoins, à propos du rapport de Manouvrier, les normes d'âge et de sexe suivantes :

> « *On peut admettre que, jusqu'à neuf ans, les rapports de Manouvrier sont à peu près les mêmes dans les deux sexes ; que, de neuf à douze ans, ils augmentent plus rapidement pour les filles que pour les garçons ; qu'à onze et douze ans, ceux des filles correspondent à ceux des garçons de quatorze et quinze ans, dont la poussée de croissance est plus tardive ; et qu'à partir de treize ans, ils sont inférieurs* »[502].

Ces normes d'âge suggèrent une opération de « pliage »[503] des temporalités biologiques relatives à la croissance féminine et masculine sur des âges chronologiques standards, bien que jugés variables selon le sexe. L'âge adulte serait ainsi atteint chez les femmes et chez les

---

[498] Nobécourt, P. (1929). *op. cit.*, p. 125.

[499] *Ibid.*, p. 43.

[500] Ce point entre en résonnance avec l'identification et le pronostic de diverses pathologies mentales, par la psychiatrie de la fin du XIXe siècle, en fonction de l'âge de début des symptômes, en particulier s'ils se manifestent avant ou après la puberté. Cf. Chapitre 4, partie 1.1 « Une hiérarchie chronologique des symptômes ».

[501] Nobécourt, P. (1929). *op. cit.*, p. 43.

[502] *Ibidem*.

[503] La notion de pliage désigne ici une opération sociale, cognitive et statistique qui consiste à rapporter les manifestations biologiques du temps qui passe sur des âges chronologiques fixes et qui encadrent les temps sociaux et biologiques de passage (âge scolaire, entrée dans la sexualité, accès à des droits civiques). Cette opération de pliage est par exemple interrogée par Juliette Rennes (2019b) qui invite à « déplier » la catégorie d'âge.

hommes à des périodes de vie différentes, à la fois en termes d'âges et de temporalités corporelles. Ces discours illustrent, une nouvelle fois, les conceptions médicales d'une croissance féminine faites d'irrégularités, dont les rythmes seraient « incommensurables » à ceux masculins (Julien & Voléry, 2019), tout en étant néanmoins pensés depuis une norme masculine de développement. À cet égard, Nobécourt reprend la rhétorique d'une précocité féminine en matière de croissance, en suggérant que les femmes entreraient dans l'âge adulte avant les hommes. Il écrit notamment :

> « *Dans l'espère humaine, la période de croissance comprend la vie intra-utérine, l'enfance et la jeunesse. Quand elle est terminée commence l'âge adulte ; à ce moment le corps a atteint sa perfection physique. Le terme de la croissance est aux environs de vingt ans dans le sexe féminin, et de vingt-trois ans, dans le sexe masculin* »[504].

Les techniques anthropométriques appliquées à la croissance des enfants engagent ainsi des pratiques d'inscription des processus corporels de développement dans le social. Les normes statistiques de croissance sont appréhendées comme des normes de santé, et calculer les écarts à la norme revient alors à calculer les écarts corporels à un sexe et à un âge standardisés.

L'âge de la ménarche et le danger de la précocité

Nous avons souligné précédemment dans ce travail que l'observation de la disparition des règles constitue pour la psychiatrie un signe clinique central dans l'identification de l'anorexie à la fin du XIXe siècle. Ce qui nous intéresse spécifiquement à présent est la manière dont l'âge de début des règles (la ménarche) est convoqué dans les discours cliniques sur l'anorexie et dans son diagnostic, par la médecine du développement. Outre le pliage de critères corporels sur un âge chronologique, Nobécourt procède également à une évaluation normative des cas d'anorexie qu'il observe à l'aune de l'âge d'apparition des premières règles. Il note par exemple que Jeanne, une anorexique « de vingt et un ans et trois mois », a été « réglée à treize ans »[505]. Simone, une anorexique de seize ans, aurait quant à elle, selon le médecin, « eu ses premières règles à douze ans et demi », mais ajoute-il : « À partir de quinze ans l'aménorrhée s'installe »[506]. La mention de l'âge de la ménarche est de plus associée à une caractérisation des conduites alimentaires et du poids de la malade, au moment de l'évènement de maladie et à sa suite. Nobécourt rapporte par exemple concernant Jeanne :

> « *À seize ans, elle devient nerveuse, a des crises de larmes, mange peu et commence à*

[504] *Ibid.*, p. 8.
[505] Nobécourt, P. (1935), *op. cit*., p. 15.
[506] *Ibid*., p. 14.

maigrir. Elle n'accuse pas de troubles digestifs. Je la vois le 7 avril 1932. Elle a vingt et un ans et dix mois. Elle est anorexique et très maigre. Sa taille est de 166 cm. ; elle présente de l'hypertrophie staturale ; l'excès statural est de 10 cm. Elle pèse 45 kg. 600, la moyenne étant de 64 kg. La réduction pondérale est de 18 kg. 400, soit de 27 %. Ses règles sont normales. L'examen médical est négatif »[507].

Au l'inverse, la perte de poids impliquerait parfois de la dysménorrhée, comme chez Solange, une anorexique de quinze ans à propos de laquelle Nobécourt écrit :

« *Elle a ses premières règles à douze ans et onze mois, et ensuite des menstruations régulières. Elle mange beaucoup. Mais, vers treize ans, elle se plaint de l'estomac ; on lui prescrit un régime végétarien, elle perd l'appétit. On supprime le régime ; elle reste anorexique et continue de maigrir. Elle aurait perdu 21 kg. Je la vois le 13 février 1930. Elle a quatorze ans et quatre mois. Elle est faible, se plaint de ses jambes, quand elle marche. Son anorexie est complète. Elle se plaint de pesanteur gastrique, et est constipée. Depuis six mois, ses menstruations sont irrégulières, peu abondantes* »[508].

Aux indices anthropométriques s'ajoute ainsi la mesure qualitative d'un critère sexué, celui des menstruations. Ce critère est néanmoins, comme la taille ou le poids, continuellement replié sur un âge chronologique. Le caractère pathologique de l'anorexie est alors lu au prisme de la précocité ou du retard de la ménarche par rapport à une moyenne populationnelle.

Dans leurs études des discours et statistiques administratives produites sur les âges de la ménarche de la fin du XVIIIe siècle au XXe siècle en France, Edward Shorter (1981) et Catherine Rollet (2015) montrent que si l'âge des premières règles tend bien à diminuer au cours de cette période, les discours explicatifs et le jugement moral portés sur cette précocité évoluent au regard du contexte politique et démographique. Face à ce recul de l'âge de la ménarche qui généralement s'affirme davantage dans les villes qu'à la campagne, certains médecins et préfets accusent la promiscuité des sexes – induite par les habitudes citadines et le travail des filles et des garçons au sein des ateliers – de favoriser chez les deux sexes une maturation sexuelle précoce. D'autres suggèrent que cette précocité serait due à l'effet bénéfique d'une meilleure alimentation sur la croissance, qui aurait été rendue possible grâce à la reconfiguration économique et sociale du pays après la Révolution de 1789. De ce point de vue, la figure de la fille anorexique présentant de l'aménorrhée rappelle, comme le souligne Shorter (1981), l'influence d'une mauvaise alimentation et du jeûne prolongé sur les cycles menstruels.

Il est ici difficile de définir dans quelle mesure le pédiatre Pierre Nobécourt serait familier de

[507] *Ibid*., p. 15.
[508] *Ibid*., p. 14.

ces discours moraux sur la précocité. Le médecin semble davantage rattacher la précocité menstruelle à des cas particuliers, relevant de variations individuelles des rythmes de croissance, pouvant être plus ou moins « lents » ou « rapides »[509]. De plus, chez les anorexiques qu'il observe, les âges de la ménarche semblent plutôt placés du côté de la normalité menstruelle, puisque le médecin mentionne l'apparition des premières règles entre douze et seize ans, ce qui correspondrait à l'âge moyen de la ménarche des filles parisiennes de l'époque, selon la médecin Marthe Francillon, à qui il se réfère sur ce point[510]. Cette évaluation de l'anormalité de l'âge de la ménarche mériterait cependant d'être plus amplement discutée au prisme des variations perçues entre zone rurale et zone urbaine. En particulier, Nobécourt se réfère à un article d'Henri Vignes suggérant une forte influence des « conditions de vie » sur l'âge d'éclosion de la puberté féminine[511]. Nobécourt ne fournit toutefois pas de détails clairs quant au milieu d'origine des enfants qu'il soigne. Nous pouvons néanmoins supposer que la plupart sont issus de zones urbaines et proviennent d'un milieu modeste puisque l'hôpital parisien des Enfants malades constitue depuis 1802 un espace de consultation ouvert largement à toute population et relevant de l'assistance publique[512].

Pour autant, la question menstruelle reste bien présente dans les observations cliniques, et semble même, au regard des autres données corporelles chiffrées (indices de Pignet ou de Manouvrier, rapport taille/poids) dire quelque chose de plus sur l'état pathologique des filles observées. Le pathologique émergerait d'ailleurs davantage de l'absence éventuelle de signes corporels de sexualité que de conduites sexuelles jugées répréhensibles[513]. Car si « le sexe imprime à la croissance des caractères propres »[514], c'est, selon les médecins pédiatres et psychologues de l'adolescence du début du XXe siècle, au moment de la puberté et de la

[509] Nobécourt, P. (1929). *op. cit*., p. 12.

[510] Il écrit : « *D'après Mlle Francillon, sur 100 parisiennes, 65 ont leurs premières règles de douze à seize ans, 8 de dix à douze ans, 24 de seize à vingt-deux ans* » (*ibid.* : 13).

[511] Henri Vignes déclare par exemple : « *1°Les citadines sont réglées un peu plus tôt que les villageoises, dix mois dans les statistiques de Raciborski. 2° Les jeunes filles de classes aisées sont réglées plus tôt que les jeunes filles plus pauvres. 3° Les jeunes filles actuelles sont réglées plus tôt que ne l'étaient les jeunes filles il y a trois quarts de siècle […] ».* Vignes, H. (1925). « Quelques considérations sur la puberté », *Le Progrès Médical*, n°40, p. 1464.

[512] Dans sa thèse de doctorat, Marianne Baroni note qu'en 1851, les enfants accueillis à l'hôpital sont « âgés de deux à quinze ans », qu'ils résident dans « le département de la Seine, [et qu'ils] appartiennent en majorité à la même catégorie sociale, la plus modeste » (Baroni, 2012 : 82).

[513] Ce point représente d'ailleurs un élément d'hypothèse concernant l'absence de cas d'anorexie dans les archives ou textes abordant la déviance féminine et dans lesquels ce sont davantage les comportements et une sexualité jugés moralement répréhensibles qui sont mis en cause, comme l'a montré Véronique Blanchard sur la période post 1945 (Blanchard, 2019). Cette hypothèse mériterait d'être plus empiriquement confrontée aux archives des établissements sanitaires et éducatifs. Notons néanmoins ici que l'anorexie n'apparait pas dans les critères de déviance pathologique figurant dans les registres de l'École de réforme de la Salpêtrière – une section de l'hôpital réservée aux filles malades mentales et « incorrigibles » – que j'ai consultés (Archives de l'AP-HP : SLP/5/Q/1BIS, 1891-1914).

[514] Nobécourt, P. (1929). *op. cit.* p. 10.

ménarche que cette impression ancre définitivement le corps dans un « sexe » pour le reste de la vie. La puberté serait, en d'autres termes, un seuil rythmique de la croissance, qui dépasse dans les discours médicaux le seul moment « critique » de la ménarche, mais qui s'impose davantage comme un horizon, un point de bascule, vers lequel est mené, depuis sa naissance, chaque enfant, en tant qu'individu sexué et sexuel en devenir. Michel Foucault (2014 [1976] : 193) souligne d'ailleurs à propos du « dispositif de sexualité » :

> « *La sexualisation de l'enfant s'est faite dans la forme d'une campagne pour la santé de la race (la sexualité précoce a été présentée depuis le XVIIIe siècle jusqu'à la fin du* XIXe *à la fois comme une menace épidémique qui risque de compromettre non seulement la santé future des adultes, mais aussi l'avenir de la société et de l'espèce tout entière)* ».

Dans cette perspective biopolitique de régulation des signes corporels de sexualité, Henri Vignes suggère que l'arrêt de la croissance des femmes correspondrait chez elles à un arrêt plus précoce que chez les hommes du développement du système pileux. Il écrit :

> « *Par ailleurs chez la femme, la puberté a pour effet d'inhiber la croissance des poils dans d'autres régions, où leur apparition constitue un stigmate de virilisme : c'est ainsi que chez le plus grand nombre de femmes, il n'apparait ni barbe ni moustache, ni poils thoraciques* »[515].

Les corps féminins sont ainsi conçus comme des corps masculins « arrêtés » dans leur développement. Cette vision semble notamment suivre le modèle d'un « unisexe », qui est d'abord défendu en médecine et en philosophie de l'antiquité jusqu'au XVIIIe siècle, puis qui est réinvesti, selon Thomas Laqueur, par le modèle freudien d'unisexualité au début du XXe siècle (Laqueur, 1992). Toutefois, Vignes problématise aussi le « manque » de spécification sexuelle chez certaines femmes qui présenteraient un bassin « de type infantile » en raison, selon lui, d'une « fonction ovarienne [qui] s'instaure mal »[516] au moment de la puberté. Cet élément suggère plutôt ici un modèle dual des sexes, avec une anatomie dont la forme et le développement seraient propres aux corps féminins. En tout état de cause, Vignes propose une lecture développementale de la constitution du corps féminin qui met ici en évidence le danger que représenteraient les arythmies de la croissance. Les corps féminins seraient en effet menacés, tout au long de la croissance, par un mauvais rythme de développement, risquant perpétuellement de brouiller les frontières de sexes et d'âge. Un temps

[515] Vignes, H. (1925). *op. cit*. p. 1468.
[516] *Ibid*., p. 1467.

de développement « trop long » risquerait par exemple de viriliser les filles, tandis qu'un temps de développement « trop court » tendrait à les infantiliser.

Dans le cadre de l'anorexie, les « seuils de croissance » sont donc aussi des seuils temporels de sexualisation, puisqu'un arrêt précoce de la croissance n'induirait pas seulement une taille ou un poids jugé trop peu élevés, mais aussi une possible insuffisance en matière de maturation des caractères sexuels féminins. Se lit ainsi ici un intérêt accordé par la médecine des âges aux rythmes et à la synchronisation des phénomènes de maturation, dont l'enjeu biopolitique est l'assurance d'une production de corps « assez féminins », c'est-à-dire aptes à la procréation, mais assurément « non masculins », à savoir ne présentant pas de caractères virils.

2. La synchronisation de la maturation physique et sexuelle

Dans son ouvrage « Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme », datant de 1870 et dédié aux proportions du corps humain, le mathématicien Adolphe Quetelet, initiateur de la « statistique sociale » au XIXe siècle, présente la puberté comme une période de « transformation générale » qui se manifesterait à des instants chronologiques différents selon le sexe et le milieu de vie des individus. Il écrit ainsi à propos de la puberté féminine :

> « *C'est chez la femme qu'elle se manifeste d'abord ; et cet instant se trouve plus ou moins reculé selon le climat, la nourriture, le travail ou même l'éducation ! Cet âge où la jeune fille passe à l'état de puberté, où elle cesse d'être enfant pour devenir femme et pour concourir bientôt à la reproduction de notre espèce, est sans doute la phase la plus remarquable dans le tableau de la vie humaine. […] Cette transformation ne s'observe pas seulement dans notre espèce ; on en remarque aussi les principaux caractères chez les animaux et même chez les plantes. Cette loi est générale : elle jette un puissant attrait sur notre printemps, et verse dans tous nos sens, un doux enivrement dont nous ne nous expliquons pas les causes. Voyez la plante, après avoir poussé lentement ses feuilles, se recueillir pour ainsi dire un instant en elle-même pour se préparer à nous donner ses fleurs ; et au moment où elle les développe, elle semble animée d'un excès de vitalité ; elle a pris un air de fête pour accomplir le mystère de la reproduction, qui assure la perpétuité de l'espèce et la conservation de l'œuvre du créateur. Vers cet âge, la croissance en hauteur a cessé chez la femme, pour faire place à la croissance transversale* »[517].

Depuis une approche naturaliste des transformations corporelles, non dénuée toutefois de références religieuses, Quetelet conçoit ici la puberté féminine comme l'étape finale de la croissance. À cet instant, l'organisme cesse de croître et entre dans l'âge adulte, c'est-à-dire

[517] Quetelet, A. (1870). *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*, Bruxelles : C. Muquard, p. 49-50.

dans l'âge procréatif. En d'autres termes, lorsque la femme cesse de grandir, elle peut enfanter. Cette vision synchronique de la maturation physique et sexuelle a notamment servi au XIXe siècle une naturalisation des « races », reposant sur l'idée que chez les populations jugées les moins développées (à savoir « extra-occidentales » et rurales), l'arrêt de la croissance staturale, ainsi que de la maturation sexuelle féminine, serait plus précoce que dans les populations citadines et bourgeoises (Di Spurio, 2019 ; Ottavi, 2009). Cette précocité a légitimé des discours de forte sexualisation des filles, ainsi que la justification d'une hiérarchie morale entre les populations des villes et des campagnes, entre les classes aisées et populaires, ou entre les populations européennes et « blanches » et les populations colonisées, avec un degré d'évolution supposé moindre chez ces dernières (ce que Quetelet qualifie de « plus ou moins reculé »).

Dans ce cadre, nous allons dans cette dernière partie de chapitre étudier la façon dont cette conception de la puberté féminine, comme un moment spécifique de synchronisation de la maturation physique et sexuelle, s'intègre dès les deux dernières décennies du XIXe siècle dans une certaine vision rythmique de la croissance, et de son horizon pubertaire. Nous allons pour cela nous concentrer sur l'étude des localités corporelles rendues visibles par les micro-techniques d'enregistrement de la croissance, à savoir celle, centrale en anthropométrie et chez les deux sexes, de la dentition, et celle, plus interne, des glandes et des organes endocrinologiques et sexuels féminins.

2.1. Les schémas de développement : le cas de la dentition

La dentition humaine et ses chronologies d'apparition au cours de la croissance sont étudiées dès le milieu du XIXe siècle par des savants et des hygiénistes soucieux de définir et de surveiller les rythmes de développement des enfants. Catherine Rollet (2008) montre par exemple, dans son analyse du « programme complet d'observation du nourrisson par les mères » réalisé par Jean-Baptiste Fonssagrives en 1868, l'intérêt porté par le pédagogue pour les âges d'éruption des dents chez les enfants. De la même manière, le « Livret de santé » de René Vaucaire[518] publié en 1898 comporte des pages dédiées à la dentition des enfants et à la notation d'informations sur l'apparition de chaque incisive, prémolaire et molaire (âge, difficultés). Outre les hygiénistes et auteurs d'une littérature de conseil, ce sont aussi les médecins et les psychiatres du développement qui s'intéressent à l'éruption dentaire chez les enfants, comme nous allons l'aborder ici.

[518] Vaucaire, R. (1898). *op. cit.,* p. 16. Voir une illustration du livret en Annexe 55.

L'observation scientifique de la dentition

L'observation scientifique de la dentition chez les enfants jugés anormaux remonte en France au début des années 1860. Désiré-Magloire Bourneville ouvre en 1862 dans le *Journal des connaissances médicales* une réflexion sur les relations entre anomalies dentaires et dégénérescence. Le dentiste Émile Magitot publie quant à lui, en 1877, un « Traité des anomalies du système dentaire chez les hommes et les mammifères »[519], un texte dans lequel il retrace, dans une vision ontogénique allant de la formation de l'embryon à l'état de maturation ultime atteint à l'âge adulte, les étapes de développement de la dentition humaine et les anomalies dentaires observables au cours du temps chez différents individus issus de la population parisienne. Huit ans plus tard, c'est l'anthropologue Paul Broca qui présente à la *Société d'anthropologie de Paris* des « instructions relatives à l'étude anthropologique du système dentaire »[520].

Cette attention portée à la « dentition » et la « denture »[521] dans une perspective anthropologique et d'anatomie comparée trouve ensuite un nouvel écho dans les travaux de la médecin Alice Sollier. Élève des médecins Alix Joffroy et Jules Comby, Alice Sollier soutient en 1887 une thèse de médecine avec laquelle elle aspire à contribuer à l'étude des dégénérescences enfantines. Dans ce travail, elle s'appuie sur le système de notation de la dentition humaine adulte et enfantine utilisé aussi bien par Magitot que Broca[522]. En complément de ce système de notation, elle mobilise des illustrations de mâchoires et des dessins de moulages réalisés à partir de cent cas observés au sein du service des « enfants idiots » pris en charge à l'école-asile de Désiré-Magloire Bourneville mis en place à Bicêtre. À partir de cette étude, Alice Sollier émet l'hypothèse que si l'idiotie prédispose aux arrêts de développement (comprenant celui des dents), cela n'est pas systématique. Au contraire, son étude suggère que les rythmes de développement de la première dentition chez les idiots étudiés ne sont pas en accord avec « la règle constante du retard de tout l'organisme chez ces dégénérés »[523]. En d'autres termes, la médecin déduit de ses observations que le développement

---

[519] Magitot, É. (1877). *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*, Paris : Masson.

[520] Broca, P. (1879). « Instructions relatives à l'étude anthropologique du système dentaire », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, III° Série. t.2, p. 128-163.

[521] Broca distingue en effet la « dentition » qui désigne le processus d'apparition des dents de la « denture » qui désigne l'état de la dentition au moment de l'observation.

[522] Par exemple la formule dentaire des adultes (trente-deux dents) se note : $inc.\frac{2-2}{2-2}$ $can.\frac{1-1}{1-1}prém.\frac{2-2}{2-2}$ $mol.\frac{3-3}{3-3} = 32$; celle des enfants (vingt dents) se note : $inc.\frac{2-2}{2-2}$ $can.\frac{1-1}{1-1}mol.\frac{3-3}{3-3} = 20$.

[523] Sollier, A. (1887). *L'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine avec 32 figures dans le texte*, thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 27 octobre 1887, Paris, p. 34.

de la dentition chez les idiots ferait exception à une règle développementale voulant que toute arriération mentale soit également une entière arriération corporelle. Cependant, la question de la synchronisation du développement mental et des diverses localités corporelles (dentition, membres, crâne) est bien posée par Alice Sollier.

Par ailleurs et de la même manière, le dentiste Léon Frey[524] étudie les relations entre l'équilibre organique, stable ou instable, et les dangers infectieux et pathologiques des éruptions dentaires selon l'état d'équilibre de l'organisme. Il suggère notamment que l'instabilité de l'organisme durant la période de l'enfance expliquerait la pathogénie des poussées dentaires et l'apparition au cours de la croissance de certaines maladies comme la bronchite[525]. L'observation de la chronologie d'apparition de la première dentition est ainsi préconisée, au début du XXe siècle dans le champ pédiatrique, en tant que moyen d'obtention d'indices sur l'état de santé de l'enfant. L'âge d'apparition des dents de lait donnerait des indices sur le rythme de croissance, mais aussi sur l'étape de diversification de l'alimentation. Par exemple, pour le pédiatre Ernest Ausset, l'arrivée des quatre premières dents de lait marque le passage de l'alimentation lactée à la bouillie. Ce seuil dentaire constitue ainsi un premier pas vers le sevrage et la diversification alimentaire[526]. De ce point de vue, l'établissement de standards de développement concernant la dentition s'imbrique aux préceptes hygiénistes d'espacement progressif de l'alimentation lactée chez les enfants. De surcroît et comme nous l'avons abordé précédemment, les règles de l'alimentation infantile s'articulent dans le diagnostic d'anorexie chez les nourrissons à l'observation de déséquilibres métaboliques associés à la transition nutritionnelle critique que représenterait le sevrage[527]. La poussée dentaire est, dans cette même perspective, appréhendée par les pédiatres comme une période de danger pour l'équilibre alimentaire des enfants. Les douleurs provoquées par le déchirement des gencives pourraient notamment induire un refus de nourriture et favoriser l'installation conséquente de comportements anorexiques. Ainsi, pour le Dr Epagneul, les anorexies des nourrissons et des jeunes enfants seraient parfois le résultat de « douleurs ostéopériostiques d'une poussée dentaire qui poussent l'enfant à refuser le moindre biberon »[528]. De la même manière pour Victor Gillot, l'anorexie découlerait, dit-il, « bien

[524] Frey, L. (1905). « Les accidents d'éruption dentaire », *Revue des maladies de la nutrition*, p. 218-224.

[525] Voir à ce propos le schéma du Dr Frey reproduit en Annexe 56.

[526] Ausset, E. (1903). « Sevrage et ablactation, hygiène alimentaire de la seconde enfance », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°6, Paris : Masson, p. 33-36.

[527] Cf. Chapitre 5, partie 2.1, « Le coût énergétique de la croissance », *L'horloge et la balance*.

[528] Epagneul, Dr. (1927). « Traitement de l'anorexie par sulfarsénol », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°605, p. 294.

souvent des difficultés de la dentition, s'accentuant au moment des poussées congestives douloureuses de la muqueuse, justement incriminées »[529].

Concernant le cas d'anorexie infantile décrit par le pédiatre Buffet-Delmas[530] l'observation de la dentition de l'enfant permet au médecin d'avoir prise sur son état de croissance, tout en évaluant les effets de la réalimentation. Dans les textes reprenant la leçon du médecin, l'évolution pondérale de l'enfant, alimenté quotidiennement par sonde, est reliée au phénomène d'apparition successive des premières dents. Le médecin rapporte sous forme de liste :

> *« 2 novembre : poids, 9 kil. 460. 17 novembre : deuxième incisive droite inférieure. 17 janvier 1908 : poids, 9 kil. 890. 19 janvier : deuxième incisive gauche inférieure. 19 janvier : deuxième incisive, gauche inférieure. 23 janvier : deuxième incisive, gauche supérieure. 28 janvier : première molaire droite supérieure. 29 janvier : poids, 10 kil. 125 »*[531].

La première molaire de l'enfant serait ainsi apparue aux alentours de ses vingt mois, soit quatre à neuf mois plus tard que la moyenne si l'on se réfère aux principales normes pédiatriques établies à cette période dans les livrets sanitaires. Buffet-Delmas attribue néanmoins ce retard à une « disposition » familiale, c'est-à-dire à une variation physiologique héréditaire et non à une disposition pathologique, ni même à l'anorexie de l'enfant. Par ailleurs, la notation de la chronologie d'éruption des dents correspond chez Buffet-Delmas, et plus largement dans les savoirs pédiatriques et les sciences physiologiques, à des seuils de maturation du système nerveux et des capacités motrices comprenant notamment l'apparition de la marche et sa stabilisation. Le pédiatre remarque à ce propos :

> « *Le 23 octobre, poids nu, 8 kil. 090. Nous faisons un gavage le matin au réveil, un autre avant le coucher : dans la journée, l'enfant mange ses croûtes de pain. Les gavages sont très bien supportés ; la dose de la semaine précédente est doublée ; l'amélioration s'accentue rapidement ; l'enfant marche assez longtemps sans se reposer: le sommeil de l'après-midi est moins long.*
> *29 octobre : canine supérieure gauche.*
> *30 octobre : poids nu, 8 kil. 350.*
> *6 novembre : 8 kil, 690. L'amélioration s'accentue tous les jours ; l'enfant marche pendant 800 mètres, sans se reposer.*
> *13 novembre : poids, 8 kil. 970. »*[532].

---

[529] Gillot, V. (1937). « Anorexie infantile d'origine thérapeutique », *La Pédiatrie pratique journal de clinique et de thérapeutique infantile*, nº856, p. 18.

[530] Ce cas a été analysé plus en détail dans le chapitre précédent. Cf. Chapitre 5, partie 2.1, « Le coût énergétique de la croissance », *L'anorexie du nourrisson*.

[531] Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº5, p. 155-156.

[532] *Ibid.*, p. 157.

Cette écriture textuelle du développement organique croise les données de poids avec celles sur l'éruption des dents et sur l'apparition de la marche, et suppose ici un changement organique global impliquant autant une modification du métabolisme (l'enfant prenant du poids et dormant moins) qu'une maturation du système nerveux nécessaire à l'acquisition de la marche[533]. Dès la fin du XIXe siècle, la dentition constitue ainsi une localité corporelle dont l'observation et l'inscription graphique donnent à lire plus largement les rythmes de synchronisation des processus organiques de développement.

Penser la synchronisation de l'organisme : l'éruption des dents

À partir des travaux statistiques et anthropométriques proposés par Adolphe Quetelet, Georges Variot ou Paul Godin, le médecin et préhistorien Lucien Mayet considère ainsi dans son texte intitulé « Le développement physique de l'enfant » et présenté en 1912 à la *Société d'anthropologie de Lyon* que l'apparition de la marche est un témoin de la maturation du corps. Mayet suggère spécifiquement que « le moment où l'enfant fait ses premiers pas est à signaler ici, parce que l'apparition de la marche traduit le développement du système nerveux central moteur, de l'appareil d'équilibration des muscles et de leur support squelettique »[534]. Par ailleurs, l'évolution de la dentition répondrait, ajoute-t-il : « À des modifications autrement considérables que la simple éruption des dents ; c'est dire que les troubles de celle-ci ne sont souvent qu'un symptôme de troubles évolutifs profonds de tout l'organisme »[535]. La chronologie d'apparition de la première dentition constitue de ce fait un élément particulièrement mobilisable pour rendre compte de l'évolution organique générale et de la croissance de l'enfant. Les âges d'éruption des dents sont reliés, par le biais de schémas de standardisation de la croissance, à des âges chronologiques moyens. À l'instar de la formule dentaire utilisée par Alice Sollier, ces schémas, comme celui reproduit ici (*cf.* illustration 28, ci-dessous) illustrent le placement et l'âge d'éruption de chaque dent, dans le cadre de la dentition temporaire (c'est-à-dire enfantine) et de celle permanente (c'est-à-dire adulte).

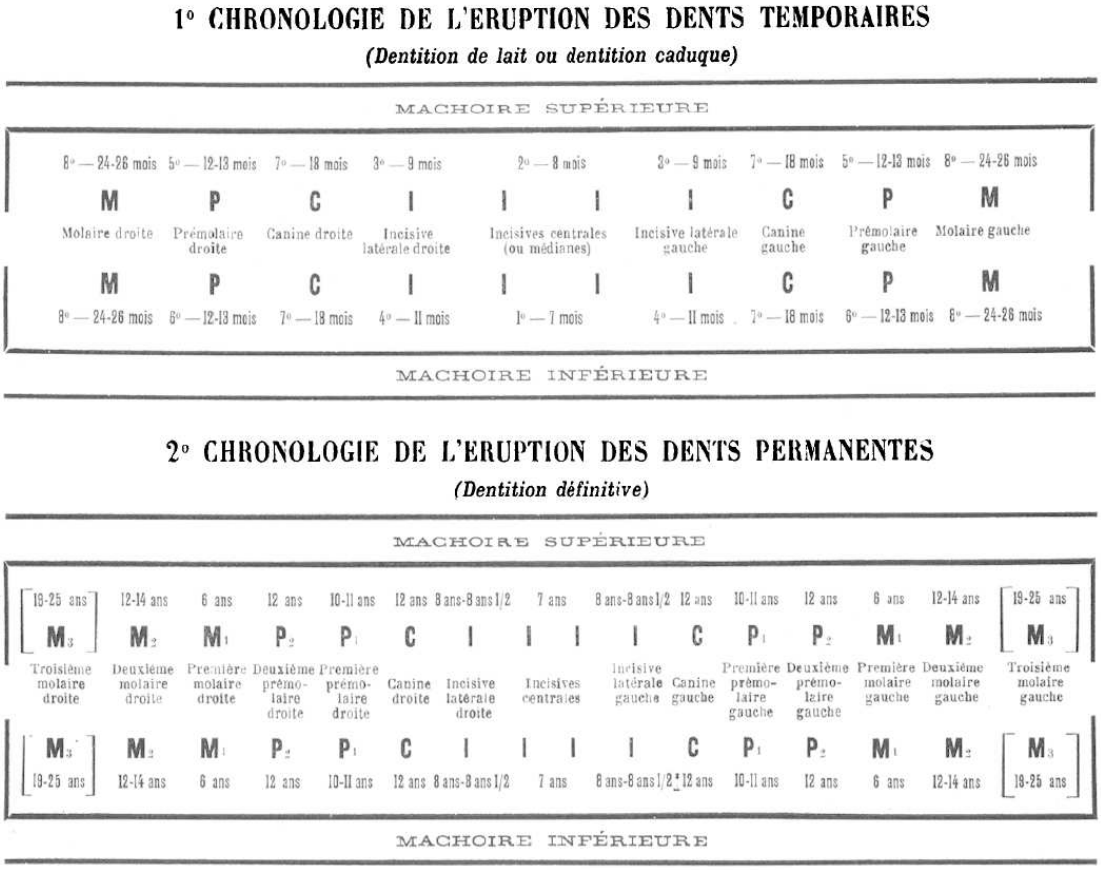
[533] Cette relation entre la nutrition et l'acquisition de la marche se retrouve dans des travaux de psychophysiologie comme ceux de Joanny Roux dans lesquels il relie le fonctionnement métabolique des individus (sensation de faim, besoin nutritionnel) au degré de maturation de leur système nerveux. Cf. Chapitre 5, partie 1.2 « Les anorexiques ressentent-elles la faim ? », *Influx nerveux et habitudes : le temps de s'adapter*.

[534] Mayet, L. (1912). « Le développement physique de l'enfant », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.31, p. 106.

[535] *Ibidem.*

Illustration 28. *Âge moyen d'éruption des dents*

Le premier schéma correspond aux âges moyens d'apparition de chaque dent de lait. Le second schéma correspond aux âges moyens d'apparition des dents formant la dentition permanente. Les lignes du haut figurent la mâchoire supérieure et celles du bas la mâchoire inférieure, avec, de gauche à droite : les molaires, les prémolaires, les canines et les incisives. Au-dessus ou dessous de chaque lettre est spécifié l'âge moyen d'apparition de la dent correspondante.



Source : Mayet, L. (1912). « Le développement physique de l'enfant », Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon, t.31, p. 107.

Pour Mayet, « l'éruption des dents temporaires et des dents permanentes sont résumées » par « deux tableaux », c'est-à-dire par deux ensembles de signes de maturation de l'organisme, temporellement identiques pour les deux sexes[536]. Le premier est celui, déjà exposé précédemment, de l'acquisition de la marche grâce à la maturation du système nerveux, mais aussi du fait de la consolidation des muscles et du squelette. Le second tableau renvoie davantage à la thématique anthropométrique de l'harmonie corporelle que nous avons déjà abordé avec, par exemple, l'indice de Manouvrier, et qui renvoie à l'évolution des proportions des corps au cours du temps. Mayet signale à ce propos : « Au fur et à mesure que l'enfant

[536] Si Mayet porte bien un discours sur une différence physiologique entre les sexes, il n'évoque cependant pas cette question lorsqu'il aborde l'âge moyen d'éruption des dents.

grandit, les différents segments du corps s'accroissent, mais ils ne le font pas d'une façon uniforme. Il en résulte que les proportions du corps se modifient considérablement, suivant l'âge de l'enfant »[537]. Les proportions sont en effet évaluées chez Mayet suivant un système métrique utilisé par le médecin russe Carl Heinrich Stratz, et évaluant la proportion du corps relativement à la longueur du crâne de l'individu[538]. Ces deux tableaux sont ainsi conditionnés à une arithmétique des corps s'appuyant sur des pratiques anthropométriques de mesure et de calcul de segments corporels particuliers, ainsi que sur une mise en chiffre de normes de croissance chez les deux sexes.

Les étapes du développement dentaire s'intègrent à des stades de maturation organique plus larges. Étudier l'évolution de la dentition chez les enfants revient donc, selon Mayet, à dit-il : « Distinguer dans l'enfance trois périodes, qui se différencient non seulement par les modifications dentaires, mais par une véritable transformation de l'organisme, dont les observateurs ont été de tout temps frappés »[539]. Ces trois périodes correspondent en particulier à des seuils de croissance concordant à des moments de fortes modifications des morphologies et des divers segments corporels (crâne, buste, membres), et que Mayet décrit en ces termes :

> *« 1° Une première phase, assez courte, répond à l'absence de dents et à l'éruption des dents de lait […] Chez le nourrisson, remarque Paul Godin, le buste représente les 66 centièmes de la hauteur totale du corps ; 2° Une seconde phase est celle de la dentition temporaire — soit approximativement de deux à sept ans — ou enfance proprement dite que Stratz appelle avec beaucoup de justesse enfance neutre (par opposition à la période suivante ou enfance bisexuelle), pendant laquelle s'atténue la disproportion entre le buste, relativement long, et les membres relativement courts […] 3° La dernière phase correspond à l'éruption des dents permanentes, qui se continue pendant la puberté. Celle-ci se prépare au cours de cette période où deviennent apparents les caractères sexuels secondaires* »[540].

Se retrouve dans ces éléments un certain modèle « unisexe » de l'enfant, lequel traverserait d'abord une phase de bisexualité, avant que la puberté n'entame une spécification sexuée du corps, avec l'apparition de caractères sexuels secondaires. Dans cette perspective, l'observation de la dentition féminine est effectuée au regard d'un horizon pubertaire indispensable à la spécification sexuelle féminine. Il est par exemple possible de lire en 1910, un article abordant la thématique des « menstruation et puberté précoces » dans lequel est rapporté le cas « d'une

[537] Mayet, L. (1912). *op. cit.,* p. 106-107.
[538] Voir en Annexe 57.
[539] *Ibid.*, p. 105.
[540] *Ibid.*, p. 105-106.

petite fille qui a été réglée à l'âge de deux ans » et chez qui « la menstruation avait lieu régulièrement tous les mois et durait chaque fois cinq jours »[541]. Il est spécifié que « vers le douzième mois de son existence, l'enfant avait toutes ses dents »[542]. Autrement dit, selon cet article, la précocité dentaire accompagne la précocité pubertaire.

Ces divers éléments suggèrent ainsi que la standardisation des temporalités d'apparition des dents offre des leviers de construction de « prises » (Bessy & Chateauraynaud, 1993 ; Millepied, 2020) temporelles et corporelles d'identification de l'anorexie chez les enfants. Ces « prises » sont de nature analogue à celles issues du « corps à corps » et des données numériques et graphiques produites par la psychiatrie de la fin du XIXe siècle[543]. Dans ce cas de figure, les prises corporelles sont censées permettre l'accès, à partir d'une observation centrée sur la dentition, aux processus internes de maturation de l'organisme tout entier. L'idée, soutenue par Mayet, d'une relation directe entre l'état dentaire et l'état interne du système nerveux est cependant à nuancer, notamment dans le cas précis du diagnostic d'anorexie. D'après les observations de Pierre Nobécourt, par exemple, un individu peut présenter un mauvais état dentaire tout en ayant un système nerveux jugé sans anormalité, mais accusant un métabolisme affecté par le manque de nourriture[544]. Il reste que l'ensemble de ces travaux suggère que les rythmes d'apparition des dents font office de seuils corporels et temporels à partir desquels les médecins évaluent plus largement l'état de santé de l'enfant. Toutefois, la production de seuils diagnostiques de croissance ne s'appuie pas seulement sur ces standardisations des rythmes de poussées dentaires, mais également sur un ensemble des savoirs portant sur les rythmes de maturation du système hormonal et glandulaire.

2.2. Visualiser les retards de croissance, pallier les insuffisances hormonales

Au cours des premières décennies du XXe siècle, l'observation scientifique des sécrétions internes produites par les organes endocriniens et les glandes sexuelles est calibrée depuis des âges standards du développement physiologique et organique. Partant de ce contexte, cette dernière sous-partie de chapitre est dédiée à l'étude de l'influence des pratiques d'observation et de standardisation des phénomènes organiques et hormonaux de maturation sur la production

[541] s.a. (1910). « Menstruation et puberté précoces ; femmes fécondes », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 766.

[542] *Ibidem*.

[543] Cf. Chapitre 3 « Un quadrillage corporel expert ».

[544] Il écrit par exemple à propos d'une enfant anorexique de six ans : « *Les dents sont en mauvais état ; les deux incisives médianes inférieures de la première dentition sont tombées et ne sont pas encore remplacées. Les dents de six ans existent. La peau est souple, non infiltrée. Les viscères et le système nerveux ne présentent rien d'anormal* », Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°822, p. 239.

des seuils diagnostiques de l'anorexie, ainsi que sur les interventions médicales qui en découlent.

Les techniques radiographiques de visualisation de l'ossification

Au début du XXe siècle, la mise au point de techniques d'imagerie médicale par rayons X facilite l'accès à l'intérieur des corps vivants, en offrant une représentation visuelle des diverses matières qui les composent (tissus, cartilages, organes). À la suite de la Grande Guerre, l'utilisation de l'imagerie médicale s'intensifie partout en Europe. Dans le cadre d'une « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995), les procédés radiographiques accompagnent notamment les opérations de mesure des corps et les processus de médicalisation de la puberté (Piccand, 2015). Dès les années 1920, le pédiatre Pierre Nobécourt complète ses examens cliniques et anthropométriques par une radiographie des squelettes qui fournit, selon lui : « Des renseignements précieux sur le processus d'ossification »[545]. Il affirme notamment se référer lors de ces examens radiographiques aux normes d'ossification établies par le médecin Félix Lobligeois[546].

Au tournant des années 1930, les nouvelles connaissances en endocrinologie s'arriment en effet à des pratiques d'imagerie, induisant une granularité encore plus fine dans l'observation des corps et de leurs processus physiologiques internes. Chez les médecins pédiatres et cliniciens souhaitant évaluer les anormalités de croissance et identifier l'anorexie, il va notamment s'agir, à partir de ces localités corporelles situées à l'intérieur des corps – et non pas seulement à l'extérieur, comme dans l'anthropométrie – de visualiser et d'évaluer les insuffisances hormonales. Le métabolisme ne se restreint alors plus aux activités chimiques et nutritionnelles du corps, comme dans le cadre des travaux psychophysiologiques sur la faim, mais recouvre un processus plus complexe de synchronisation des activités nutritionnelles avec les sécrétions glandulaires d'hormones de croissance et sexuelles. Outre l'étude du squelette, la radiographie permet donc également aux médecins d'accéder visuellement aux organes et glandes internes. L'observabilité scientifique des processus et points d'ossification se couple alors à celle d'autres phénomènes biologiques, dont la production par les glandes sexuelles et endocriniennes (l'hypophyse, la thyroïde, ou les ovaires) de substances biochimiques agissant sur la formation et l'allongement des os au cours de la croissance. Les radiographies de ces organes et de ces glandes permettent d'en évaluer la taille ou la forme, et d'en déduire les

[545] Nobécourt, P. (1929). *op. cit*, p. 17-18.

[546] Docteur en radiographie et homme politique, Félix Lobligeois est un véritable pédagogue du rythme puisqu'il participera en tant que médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris à la réforme des rythmes scolaires. Voir : Cahon, 2020.

potentielles anomalies ou lésions pouvant expliquer un retard ou un défaut de croissance.

Dans le sillage du pédiatre Victor Hutinel, Pierre Nobécourt prescrit ainsi la réalisation de radiographies de la « selle turcique » (cavité osseuse dans laquelle se trouve l'hypophyse) pour des enfants qu'il observe, afin de mesurer la circonférence de leur hypophyse. L'image radiographique constitue pour lui une « prise » supplémentaire sur le corps des malades, puisqu'elle donne accès à une localité corporelle interne, rendue visible et évaluable par la technique d'imagerie, ce qui permet aux médecins d'écarter certaines pistes diagnostiques au profit d'autres. Par exemple, il remarque chez une enfant amaigrie que « les dimensions et la morphologie de la selle turcique sont normales »[547], et écarte ainsi la piste d'un trouble hypophysaire, puisque ni le cartilage ni l'hypophyse ne présente de lésion susceptible d'expliquer cette hypotrophie pondérale. Cependant, en complément de l'examen de la selle turcique, le médecin préconise chez les enfants hypotrophiques un examen du « métabolisme basal »[548]. Il valorise ainsi la complémentarité d'un examen clinique avec une évaluation du métabolisme[549], qui selon lui, permettent, ensemble : « De situer l'enfant dans le cadre nosographique »[550].

Ces examens rendent compte ici de l'incursion, au sein de la médecine clinique et expérimentale pédiatrique et infantile, de connaissances du système endocrinologique admettant l'existence d'une relation fonctionnelle entre l'activité nutritionnelle, la production d'hormones sexuelles et le phénomène de croissance. Ces connaissances renouvelées du métabolisme et de leurs usages cliniques vont notamment ouvrir à des recatégorisations de l'anorexie mentale, en précisant notamment les seuils diagnostiques hormonaux qui seraient propres à l'anorexie et par lesquels la pathologie se distinguerait d'autres pathologies endocriniennes.

Distinguer l'anorexie mentale de la maladie de Simmonds

Le syndrome de cachexie hypophysaire (aussi nommée maladie de Simmonds) a été identifié en 1914 par le médecin et anatomopathologiste allemand Morris Simmonds[551]. Ce syndrome se caractérise par un amaigrissement progressif, accompagné de troubles génitaux et d'une hypotension artérielle à laquelle peuvent s'ajouter des altérations de la peau, des troubles

[547] Nobécourt, P. (1934). *op. cit*., p. 240.

[548] Le métabolisme de base désigne en médecine la quantité de calories nécessaires à un organisme pour fonctionner au repos.

[549] Il écrit à ce propos, par exemple : « *M. Lebée étudie le métabolisme de base, le 7 à décembre ; il est de 56 calories par heure et par mètre carré ; la moyenne étant de 54 calories, il est donc supérieur de 3,7 % à la moyenne, c'est-à-dire dans les limites physiologiques* ». Nobécourt, P. (1934). *op. cit.*, p. 240.

[550] Nobécourt, P. (1929). *op. cit.*, p. 6.

[551] Voir : Simmonds, M. (1914). "Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang", *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, t.40, p. 322-323.

psychiques et digestifs, ainsi que des troubles nutritionnels comme l'hypoglycémie ou l'abaissement du métabolisme basal.

Simmonds met en avant l'origine hypophysaire de ce syndrome à partir d'autopsies révélant chez les corps étudiés une altération du lobe antérieur de l'hypophyse et d'une partie de l'hypothalamus. L'hypopituitarisme – à savoir la diminution des sécrétions hormonales du lobe hypophysaire – désigne en endocrinologie une insuffisance hormonale pouvant être à l'origine des maigreurs survenant chez des individus ne présentant pas de lésions organiques explicatives. Dès lors, toute maigreur ou tout état de cachexie, qu'il soit rattaché à la maladie de Simmonds, à la maigreur hypophysaire, ou encore à l'anorexie mentale, témoignerait d'un déséquilibre endocrinien. Dans ce cadre, différents médecins[552] européens reprennent le travail de Simmonds dans l'optique d'apporter un nouvel éclairage sur l'origine hypophysaire de certaines maigreurs. Certains tableaux cliniques sont si proches de ceux de l'anorexie qu'il est difficile, sans un examen approfondi, de les en distinguer.

À l'issue de diverses relectures cliniques de la maladie de Simmonds et de nombreuses discussions « plus ou moins âprement »[553] tenues au sujet des relations entre cachexie hypophysaire et anorexie, le neuropsychiatre Albert Crémieux déclare en 1942 devant le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France :

> « *En définitive sur le terrain de la clinique, on doit encore distinguer trois ordres de faits ; anorexie mentale proprement dite, anorexie et sitiophobie des aliénés, anorexie des maigreurs et cachexies endocriniennes (en particulier du syndrome de Simmonds) avec des formes intermédiaires, dont la différenciation sera le plus souvent très difficile ou même impossible* »[554].

Pour en arriver à de telles conclusions, des médecins ont en effet compilé tout au long des années 1930 des observations et des études, conduites par différents psychiatres et pédiatres ayant auparavant traité de la question de la maigreur anorexique (Dr Buvat, Georges Ballet, Victor Hutinel), dans l'optique d'en dégager différents critères étiologiques permettant de distinguer la maladie de Simmonds de l'anorexie mentale.

---

[552] Par exemple : Société de neurologie. (1939). « Syndrome de cachexie progressive par tumeur (spongio-blastome) du troisième ventricule. Le problème anatomique de la maladie de Simmonds. MM. Lhermitte, de Martel, Guillaume et Ajuriaguerra », *Gazette des hôpitaux civils et militaires (Lancette française)*, 112e année, nº40, p. 716.

[553] Crémieux, A. (1942). « Les anorexies mentales (résumé) », *XLIIIº Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, « Comptes rendus », (Montpellier 28, 29, 30 octobre 1942), Paris : Masson, p. 47.

[554] *Ibid*., p. 48.

C'est de cette manière que Marcel-Henri Paingault[555] explore dans sa thèse de médecine le rapport entre la cachexie hypophysaire et l'anorexie mentale. Il souligne que si cette dernière « se présente avec des signes communs à la maladie de Simmonds », elle se caractériserait néanmoins chez les individus par « un état mental particulier » qui serait favorisé par « l'état pubertaire »[556]. L'arrêt des menstruations, signe d'un désordre hormonal et sexuel, serait quant à lui le résultat d'une « carence glandulaire »[557] liée à la privation de nourriture. Paingault met ainsi au centre de l'étiologie anorexique les phénomènes psychophysiologiques liés à l'état mental pubertaire et ses mécanismes nutritionnels. Dans ce cadre, l'aménorrhée anorexique ne s'explique pas, selon lui, par une lésion de l'hypophyse, mais bien par des perturbations fonctionnelles de l'hypophyse provoquées par l'« avitaminose », c'est-à-dire par un état de carence vitaminique induit par le jeûne prolongé. En somme, les dysfonctionnements hormonaux visibles dans l'anorexie mentale – se caractérisant par des retards de croissance et une aménorrhée ou dysménorrhée – auraient pour spécificité d'être déclenchés à l'issue de conduites alimentaires féminines adoptées à des moments précis de la maturation sexuelle, en l'occurrence au moment de la puberté.

C'est cette même vision sexuée de l'anorexie que met en avant Jules Comby[558] lorsqu'il souligne que les cas de maigreurs hypophysaires toucheraient principalement les femmes au moment de la puberté, mais aussi parfois après un accouchement ou un avortement. La maigreur hypophysaire se manifesterait à ces périodes par une apparence générale gracile, une sécheresse de la peau, une mauvaise circulation avec pâleur et refroidissement des extrémités, mais aussi par une anorexie constante, de l'aménorrhée et une dépression psychique. En tant que médecin pédiatre s'étant à plusieurs reprises exprimé au sujet de la maigreur infantile et de la question anorexique chez les enfants[559], Comby formule la nécessité de revenir sur le diagnostic de l'anorexie mentale à l'aune des nouvelles connaissances du système hormonal, et du rôle qu'il tient vis-à-vis des phénomènes biologiques de croissance et de maturation sexuelle. Il souligne à ce propos :

> « *Les Archives de Médecine des Enfants ont eu l'occasion, depuis plus de 30 ans, de traiter la question d'anorexie mentale : mémoires, recueils de faits, revue générale, sans*

[555] Paingault, M.-H. (1937). *Maladie de Simmonds : Discussion des rapports entre la cachexie hypophysaire et l'anorexie mentale*, Thèse, Paris.

[556] *Ibid.* p.75.

[557] *Ibidem*.

[558] Comby, J. (1938). « Maladie de Simmonds et Anorexie mentale », *Archives de médecine des enfants*, t.41, p. 638.

[559] Par exemple : Comby, J. (1908). « Anorexie nerveuse », *Archives de médecine des enfants,* t.11*,* p. 562-566 ; Comby, J. (1927). « Répertoire de médecine pratique, Anorexie infantile et juvénile », *La Presse Médicale,* nº377, p. 40.

parler des nombreuses analyses d'articles parues ailleurs. Cependant, nous croyons devoir en parler de nouveau à cause des relations, soulevées de divers côtés, de l'anorexie nerveuse ou mentale avec les glandes endocrines, principalement l'hypophyse à laquelle on a voulu faire jouer un rôle prépondérant en pathogénie de ce syndrome dans sa forme la plus grave »[560].

Les travaux de Paingault et de Comby s'insèrent ainsi tous deux dans un mouvement d'exploration clinique des étiologies endocrines de la maigreur et de l'aménorrhée anorexiques, en particulier des relations nutritionnelles qui se nouent entre le dysfonctionnement hypophysaire et certaines anormalités métaboliques et de croissance (diabète, anorexie, obésité, rachitisme). Le déplacement des critères cliniques de l'anorexie sur le terrain hormonal concoure donc, d'un côté, à préciser les éléments diagnostiques de la pathologique, mais contribue aussi, de l'autre, à complexifier l'identification des seuils métaboliques de l'anorexie, en rattachant les signes cliniques de malnutrition à des déséquilibres hormonaux[561].

L'un des arguments clés de Comby s'appuie d'ailleurs sur la modification du métabolisme basal chez les anorexiques. Il suggère à cet égard que le métabolisme de base des anorexiques serait inférieur à la moyenne. Une observation qui est également consignée par M.-H. Paingault. Autrement dit, et comme l'avaient déjà sous-entendu pour les hystériques certains médecins de la fin du XIXe siècle comme Constantin Empereur puis Jean-Martin Charcot et Georges Gilles de La Tourette[562], l'activité nutritionnelle des anorexiques serait réduite sous l'influence du jeûne prolongé, et le nombre de calories nécessaires au fonctionnement de leur organisme serait généralement plus bas que la moyenne des individus du même âge. Cependant, plusieurs interrogations médicales demeurent. Comby se demande, par exemple : « L'hypotension artérielle et l'abaissement du métabolisme basal sont-ils en faveur de cette participation hypophysaire ? De même pour l'amaigrissement, ces symptômes ne peuvent-ils pas s'expliquer par l'hypoalimentation, par l'inanition ? »[563]. Le pédiatre s'interroge, en somme, sur la part à accorder à l'étiologie endocrinienne dans les déséquilibres métaboliques observés chez les anorexiques. Pour y répondre, il se réfère aux travaux réalisés sur l'état nutritionnel des jeûneurs, qui invalident un unique lien causal entre une altération de l'hypophyse et une réduction du métabolisme basal. Il ajoute à cela les résultats d'analyses sanguines réalisées à partir du « test d'Aron », servant à indiquer l'excès ou l'insuffisance des taux d'hormones

[560] Comby, J. (1938). *op. cit*., p. 638.

[561] Ces seuils ont été mis en lumière dans le chapitre précédent.

[562] Cf. Chapitre 5, partie 1.1. « Les hystériques ont-elles besoin de se nourrir ? », *Tout le monde sait que pour vivre il faut manger*.

[563] Comby, J. (1938). *op. cit*., p. 640.

hypophysaires. Chez les anorexiques, ce test produirait d'après Comby des résultats différents selon les individus, empêchant d'avancer avec certitude l'existence d'un lien fonctionnel entre la réduction d'hormones hypophysaires et l'amaigrissement.

En définitive, Comby réfute l'idée avancée plus tôt par l'anatomopathologiste Lucien Cornil, selon laquelle « les cas d'anorexie mentale vraie sont la plupart du temps des formes plus ou moins atténuées du syndrome de Simmonds »[564]. Au contraire, pour le pédiatre : « Les causes déclenchantes de l'anorexie mentale sont variables, mais leur action ne s'exerce que sur un terrain nerveux »[565]. Le métabolisme de base n'est donc en rien une donnée chiffrée permettant, à elle seule, d'identifier et de diagnostiquer l'anorexie mentale. En revanche, le calcul de ce métabolisme basal s'articule, dans la pratique clinique, à de multiples autres opérations médicales de visualisation des degrés de maturation des organes et des glandes sexuelles.

La spécification des hormones sexuelles

Au début du parcours engagé dans cette thèse, nous avons relevé les impressions laissées par les photographies d'anorexiques aux médecins de la fin du XIXe siècle[566]. À cette période, la maigreur des femmes au visage diaphane, à la morphologie asexuée et éloignée des normes corporelles du genre féminin, attirait le regard des psychiatres. Il s'agissait d'un regard pénétrant, allant des signes corporels externes jusqu'aux dysfonctionnements internes. À la fin des années 1930, ce sont les processus chimiques et biologiques internes, ainsi que la nature de leurs relations avec le système neurologique qui attirent le regard clinique, non seulement et toujours des psychiatres, mais aussi des pédiatres.

Une lecture des résumés d'interventions de médecins ayant communiqués aux Journées médicales de Paris de 1937[567] rend compte de ce changement d'échelle du regard clinique. Les médecins y abordent successivement les régulations « inter-glandulaires », « neuro-hormonales », « hormono-neuronales » ou encore « hypophysaires » ou « thyroïdiennes », ou bien présentent les apports de l'étude scientifique de ces phénomènes pour la clinique « humaine » ou « chirurgicale ». L'exploration des phénomènes situés à l'intérieur des corps est désormais privilégiée dans la compréhension clinique des pathologies mentales et du développement, y compris de l'anorexie. En d'autres termes, l'incursion, en profondeur, du

[564] Cornil, L. (1937). « Régulations hormonales », *Journal de médecine de Paris*. Cité par Comby. *ibid*., p. 639.

[565] *Ibid*. p. 644.

[566] Cf. Chapitre 4. Partie 1.2. « La photographie médicale comme "pièce démonstrative" ».

[567] Lereboullet, J. (1937). « III° Journées médicales internationales de Paris (26-30 juin 1937). Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique » (résumé des exposés), *La Presse Médicale*, n^o^63, p. 1151-1553.

regard médical dans les corps (Foucault, 2000 [1963]) côtoie, dès les années 1930, la genèse d'une « molécularisation » du vivant (Rose, 2006) mettant au centre du regard clinique des systèmes biochimiques complexes de communication et d'interdépendance. Les travaux menés entre autres par Marcel-Henri Paingault et Jules Comby – incriminant un dérèglement du système hormonal hypophysaire (comprenant les hormones génitales) dans l'anorexie mentale – émergent de ce déplacement du regard clinique, délaissant la dialectique fonctionnelle entre les signes intérieurs et extérieurs de la maladie au profit de l'observation d'une dialectique interactionnelle des systèmes internes.

Ce mouvement est également nourri par une intensification des expérimentations scientifiques et médicales portant sur les hormones, en particulier sexuelles, et dont les résultats servent une véritable construction hormonale des corps féminins (Oudshoorn & Morel, 1998). Avec le déploiement en Europe de l'industrie pharmaceutique, et avec son implication croissante dans la fabrication et la commercialisation d'hormones sexuelles (Gaudillière, 2003), les pratiques médicales de standardisation de la maturation organique rendent compte d'une vision complexifiée du sexe féminin, qui ne se caractérise plus seulement par une anatomie différente de celle masculine, mais aussi par un ensemble de taux d'hormones sexuelles présentes dans le corps, à différents moments de la vie (puberté, grossesse, ménopause). Cette conception médicale sexuée et *agisée* des économies corporelles se cristallise en Europe après la Seconde Guerre mondiale dans les pratiques de médicalisation des stades de la puberté (Piccand, 2015), avec la création dès la fin des années 1940 d'outils graphiques de mesure et d'évaluation de la puberté tels que les stades de Tanner[568]. Pour Laura Piccand (2015 : 69), ces outils sont le produit d'une vision naturaliste du développement ayant conduit à l'émergence d'une « biopolitique de la puberté » qui, selon elle : « Se manifeste notamment à travers certaines formes d'encadrement des corps sexués et reproductifs ».

Les travaux d'Agnès Thiercé (1996, 1999) et de Laura Di Spurio (2019) suggèrent toutefois que la mise en œuvre d'une biopolitique de la puberté s'est effectuée bien avant la moitié du XXe siècle. Dans notre enquête, nous avons pu observer qu'au cours des trois premières décennies du XXe siècle, les pédiatres abordant la question anorexique le font sous l'angle des pathologies sexuelles, face à des individus considérés comme asexués, ou plutôt mal sexués. Pour reprendre les termes d'Elsa Dorlin (2008) concernant les définitions médicales de

[568] Les stades de Tanner désignent un ensemble de planches illustrées indiquant les stades d'apparition des caractères sexuels secondaires masculins et féminins, et qui sont utilisées dans l'évaluation médicale du développement pubertaire. Ils ont été formalisés en 1960 par le pédiatre James M. Tanner.

l'intersexuation, le problème pour les médecins n'est pas que les enfants n'auraient pas de sexe, mais qu'ils seraient mal-sexués. En d'autres termes, que les processus de « sexuation » n'auraient pas fonctionné, c'est-à-dire qu'il n'aurait pas « donné lieu à une identité sexuelle identifiable comme "mâle" ou "femelle" » (Dorlin, 2008 : 33). Toutefois, ce processus de sexuation est moins « physio-anatomique » (*ibidem*.) comme le relève Dorlin à propos de l'intersexuation que « physio-morphologique », puisque les traits anatomiques de la génitalité ne semblent pas directement accusés de provoquer de l'anorexie. Les traits morphologiques et esthétiques des corps et des organes internes le sont davantage.

Les pédiatres se penchent dès les années 1920 sur les processus glandulaires de la spécification sexuelle au moment de la puberté, et expliquent l'absence de l'éclosion de caractères féminins chez certains individus par une insuffisance de production d'hormones par les glandes sexuelles. Hutinel rapporte à cet égard des observations montrant, dit-il : « Des filles de vingt-cinq ans, castrées dans l'enfance, [qui] n'avaient aucun caractère féminin : elles étaient grandes, robustes, musclées, sans mamelles, sans poils au pubis et se rapprochaient du type masculin »[569]. Cette description corrobore une nouvelle fois l'influence du modèle « unisexe », tel que présenté par Thomas Laqueur (1992), dans la lecture pédiatrique du développement, et selon lequel le type féminin serait un type masculin par défaut, mais « altéré » par la présence d'hormones féminines au cours du développement.

Surtout, suivant une vision évolutionniste du développement des organismes où la reproduction est placée au cœur des processus de survie de l'espèce, l'âge adulte – situé par la médecine infantile et pédiatrique entre vingt et vingt-cinq ans[570], c'est-à-dire au moment de l'arrêt complet de la spécification des organes – constituerait à la fois un âge de parfaite synchronisation entre le volume du corps et la stature, mais également un âge de spécification des diverses fonctions organiques marqué par l'avènement des fonctions sexuelles. Dans cette perspective, les pratiques médicales de traitement de l'anorexie vont consister à activer – « au bon moment », c'est-à-dire au bon âge – certaines glandes et certains organes sexuels, de manière à assurer, par le biais d'actions directes sur le corps des malades, une synchronisation des phénomènes physiologiques et biologiques associés à la maturation sexuelle.

[569] Hutinel, V. (1924). *op. cit.,* p. 79.

[570] Sylvie Chaperon (2008 : 16) souligne que la borne des vingt-cinq ans est « fatidique » pour les femmes non mariées, qui sont désignées dans le sens commun comme des « Catherinettes ».

Activer les glandes sexuelles

L'intérêt clinique et expérimental pour les substances hormonales débute avant les années 1920. Déjà à la fin des années 1880, Charles-Edouard Brown-Séquard conduit des recherches sur le rôle des glandes endocrines et sexuelles dans le métabolisme humain (Oudshoorn & Morel, 1998), ce qui mène notamment à l'émergence de l'organothérapie. Cette pratique thérapeutique consiste à faire ingérer ou à injecter aux malades des extraits glandulaires ou organiques d'origine animale. Il peut aussi s'agir de toniques industriels à base d'extraits hormonaux comme la Thyroxine[571], ou le Pancrinol, un produit pharmaceutique composé d'une pluralité de glandes endocrines.

Avec l'ouverture d'un « marché du renforcement »[572] se déploie au début du XXe siècle la commercialisation de produits pharmaceutiques censés renforcer les constitutions féminines fragilisées par le temps qui passe et la répétition des cycles menstruels. Cela est d'autant plus le cas après la Seconde Guerre mondiale, et l'institutionnalisation d'une médecine féminine chargée des maux féminins et du contrôle de la reproduction (Oudshoorn & Morel, 1998). Les produits des réclames diffusées dans les revues médicales des années 1920 promettent la réduction des fatigues rencontrées lors des « périodes critiques » (ménarche, ménopause), ou proposent plus largement de soulager les maux causés par les flux menstruels. Par exemple, le laboratoire Demasles commercialise la « Menstrualine », censée lutter contre la dysménorrhée et les douleurs de règles (*cf.* illustration 29, ci-dessous). Le laboratoire du Dr Barrier propose quant à lui l'« Hémopausine », un complexe de plantes censé favoriser la circulation sanguine et lutter contre les troubles de la puberté (*cf.* illustration 30, ci-dessous). Se lit ainsi dans ces réclames de produits hormonaux une vision sexuée des fluides corporels, et notamment du sang, dont les flux et reflux constituent des empreintes corporelles et temporelles d'ancrage des individus dans un âge et dans un sexe.

[571] La thyroxine désigne l'hormone principalement produite par la thyroïde. Elle a été isolée pour la première fois par le biochimiste américain Edward Calvin Kendall dans les années 1910, lequel a montré que l'insuffisance organique de cette hormone pouvait être à l'origine de pathologies telles que le crétinisme ou les goitres. Voir à ce sujet : Gachelin, G. (2013).

[572] Cf. Chapitre 5. Partie 2.1. « L'ouverture d'un marché du renforcement ».

***Illustration 29**. Encart publicitaire pour la « Menstrualine » (1922)*



Source : Pédiatrie : revue mensuelle de médecine et de chirurgie infantile, de puériculture, d'hygiène sociale et d'éducation physiques. (1922).

***Illustration 30**. Encart publicitaire pour l'« Hémopausine » (1921)*



Source : La gazette médicale du centre. (1921).

Faute de données suffisantes, nous ne pouvons pas ici estimer avec certitude la consommation réelle de ces produits par les femmes, dans la société française. Nous pouvons cependant souligner que ces « technologies pharmaceutiques » s'élaborent au tournant des XIXe et XXe siècles à partir d'un intérêt scientifique pour le métabolisme, qui donne lieu à une quête médicale d'un équilibre alimentaire et nutritionnel. Ces réclames témoignent également d'une application industrielle de la théorie glandulaire, qui, jusque dans les années 1930, suppose une association directe entre l'activation des glandes sexuelles, les sécrétions d'hormones sexuelles et les effets de ces sécrétions sur l'expression des caractères sexués (Gaudillière, 2003). Les états métaboliques hormonaux sont, dans ce cadre, interprétées au prisme des classifications médicales d'âge et de sexe, adossées à des processus vitaux de croissance ou de procréation constituant des « butoirs » naturels (Voléry, 2021). De ce point de vue, l'équilibre métabolique

serait néanmoins toujours précaire, car soumis au cours du temps à des variations et des déséquilibres. Ces derniers seraient notamment induits par l'activation ou la désactivation des glandes sexuelles aux périodes critiques marquant l'apparition ou l'arrêt des capacités procréatives (puberté, ménopause).

En médecine pédiatrique, l'organothérapie, aussi nommée opothérapie, vise donc, dans cette perspective, à réguler le système hormonal en diminuant les déséquilibres incriminés dans les retards de croissance (hypotrophie, nanisme) ou dans les anormalités du développement sexuel, comme le « juvénilisme »[573]. Ces traitements sont utilisés auprès des adolescents et adolescentes présentant des troubles de la puberté. Ils sont par exemple plébiscités par Jules Comby, qui voit dans l'injection d'extraits hypophysaires un moyen de pallier certaines insuffisances de sécrétions hormonales produites par l'hypophyse. Toutefois, l'opothérapie hypophysaire ne montrerait de bons résultats qu'à la seule condition, explique Comby, d'être systématiquement accompagnée d'une surveillance alimentaire accrue et d'une psychothérapie. Il relate ainsi le cas de trois filles anorexiques guéries de cette façon :

> « *L'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse a donné parfois des succès, mais il fut presque toujours associé au régime surveillé et à la psychothérapie (isolement et persuasion). L'élément psychique est au premier plan ; la médication banale : sérum aux déshydratées, vitamine et lécithine injectables* »[574].

L'extrait hypophysaire n'est cependant pas la seule substance jugée active et efficace dans le traitement de l'anorexie, et d'autres extraits hormonaux sont également injectés dans le cadre des maigreurs infantiles et juvéniles. Comby affirme ainsi concernant la thérapeutique de l'anorexie :

> « *L'opothérapie variera suivant la clinique et les tests : hormone antéhypophysaire si l'insuffisance hypophysaire est certaine ou probable ; surrénales chez les asthéniques et hypotendus (adrénaline, extrait surrénal, chlorhydrate de cystéine) ; ovaire à la deuxième phase et pendant longtemps, les troubles menstruels survivant à l'anorexie* »[575].

Aux extraits d'hormones antéhypophysaires s'ajoutent donc les extraits d'hormones surrénales ou ovariennes, dont l'injection vise à agir directement sur les aménorrhées ou dysménorrhées. Dans ses travaux sur l'hypotrophie pondérale et staturale, le clinicien Pierre Nobécourt souligne

---

[573] Le professeur de clinique infantile Pierre Nobécourt décrit le juvénilisme comme un développement insuffisant des glandes sexuelles où, dit-il : « *Les modalités physiques et psychiques de la jeunesse persistent après que l'individu en a dépassé la limite [de l'âge nubile]* ». Nobécourt, P. (1929). *Les enfants trop petits*, Paris : L'expansion scientifique française, p. 14.

[574] Comby, J. (1938). « Maladie de Simmonds et Anorexie mentale », *Archives de médecine des enfants*, Société de pédiatrie de Paris, n°1, p. 641.

[575] *Ibidem.*

l'apport thérapeutique de l'opothérapie par injection d'extraits ovariens dans le traitement de l'anorexie. Plus largement, il préconise chez les enfants les plus maigres et les plus petits des cures d'opothérapie thyroïdienne, hypophysaire, surrénale, testiculaire ou encore ovarienne. Ces cures consistent à injecter aux enfants des hormones issues de ces différentes glandes endocriniennes et sexuelles, en fonction des altérations organiques observées et des insuffisances hormonales supposées. Ces préceptes thérapeutiques sont notamment tirés des précédents travaux du pédiatre Victor Hutinel, auxquels se réfère Nobécourt.

Dans son traité sur les dystrophies à l'adolescence[576], Hutinel propose une vision évolutionniste et téléologique du développement humain, selon laquelle la forme et la fonction de chaque organe se spécifient au cours de la croissance. Il écrit notamment dans l'introduction d'un chapitre portant sur les dystrophies de l'enfance le texte suivant :

> « *La vie est une incessante évolution. Dès que la cellule originelle a été fécondée, elle se segmente et prolifère ; des groupes, des amas de cellules se forment ainsi et bientôt suivant un plan nettement déterminé, les organes s'ébauchent, les appareils commencent à s'édifier et l'on devine déjà les fonctions qu'ils vont remplir. À l'embryon, larve encore informe, succède un fœtus et, dans l'espèce humaine, ce fœtus devient peu à peu un enfant. Le jeune être a déjà atteint un degré de développement assez avancé quand il quitte la cavité utérine ; mais, qu'il est encore loin de la perfection ! Aucun de ses appareils n'est complet ; quelques-uns cependant, comme ceux de la circulation et de l'uropoïèse*[577]*, sont déjà en pleine activité ; d'autres, tels que les organes respiratoires et digestifs, encore très imparfaits, doivent fonctionner tout de suite ; d'autres encore, par exemple les organes de la vie de relation, s'achèveront lentement avant d'être utilisables ; enfin il en est un de la plus haute importance, l'appareil de la reproduction, qui ne s'éveillera vraiment que douze ou quinze ans plus tard. La croissance de l'organisme humain dure plus de vingt ans. […] Chez l'individu arrivé à l'état adulte, l'équilibre s'établit entre les recettes et les dépenses de l'économie, équilibre instable sans doute, mais dont la durée, généralement longue, correspond à la période de l'existence où la force, l'intelligence et la fécondité semblent avoir atteint leur plus haut degré* »[578].

Hutinel décrit ainsi la croissance comme un phénomène de maturation, tourné vers un horizon pubertaire fait d'une synchronisation des diverses fonctions intellectuelles, nutritionnelles et génitales. C'est le moment où l'organisme atteindrait sa « perfection » humaine, en devenant apte à la procréation. En réponse aux dystrophies staturales et pondérales induites par un

[576] Hutinel, V. (1924). *Les dystrophies de l'adolescence. Études cliniques*, Paris : Masson et Cie.

[577] En biologie, l'uropoïèse désigne la création de l'urine par le système urinaire, au niveau des reins.

[578] *Ibid.*, p. 9-10.

fonctionnement hormonal jugé asynchrone[579], l'usage de l'opothérapie dans le traitement de l'anorexie vise alors à accompagner la spécification interne des organes et à favoriser l'étape, considérée comme « naturelle », d'apparition des caractères sexuels secondaires féminins.

En somme, les hormones glandulaires et sexuelles constituent des leviers de régulation de la croissance et de la puberté, qui par leur action d'activation ou d'interruption des processus de maturation des organismes inscrivent les corps dans des retards ou des précocités de développement. Véronique Moulinié (1998) a montré que les interventions médicales du début du XXe siècle relèvent d'actions de renforcement de l'inscription des corps dans un sexe, opérées à chaque âge de la vie et aux périodes considérées comme « critiques » (croissance, ménarche, ménopause). Chez les plus jeunes, les ablations et les supplémentations visent à activer des organes sexués et sexuels qui ne se restreignent pas seulement aux organes génitaux, mais s'étendent aux organes circulatoires et lymphatiques. Le traitement de l'anorexie par opothérapie relève de cette même intervention médicale de production des âges et des sexes. Elle consiste en une action de synchronisation de la maturation physique et sexuelle, dont les temporalités de coordination des phénomènes physiologiques résident dans la rythmicité spécifique du développement féminin, étalonnée à une temporalité objectivée – l'âge chronologique –, et à une temporalité physiologique – la puberté.

Conclusion du chapitre 6

Dans ce chapitre, l'étude des « micro-techniques de croissance » a révélé que dès la fin des années 1880, les médecins se réfèrent à une cartographie anthropométrique du corps de l'enfant et de ses différents segments. Cette cartographie induit notamment une spatialisation corporelle de la croissance, comprenant le développement général du corps, celui de ses différents segments (membres, tronc, dentitions) et celui de la spécification sexuelle. Dans ce cadre, l'anorexie est lue par la pédiatrie et la médecine infantile et scolaire comme un trouble relevant de ruptures temporelles et rythmiques de la maturation de l'organisme. Dès la fin des années 1920, les signes cliniques (amaigrissement, aménorrhée) sont notamment travaillés au prisme des connaissances déployées par l'endocrinologie, d'abord, sur les substances glandulaires, puis sur les hormones sexuelles. La catégorie d'anorexie est alors stabilisée autour de seuils de croissance, correspondant à des seuils de synchronisation des processus de maturation repliés sur des âges chronologiques. Bien que les opérations de standardisation de la croissance

[579] Ces relations nosographiques entre anorexie, hypotrophie et dystrophie ont été mises en avant par les pédiatres Victor Hutinel, Jules Comby et Pierre Nobécourt.

s'appuient sur des indices et des calculs fixes (coefficient de Pignet, indice Skélique), les processus de maturation sont aussi appréhendés de manière dynamique, au regard des relations que ces indices entretiennent entre eux, à chaque âge chronologique. L'enfant anormal apparait alors pluriel, dans la mesure où le franchissement d'un seuil d'anormalité physiologique peut se faire sur un plan (rapport poids/taille par exemple) et non sur un autre (par exemple le coefficient de Pignet). L'anorexie n'est donc pas une catégorie médicale aux frontières fixes, mais se fait au contraire le réceptacle de phénomènes physiologiques instables et à stabiliser. Le parcours effectué dans ce chapitre, depuis les pratiques anthropométriques jusqu'aux pratiques thérapeutiques hormonales, a également montré que les normes de santé féminines et les écarts à ces normes sont constamment façonnés par des conceptions sexuées de la maturation, où les corps et rythmes de croissance masculins sont présentés comme la règle, et ceux féminins comme des variations altérisées, et altérée, à cette règle. L'anorexie forme, en somme, au début du XXe siècle, une catégorie médicale de genre et d'âge, stabilisée au sein d'une médecine des âges fabriquant, par ses métriques et ses classifications, les rythmicités corporelles d'un « autre âge » et d'un « autre sexe ».

Conclusion de la troisième partie

Cette troisième partie a interrogé la façon dont la question anorexique a été travaillée par la médecine des âges, de la fin du XIXe siècle aux années 1930. Elle a montré que les identifications des étiologies énergétiques de l'anorexie constituent un point d'observation privilégié d'une rupture classificatoire ayant lieu au sein de la psychiatrie à la fin des années 1880. En effet, l'exploration scientifique des principes de la thermodynamique ainsi que ses applications dans le champ médical reconfigure le regard porté sur la dégénérescence, avec une modification des relations de subordination entre le temps ontogénétique et le temps phylogénétique de développement, le premier prenant le pas sur le second.

Au sein de cette reconfiguration de la matrice temporelle de la dégénérescence, les observations et les mesures de cas d'anorexie enfantine et juvénile s'insèrent dans des pratiques médicales plus larges d'évaluation de l'état de santé de la population enfantine et adolescente, qui dépassent le cadre strict de la maladie mentale ou physique pour s'étendre à des pratiques sécuritaires visant à renforcer la population nationale. Les schémas et indices de standardisation du développement, sur lesquels s'appuient les cliniciens pour diagnostiquer l'anorexie, naviguent ainsi d'un lieu de savoir à un autre (médecine militaire, médecine scolaire, clinique infantile), mais aussi d'une population statistique à une autre (écoliers et écolières, conscrits, enfants malades).

Avec la multiplication des mesures anthropométriques et le renforcement de l'intérêt clinique et pharmaceutique pour le système endocrinien, les seuils métaboliques de l'anorexie se complexifient dès les années 1920. D'une unité d'identification et de classification pathologique des corps, le métabolisme devient un processus dynamique, composé de multiples seuils physiologiques relatifs aux fonctions nutritionnelles, nerveuses et sexuelles. L'anorexie mentale ne constitue alors plus un état pathologique essentiel et fixé dans les diverses couches corporelles, comme pouvait l'être l'anorexie hystérique dans les années 1870, mais relève plutôt d'un déséquilibre physiologique transitoire, associé à la menace d'une altération des processus hormonaux de spécification des organes sexués et des glandes sexuelles. Les techniques médicales d'intervention sur les corps visent alors à orienter et à influencer les processus vitaux de maturation en agissant sur certaines localités corporelles spécifiques. Ces interventions s'enracinent dans une biopolitique de la puberté qui s'exprime par des « formes de cadrage des corps sexués et reproductifs » (Piccand, 2015 : 69).

Cette troisième partie a ainsi ouvert, par le biais de l'étude des interventions médicales alimentaires ou hormonales, la question du traitement des anormalités corporelles, d'âge et de sexe. Dans sa continuité, la prochaine et dernière partie de cette thèse est dédiée à l'étude de la production des seuils diagnostiques de l'anorexie au prisme de la matérialité des interventions médicales thérapeutiques, ainsi qu'au regard des reconfigurations du champ psychiatrique et des pratiques de santé, en France, au tournant du XXe siècle.

QUATRIÈME PARTIE

Le traitement des anorexies : la matérialité des interventions médicales

---

Cette quatrième partie se concentre sur le traitement des anorexies, chez les enfants et les adolescentes, qu'elles soient dites hystériques, nerveuses ou mentales. À la suite des chapitres précédents, cette partie explicite comment les seuils diagnostiques de l'anorexie ont été forgés à « la croisée des théories médicales et des pratiques thérapeutiques organisant les rapports du normal et du pathologique » (Panese & Barras, 2008 : 23). Elle analyse ainsi les pratiques et les lieux thérapeutiques de l'anorexie en s'appuyant, d'une part, sur une approche foucaldienne selon laquelle les traitements constituent des techniques disciplinaires de pouvoir (Foucault, 1997), et d'autre part, sur la réflexion maussienne concernant l'incorporation de techniques du corps et d'objets (Julien & Warnier, 1999 ; Warnier, 2022) relatives à la santé et à l'alimentation.

Le premier chapitre se concentre sur la construction du « sujet » anorexique émanant d'interventions médicales thérapeutiques organisées autour d'un contrôle disciplinaire des corps. Ces interventions visent à agir depuis l'extérieur des corps sur les processus métaboliques internes, en faisant incorporer au sujet des sensations et des techniques relatives à l'acte alimentaire. Le second chapitre se concentre sur les espaces de soin et les pratiques médicales et sociales relatives à la prise en charge des anorexiques dans les maisons de santé et dans les services de cure libre. Il analyse en particulier les enjeux de distinction de classe sociale contenus dans l'organisation spatiale et institutionnelle d'un marché du renforcement, promettant au début du XXe siècle un large accès à la « vie saine », mais qui reste aussi à cette époque principalement accessible à une « classe de loisir » (Veblen, 1970 [1899]) et à la petite bourgeoisie.

Le fil rouge de cette partie consiste ainsi à mettre en avant les dynamiques sociales et médicales expliquant que la catégorie diagnostique d'anorexie n'apparaisse pas dans les registres asilaires[580], mais aussi d'interroger en parallèle la présentation de l'anorexie, dans la littérature médicale de l'époque, comme une catégorie « réservée » aux personnes issues des classes

[580] Ce constat empirique a été présenté plus en détail au début de la thèse. Cf. Chapitre 1, partie 1.2 « Le spectre de l'anorexie mentale dans les archives médicales publiques ».

sociales moyennes et supérieures. En d'autres termes, où sont, au tournant des XIXe et XXe siècles, les anorexiques, aussi bien dans la structure sociale qu'au sein du champ psychiatrique français ? Et quels effets cette situation spatiale, médicale et sociale a-t-elle sur les formes de subjectivation de la catégorie diagnostique par les malades ?

Chapitre 7 – L'avènement du « sujet » anorexique : psychothérapie, isolement et réalimentation

Ce chapitre se concentre sur les principales thérapeutiques appliquées dans le traitement des anorexies, que j'examine comme des interventions médicales où les actions des corps sur les matières et les objets font les sujets (Julien & Rosselin, 2009 ; Warnier, 2009). Si nous avons jusqu'ici principalement parlé d'individus en tant que représentants de l'espèce humaine ou d'un type pathologique, ce chapitre introduit une nouvelle dimension formulée dans les savoirs médicaux, psychiatriques et psychologiques : celle du sujet.

N'ayant pas pu accéder à des données archivistiques permettant de saisir la parole ou le vécu subjectif des patientes anorexiques sur la période étudiée, les processus de subjectivation sont ici analysés à travers les relations corporelles qu'entretiennent les sujets avec leur environnement matériel et avec le corps des médecins, en particulier dans le cadre thérapeutique. En m'appuyant sur les apports de Marcel Mauss (Mauss & Warnier, 2022) concernant les « techniques du corps », ainsi que sur les actualisations théoriques de cette notion, notamment autour de la culture matérielle (Julien & Rosselin, 2009) et du corps savant (Bert, 2023), je centre ici mon analyse sur les pratiques thérapeutiques d'apprentissage et d'incorporation par les sujets malades de sensorialités et de techniques corporelles alimentaires. J'y interroge notamment la façon dont ces pratiques thérapeutiques s'organisent autour d'une conception physiologique et biochimique du « métabolisme » (Landecker, 2017), saisi en tant qu'espace de transformation de l'extériorité en intériorité, mais aussi en tant qu'espace de friction entre un organisme individuel et son environnement extérieur.

Dans un premier temps, j'examine les principales thérapeutiques mises en œuvre dans le traitement de l'anorexie dès les années 1870. Dans la continuité des principes aliénistes du « traitement moral », ces thérapeutiques visent à modifier les conduites alimentaires des patientes. Je montre que les interventions médicales thérapeutiques tendent, dès la toute fin du XIXe siècle, à agir sur l'intériorité des malades par le biais de techniques disciplinaires de pouvoir. Le pouvoir est ici compris en termes foucaldiens, comme quelque chose qui s'exerce et qui circule, et dont l'existence émerge de la liberté des sujets à se soumettre, ou au contraire, à résister à une autorité. Ainsi, dans un second temps, j'examine la façon dont ces jeux de pouvoir induisent des tensions entre l'autorité des médecins sur les sujets malades et celle des

sujets sur eux-mêmes, à travers notamment les rythmes et les objets composant la réalimentation forcée et l'usage thérapeutique de la sonde gastrique.

1. Les métamorphoses du traitement moral

Dès la fin du XIXe siècle, les pratiques thérapeutiques expérimentées et employées dans le traitement des anorexies reprennent les principes du « traitement moral ». Elles sont axées sur le redressement des conduites des malades par la soumission de ces derniers à de fortes contraintes exercées directement sur les corps, par une autorité médicale. Nous allons toutefois démontrer ici que le traitement des anorexies vise également à influencer le métabolisme des individus, par le biais d'interventions médicales et thérapeutiques placées à la surface des corps ou situées à distance.

1.1. Des sujets sous influence

Selon Marc Renneville (2004), le traitement moral se rattache tout au long du XIXe siècle à la fois à un lieu institutionnel, l'asile, à une classification particulière de la folie, l'aliénation mentale, et à une entité professionnelle spécifique, les médecins-chefs asilaires. Associée à la figure de l'aliéniste Philippe Pinel, médecin à Bicêtre puis à la Salpêtrière et précurseur de la médecine mentale à partir de la dernière décennie du XVIIIe siècle (Fauvel, 2012), le « traitement moral » est une pratique thérapeutique annonciatrice de la psychiatrie moderne. La théorisation de cette pratique marque en effet un tournant dans la conception de la folie puisqu'elle rompt avec l'idée de « fous » incontrôlables. Les thérapeutiques proposées par Pinel reposent sur la croyance en une possible amélioration des états des malades mentaux. Ce faisant, à partir du milieu du XIXe siècle, le « fou » n'est plus considéré par les aliénistes comme un « idiot », mais bien comme « un étranger à lui-même dont la volonté raisonnable peut affleurer à nouveau » (Guillemain, 2006a : 27). En se fondant sur une division de l'âme et du corps, les aliénistes mobilisent le corps des malades tel un vecteur par lequel la conscience peut être atteinte et rectifiée. L'historien Hervé Guillemain (2006a) souligne que si certains aliénistes préfèrent une méthode centrée sur l'apaisement des agitations, par le recours à des purgatifs, sédatifs et saignées, d'autres aliénistes se tournent préférentiellement vers l'usage de toniques, de stimulants ou d'irritants. Outre la prescription de quelques médications, il est aussi question pour les médecins de jouer de leur autorité de manière à amener les malades à abandonner leurs conduites[581] déviantes.

[581] La notion de conduite fait ici référence à l'analyse foucaldienne du pouvoir. Elle désigne les actions issues d'interactions subjectives et celles de gouvernement des sujets par et sur eux-mêmes, ou par d'autres sujets.

Un siècle après Pinel, le traitement moral se métamorphose, à un moment où les militants républicains s'engagent dans une défense de la population vulnérable des aliénés (Henckes, 2017). En 1884, le législateur Théophile Roussel réaffirme la dimension protectrice de la loi de 1838, dont l'application ne doit non plus viser le modèle pénitencier de l'incarcération, mais celui de l'isolement suivant le modèle judiciaire de la séquestration. Dans un rapport présenté au Sénat sur le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838, il écrit :

> « *La loi sur les aliénés s'occupe non des maladies mentales, mais de leurs conséquences, résultant de la perte du libre arbitre ; elle règle les mesures à prendre à l'égard de personnes qui, n'ayant plus la possession de leurs pensées et de leurs actes, peuvent être dangereuses pour autrui ou pour elles-mêmes ; enfin, elle vient en aide aux personnes qui, dans des conditions analogues, tombent à la charge de l'assistance publique. C'est seulement pour ces conditions et après que l'aliénation mentale a été dûment reconnue que la loi autorise, non plus l'incarcération, mais une séquestration protectrice à la fois de l'aliéné et de la société* »[582].

La vive dénonciation des dits détournements des préceptes aliénistes sont cependant à nuancer, eu égard aux positions de certains médecins influents. L'aliéniste et sénateur François Leuret voit par exemple dans la contention et les agissements autoritaires l'unique manière de raisonner les malades. Il préconise ainsi l'intimidation physique et mentale des aliénés. Cette posture en faveur de pratiques punitives et à des fins thérapeutiques se retrouve bien plus tard dans les pratiques d'isolement mises en place par les aliénistes et psychiatres faisant face à des cas d'anorexie. Toutefois, le traitement moral subit de nombreuses métamorphoses au XIXe et au début du XXe siècle en raison notamment d'une remise en cause politique de l'aliénisme qui peine à convaincre l'opinion publique. Il reste que cette relation thérapeutique entre des médecins et des malades « à raisonner », instaurée par le traitement moral, modifie durablement la manière de concevoir le soin et pose les premières pierres de la reconnaissance médicale d'un sujet psychologique influencé par le milieu et la relation thérapeutique. Comme nous allons le voir ici avec le traitement des anorexies, cette relation thérapeutique s'organise autour d'un médecin détenteur du pouvoir d'agir – par le biais d'agents physiques, de sa parole suggestive ou d'actions directes sur les corps – sur les idées et les conduites des sujets soignés. Nous allons ainsi explorer la façon dont les traitements de l'anorexie constituent des techniques disciplinaires de surveillance (Foucault, 2013) visant à soumettre les patientes au regard et au pouvoir médicaux.

[582] Roussel, T. (1884). « Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le Projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les Aliénés », t.1, n°157, Paris : P. Mouillot, p. 31.

Hypnotisme, suggestion et psychothérapie

Parmi les thérapeutiques cherchant à orienter les conduites alimentaires des malades figure à la fin du XIXe siècle l'hypnose, une pratique consistant à plonger les sujets dans un état modifié de conscience. Les années 1880-1890 marquent en France ce que Nicole Edelman qualifie d'« apogée des expériences hypnotiques » (Edelman, 2003). Ces dernières sont d'abord menées auprès des hystériques du service de neurologie de la Salpêtrière dirigé par Jean-Martin Charcot. Influencé par le médecin Victor Burq, connu pour ses travaux en métallothérapie, Charcot considère l'hypnose comme un état de conscience pathologique propre à l'état hystérique. Au sein de l'École de Paris dont Charcot est le principal initiateur en 1882, les psychiatres démontrent que l'entrée en état hypnotique se fait sous l'action d'agents physiques extérieurs (bruit, lumière) permettant de rétablir chez les malades une vitalité perdue. Sous ces états hypnotiques, les hystériques seraient plus « suggestibles », c'est-à-dire plus enclines à entendre la parole et à répondre aux gestes des médecins, et ainsi à modifier en réaction leur conduite. La suggestion désigne donc dans ce cadre la possibilité de suggérer aux sujets malades des postures, des émotions ou des sensations par le biais de l'activation des sens (ouïe, toucher), ou par l'effet de la parole du médecin. Cette pratique s'enracine notamment chez Charcot dans les premières idées qu'il se fait de l'« inconscient cérébral » comme d'un territoire neuronal façonné par les affects et les interactions avec autrui et les médecins[583]. Cet inconscient cérébral sera également investi par le médecin et philosophe Pierre Janet dans ses travaux sur les actes inconscients, compris comme des actes ignorés des personnes qui les exécutent. Nommé par Charcot à la tête du Laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière, Janet concentre ses recherches sur les phases de somnambulisme et les troubles de la personnalité qu'il traite par hypnose. C'est notamment par le biais de cette pratique thérapeutique qu'il tente de guérir une patiente qui lui a été adressée par son frère Jules Janet.

En 1889, le philosophe et psychologue Jules Janet présente en effet à la *Société clinique de Paris* un cas d'« hystérie grave »[584] qu'il nomme Marceline. Il rapporte que « la malade fut prise d'une anorexie qui devint de plus en plus intense et qui bientôt se transforma en une dysphagie absolue » [585]. À la suite de nombreux échecs thérapeutiques, Jules Janet finit par confier la malade à son frère, Pierre Janet. Ce dernier en aura ainsi la « direction » – sous-

[583] Cet inconscient cérébral et les oublis qu'il génère préparent d'ailleurs le terrain au concept psychanalytique de refoulement et à son éclosion dans les travaux de Sigmund Freud, qui est de passage à la fin des années 1880 dans le service de neurologie de la Salpêtrière. Voir par exemple : Lellouch, 2004.

[584] Janet, J. (1889). « Un cas d'hystérie grave - Communication à la Société clinique de Paris », *La France médicale*, n°42/6, p. 472-475.

[585] *Ibid*., p. 473.

entendu la charge thérapeutique –, et ceci, pendant treize ans, jusqu'au décès de la patiente à l'âge de trente-cinq ans. Dans cette étude de cas, Janet met en place à la suite de ses expérimentations auprès des hystériques un système régulier, dit-il, d'hypnotisme. Il affirme ainsi avoir guéri Marceline grâce à des séances mensuelles visant à la « rendormir »[586]. Il s'agissait notamment de diminuer les traits de personnalité de la malade jugés pathologiques. Par exemple, Janet explique qu'en mai 1888, Marceline « traversa de nouveau une mauvaise période, dans laquelle elle se réveillait fréquemment et reprenait alors sa dysphagie et tous ses troubles » [587]. Contrairement aux hypnoses de Charcot qui plongent les hystériques en état de léthargie ou de catalepsie (Edelman, 2003 : 180), le sommeil dans lequel est plongée Marceline par Janet permet plutôt à la malade de mener une vie active, en réduisant chez elle la fatigue et la perte de poids. Ceci traduit un certain éloignement de la part de Janet de l'École de la Salpêtrière. En effet, pour le médecin philosophe, le somnambulisme ne relève pas comme l'exprime Charcot d'un état pathologique, mais renvoie plutôt à une modification des mécanismes psychologiques manipulables chez tout humain. Cette posture tend à étendre le pouvoir de l'hypnose au-delà de l'hystérie et à redéfinir la suggestion comme un processus psychologique partagé par tous les humains. En 1891, Hippolyte Bernheim, membre influent de l'École de Nancy[588] et adepte de l'hypnose, définit la suggestion comme « un acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui »[589]. Dès lors, les idées et les conduites des sujets seraient influencées par les actes des proches, mais aussi par ceux des médecins. Bernheim suggère même que les quatre phases de l'hystérie identifiées par Charcot ne seraient que le résultat de la suggestion exercée par le médecin sur les patientes étudiées dans le service.

Chez Bernheim comme chez Janet, la suggestion ne relève donc pas d'un seul état hypnotique ou hystérique, mais rend compte plus largement d'une force psychique qui serait commune à tous les sujets, bien que plus malléable chez certaines personnes jugées émotives. Schématiquement, l'extension de la pratique hypnotique et suggestive au-delà des frontières de l'hystérie facilite, à la toute fin du XIXe siècle, l'élaboration et la diffusion de la psychothérapie en tant que traitement des maladies mentales et nerveuses. Ainsi, dès les années 1890, le traitement des anorexies par psychothérapie consiste à agir, par la « suggestion à l'état de

[586] Janet, P. (1910). *op. cit*., p. 336.

[587] *Ibidem.*

[588] L'École de Nancy est la seconde entité universitaire et hospitalière à s'être largement saisie de la question de l'hypnotisme à la fin du XIXe siècle. Pour en savoir plus sur ces écoles et leur rivalité voir par exemple : Carroy, 2018.

[589] Bernheim, H. (2002 [1891]). « Hypnotisme et suggestion : doctrine de la Salpêtrière et doctrine de Nancy », *Bulletin de psychologie*, t.55, n°460, p. 417.

veille »[590], sur la conscience des malades et leurs conduites alimentaires. Si la notion de suggestion prend au tournant des XIXe et XXe siècles plusieurs sens suivant les écoles de pensée et les psychiatres, Nicole Edelman (2003 : 193) note que « de ces imbroglios émerge cependant un profil de plus en plus clairement dessiné d'une hystérique suggestionnée et simulatrice, d'une femme malléable, et plus largement d'êtres humains influençables, *suggestionnables*[591] ».

Des femmes et des enfants « suggestionnables »

À la suite de la mort de Charcot, la pratique thérapeutique de l'hypnose tend à décliner en neurologie. Après les années 1910, elle est peu à peu délaissée par les successeurs de l'École de la Salpêtrière, ainsi que par Hippolyte Bernheim qui abandonne cette pratique en faveur de la psychothérapie, qu'il théorise comme une relation d'autorité entretenue entre le médecin suggestionneur et le sujet suggestionné. Selon Jacqueline Carroy, la pratique de la psychothérapie naît chez Bernheim de l'idée, qu'il défend dès les années 1880, « que point n'est besoin d'endormir pour soigner, et que les processus de guérison des malades nerveuses, mais aussi, pour une part, des malades organiques, ont à voir avec le psychisme du patient et l'influence elle aussi psychologique exercée par le thérapeute » (Carroy, 1991 : 179).

Dans leurs recherches expérimentales sur l'hystérie, Maurice Debove et Augustin Flamand suggèrent la possibilité de provoquer chez des hystérique un jeûne prolongé de plusieurs semaines, par la suggestion médicale, mais aussi de favoriser la reprise d'aliments « par la suggestion inverse »[592]. Ils affirment ainsi : « La suggestion joue un grand rôle, non seulement dans la production des accidents hystériques, mais aussi dans leur guérison, et ce procédé thérapeutique est constamment employé par le médecin, même à son insu »[593]. La suggestion met ainsi au centre de l'acte thérapeutique le « corps savant » (Bert, 2023) du médecin. La psychothérapie suppose un usage spécifique du corps par le médecin thérapeute conscient de l'effet de sa parole ou de ses gestes sur les malades, et devant incorporer certaines pratiques thérapeutiques[594] afin de faire de son propre corps un outil de soin. Dans ce cadre, certains

[590] s.a. (1920). « Méthodes et indications de la psychothérapie, par le Dr Durand », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens,* t.91, p. 263.

[591] Le terme apparait en italique dans le texte original.

[592] Société médicale des hôpitaux de Paris. (1885). « Séance du 14 aout 1885. Recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie), par M. le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral, et M. A. Flamand, licencié ès sciences physiques », *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, p. 299.

[593] *Ibidem.*

[594] Cette étude se concentre sur l'interface entre le corps des médecins et celui des malades. Elle n'aborde donc pas spécifiquement l'incorporation de techniques du corps par les médecins praticiens. Il serait néanmoins intéressant d'analyser davantage l'incorporation et les processus d'apprentissage d'un « habitus médical » (Guillemain, 2009) de la psychothérapie,

psychiatres évoquent la nécessité pour les médecins de prendre conscience de la responsabilité qu'ils endossent dans les troubles alimentaires, notamment lorsqu'ils prescrivent certains régimes ou cures médicamenteuses. En effet, plusieurs médecins imputent l'apparition de comportements hystériformes ou anorexiques aux effets suggestifs de certaines thérapeutiques ou de certaines paroles prononcées par les praticiens à l'égard de l'alimentation de leurs patients[595]. Jules Dejerine attribue par exemple l'apparition de certaines gastropathies « à l'influence de prescriptions médicales », ainsi qu'à la soumission des sujets à des « régimes de restriction alimentaire qu'ils n'ont que trop bien suivis »[596]. De la même manière, le psychiatre Edgar Bérillon accuse les prescriptions médicales alimentaires – lesquelles remplaceraient selon lui à grands pas les règles alimentaires religieuses – de provoquer de l'anorexie chez les adolescents influencés par les discours médicaux en la matière. Il rapporte à ce propos dans la *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique* :

> « *Si le rôle joué par la religion dans la fixation des préférences alimentaires n'a cessé de s'atténuer, par contre celui du médecin continue à augmenter tous les jours. Les prescriptions journalières dans lesquelles le praticien conseille ou défend l'usage de certains aliments, arrivent souvent à créer au point de vue du régime alimentaire, des idées absolument systématiques. […] J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas dans lesquels l'anorexie des adolescents avait eu pour point de départ certain une opinion exprimée trop formellement par le médecin* »[597].

La question anorexique est alors traitée ici sous l'angle des pathologies iatrogènes qui seraient induites par la multiplication de règles médicales et de normes d'hygiène et alimentaires. De ce point de vue, l'apparition de l'anorexie chez les femmes, les enfants et les adolescentes, est interprétée au prisme du caractère influençable et de la forte émotivité de ces individus. Déjà dans les années 1880, Georges Gilles de La Tourette remarque que l'hystérie ne se manifeste quasi jamais chez les hommes « avant l'âge mûr »[598], alors même qu'elle se déclare, dit-il, souvent chez de « jeunes filles ». Cette distinction d'âge et de genre s'explique selon lui par le caractère particulièrement suggestible des filles, qui à l'âge adulte, mais surtout aux abords de l'adolescence, se montreraient particulièrement « peureuses », « timides » ou « affectueuses »,

---

en étudiant par exemple le contenu des formations universitaires et professionnelles délivrées aux futurs médecins au tournant du XXe siècle.

[595] Il s'agit par exemple d'injonctions à manger moins ou de prescriptions médicamenteuses et alimentaires visant à réduire les inconforts digestifs.

[596] Dejerine, J. (1900). *Sémiologie des affections du système nerveux*, Masson et Cie. Édition, p. 1040.

[597] Bérillon, E. (1909). « L'anorexie des adolescents - Particularités mentales et traitement psychologique », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, juillet, 24e année, n°1, p. 46.

[598] Gilles de La Tourette, G. (1891). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* Paris : E. Plon, Nourrit et Cie, p. 545.

et donc facilement sujettes à « l'éclosion de toutes formes de suggestions extrinsèques[599] et intrinsèques »[600] impliquant des états mentaux hystériques. La figure de la femme influençable représente d'ailleurs un argument clé dans la médicalisation de certains comportements féminins, dont le jeûne prolongé. Sur ce point et dans un contexte de laïcisation des institutions, les femmes, jugées dévotes car soumises à la parole du prêtre, sont comme arrachées, par le biais de la suggestion médicale, à toute influence religieuse (Goldstein, 1997). En réaction, la publication en 1894 d'une étude sur l'hystérie menée par l'Abbé Touroude[601] illustre une tentative d'appropriation de ce discours médical par certains clercs. Dans cette étude, il entend défier la nouvelle psychiatrie et les « faux docteurs qui prétendent expliquer tous les miracles, même ceux de l'Évangile, par l'hystérie, l'hypnotisme et la suggestion »[602].

Dans le cadre des anorexies, ce sont souvent, outre les médecins et les clercs, les proches qui sont incriminés du fait de leur influence sur les jeunes filles. Édouard Brissaud et Achille Souques[603] expliquent la survenue chez une patiente d'une anorexie à la suite de moqueries reçues de la part de ses amies sur son physique quelque temps auparavant. Ils rapportent à ce sujet :

> « *Julie, vers l'âge de treize ou quatorze ans est l'objet de railleries et de quelques quolibets touchant son léger embonpoint. Dans l'état d'épuisement nerveux où elle se trouvait et qu'entretenaient son hyperalgésie et quelques attaques, le désir de maigrir devait naitre dans son esprit, afin d'éviter les allusions de ses camarades* » [604].

Ce cas d'anorexie survenant à la suite de commentaires reçus de la part d'amis ou de membres de la famille n'est pas isolé. De nombreux autres cliniciens rapportent l'histoire de filles qui se lancent, à la suite de remarques négatives portées sur leur apparence physique par des proches, dans une entreprise d'amaigrissement sans fin. Le Dr Girou évoque par exemple à propos d'une anorexique dont il a la charge :

---

[599] La suggestion est dite intrinsèque lorsqu'elle est réalisée par le sujet sur lui-même, et extrinsèque, lorsqu'elle découle de l'exercice d'une autorité (parent, médecin) ou bien des éléments de l'environnement extérieur (bruit, température).

[600] Gilles de La Tourette, G. (1891). *op. cit.*, p. 545.

[601] Touroude, A. (1894). *L'Hystérie, sa nature, sa fréquence, ses causes, ses symptômes et ses effets*, La Chapelle-Montligeon : impr. de l'Oeuvre expiatoire.

[602] *Ibid.*, p. 15.

[603] Brissaud, É., Souques, A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 327-337.

[604] *Ibid*., p. 336.

« *En février 1902, elle assiste à un mariage ; ses amies lui font remarquer qu'elle est la plus forte d'elles toutes, et la menacent en riant de devenir aussi grosse que la mariée qui était une de leurs amies et extraordinairement musclée pour son âge* » [605].

Ainsi, toute remarque ou parole prononcée par des proches à l'égard des adolescentes serait potentiellement source d'un processus d'auto-suggestion, parfois morbide. Toutefois, la supposée suggestibilité accrue des femmes et des adolescentes (Di Spurio, 2019) est aussi ce qui en fait d'après les médecins, des personnes particulièrement sensibles à la suggestion thérapeutique. La psychothérapie représenterait ainsi la voie privilégiée de guérison de leurs maux. Au début du XXe siècle, Mohamed Samy Kamal préconise dans sa thèse de médecine dédiée à l'anorexie mentale[606] le recours à la psychothérapie qu'il juge bien plus efficace que l'opothérapie. Il nuance, bien que sans la contredire tout à fait, l'hypothèse pathogénique de l'anorexie avancée auparavant par son encadrant de thèse, le Dr Edmond Weill, selon laquelle l'anorexie serait causée par une « insuffisance ovarienne »[607] qui ferait perdre le caractère coquet des femmes et disparaître les menstrues[608]. Samy Kamal justifie alors l'efficacité de la psychothérapie par le fait que la pathogénie ne se situe pas entièrement dans le fonctionnement ovarien, mais bien dans « l'état mental » des anorexiques. À la fin des années 1920, un article proposant une synthèse des connaissances produites autour du traitement de « l'anorexie nerveuse » présente d'ailleurs la psychothérapie comme « le seul ou le principal traitement de ces états (Janet, Sollier, Mathieu et Roux, Poix) »[609].

La psychothérapie repose principalement, d'une part, sur la parole suggestive des médecins, mais aussi, d'autre part, sur la formulation par les malades des causes de leurs troubles. De cette manière, lors des séances d'entretien psychothérapeutique, les médecins tentent de faire avouer aux malades les évènements jugés déclencheurs de la maladie. Victor Hutinel rapporte ainsi :

« *Devant le résultat absolument négatif de mes investigations, je me décidai à confesser la petite anorexique hors de la vue de ses parents et lui demandai le motif de son chagrin. Elle m'avoua aimer un Saint-Cyrien qui, de son côté, lui avait fait les serments les plus tendres* »[610].

---

[605] Cité par Noguès, G. (1913). « Observation VI. Anorexie, suite d'arrêt volontaire de l'alimentation, par M. le Dr Girou (d'Aurillac) – 1905 », *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse : Ch. Dirion, p. 105.

[606] Samy Kamal, M. (1911). *L'anorexie mentale*, Thèse, Lyon.

[607] L'idée d'une relation entre une insuffisance ovarienne et l'expression de troubles nerveux se retrouve dans des ouvrages de gynécologie comme dans celui du médecin Félix Jayle, qui est auteur, par ailleurs, d'un glossaire médical rédigé avec Louis Landouzy. Voir : Jayle, F. (1918). *La gynécologie. L'anatomie morphologique de la femme*, t.1, Paris : Masson et Cie.

[608] Samy Kamal, M. (1911). *op. cit.*, p. 23.

[609] Van Der Elst, R. (1927). « L'anorexie "nerveuse" (n°378) », *La Presse Pédicale*, n°3, Masson et Cie, p. 40.

[610] Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants / organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, 3e année, n°5, p. 69.

Les sentiments amoureux et les désirs sexuels figurent parmi les principales causes exprimées par les malades. Marie-Joseph-André Donnadieu rapporte par exemple le cas d'une femme anorexique de vingt-huit ans, souffrant de son attirance sexuelle pour son beau-frère. Il présente également le cas d'un garçon anorexique de dix-sept ans, dont le début des tourments remonterait à l'apparition d'un désir sexuel jugé moralement répréhensible. Le médecin déclare que le garçon aurait affirmé « être mal à cause de la personne qui occupe ses pensées érotiques »[611]. Dans les cas d'anorexies féminines, mais aussi masculines, c'est aussi parfois la ferveur religieuse qui est mise en cause, comme chez Bernard, un garçon de quatorze ans, amené par son père à Pierre Nobécourt, lequel rapporte à son propos :

> « *Je cherche la cause. Je n'obtiens aucune réponse de l'enfant, mais j'apprends que, depuis quelque temps, il fréquente beaucoup les églises et témoigne d'une grande piété ; peut-être a-t-il eu l'idée de s'imposer une pénitence. […] Je raisonne Bernard et lui fais promettre de manger* »[612].

Cet usage thérapeutique de la parole s'apparente ici à l'acte religieux de « confession », duquel il tire un même principe salvateur et dont le terme est lui-même utilisé par certains médecins[613]. Comme énoncé plus haut, en raison de leurs physiologies jugées fragiles, les enfants et les femmes sont considérés comme davantage réceptifs à cette « logothérapie persuasive » (Guillemain, 2006a : 249), par le biais de laquelle il est possible d'agir à distance, par la parole, sur leur état mental. Par la confession, les médecins identifient donc les « facteurs moraux » de l'anorexie (chagrins, mort d'un proche, idées religieuses). Toutefois, affirme Nobécourt : « On ne sait jamais à quoi rêvent les jeunes filles[614]. Il n'est, d'ailleurs, pas toujours facile de découvrir la cause occasionnelle de l'anorexie, car l'enfant se refuse aux confidences »[615]. Dans l'objectif d'obtenir plus facilement des « aveux » –terme qui souligne ici encore la relation de filiation unissant la psychothérapie à la direction de conscience religieuse (Guillemain & *al*., 2019) –, les praticiens négocient l'éloignement des malades des membres de la famille qui sont

---

[611] Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *L'anorexie mentale : ses caractères psychologiques*, Thèse, Bordeaux, p. 61.

[612] Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°824, p. 14.

[613] Outre par Victor Hutinel, le terme est aussi employé par Jules Tinel qui rapporte, par exemple, à propos de l'anorexie : « *Elle apparaitra comme une maladie bizarre et inexplicable ; jusqu'au jour où un médecin averti obtiendra la confession complète de l'anorexique* ». Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*. Prix Civrieux, Académie de médecine, p. 22

[614] Cette conception de la psyché des femmes comme un espace opaque aux médecins – majoritairement des hommes – résonne avec les discours psychologiques et psychanalytiques du début du XXe siècle affirmant l'impossibilité de comprendre le désir féminin. La célèbre citation attribuée dans les années 1930 à Sigmund Freud en est un exemple parlant : "*The great question that has never been answered, and which I have not yet been able to answer, despite my thirty years of research into the feminine soul, is: What does a woman want?*".

[615] Nobécourt, P. (1935). *op. cit.*, p. 15.

considérés comme une source de suggestion susceptible de brouiller l'autorité exercée par le médecin sur le sujet.

1.2. L'éloignement familial comme socle thérapeutique

En agissant comme une « contrainte morale »[616], l'isolement des filles et adolescentes anorexiques représente donc le socle des thérapeutiques mises en œuvre par les psychiatres, dès les années 1870. L'éloignement des malades de leur milieu familial ou amical vise notamment à « couper » les patientes de toute influence suggestive et à les placer sous un regard exclusivement médical, ainsi que sous la dépendance d'un personnel soignant étranger à toute emprise émotionnelle ou tout lien affectif jugés délétères. Contrairement à l'internement asilaire, l'isolement ne vise pas à enfermer les malades en dehors de la société, mais davantage – comme nous allons le voir maintenant – à briser momentanément tout rapport de force entre l'autorité parentale, l'autorité du sujet et l'autorité médicale, et ceci, de manière à faciliter la pleine reprise d'autorité de la part des médecins sur les sujets malades.

De l'autorité parentale à l'autorité médicale

Dans son travail portant sur l'hystérie gastrique, Ernest-Charles Lasègue affirme que « du moment qu'il intervient un élément moral […] le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait regrettable d'omettre ou de méconnaitre »[617]. L'isolement des anorexiques viserait donc à enrayer l'installation des conduites alimentaires pathologiques ayant lieu durant la deuxième phase de la maladie[618]. Jules Tinel rappelle à cet effet que lors de cette deuxième phase :

> « *Il se forme [ainsi] autour de la malade une sorte d'atmosphère qui l'enveloppe et à laquelle elle n'échappe à aucune heure de la journée. Les amis se joignent aux parents, chacun contribue à l'œuvre commune, selon la pente de son caractère et le degré de son affection* »[619].

L'éloignement des enfants de leur famille ne serait donc pas seulement un moyen de faire reculer la maladie en coupant l'enfant des influences familiales, il constituerait aussi une manière de provoquer chez les patientes une prise de conscience du caractère pathologique de leurs conduites alimentaires. Les médecins considèrent cette prise de conscience comme

[616] Tinel, J. (1909). *op. cit*., p. 49.

[617] Lasègue, E.-C. (1873). *op. cit*., p. 60.

[618] Cette deuxième phase est décrite comme une phase d'intensification chez les malades des comportements anorexiques, et qui serait marquée par la disparition de la sensation de faim. Cf. Chapitre 2, partie 2.2 « Comment on devient anorexique » : *les trois phases de l'anorexie*.

[619] Tinel, J. (1909). *op. cit*., p. 49.

indispensable à la bonne marche de la thérapeutique, dans la mesure où elle renforce l'adhésion des sujets aux prescriptions médicales. Georges Gilles de La Tourette illustre ce procédé par les paroles qu'une fille anorexique aurait déclarées à Jean-Martin Charcot, lors de son hospitalisation à la Salpêtrière :

> « *Tant que papa et maman ne m'ont pas quitté, en d'autres termes, tant que vous n'avez pas triomphé, car je savais que vous vouliez me faire enfermer, j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse, et, comme j'avais horreur de manger, je ne mangeais pas. Quand j'ai vu que vous étiez le maître, j'ai eu peur, et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger et cela est venu peu à peu* »[620].

Ce récit suggère qu'en donnant aux malades une assise psychique et émotionnelle à leur comportement, la présence des parents et notamment des mères auprès des enfants anorexiques serait perçue par le corps médical comme une entrave au bon déroulement des traitements. De cette manière, dès les premiers tableaux cliniques de l'anorexie hystérique dans les années 1870[621], l'isolement des anorexiques est vivement plébiscité par les médecins psychiatres.

Dès le début de la psychothérapie, les parents sont ainsi sommés de s'éloigner de leurs enfants, ce qui est parfois source de tension. Le pédiatre Victor Hutinel considère à ce titre qu'il n'y a « rien de plus difficile que le traitement de ces anorexies mentales ou nerveuses, car vous aurez contre vous et l'enfant et sa famille »[622]. La réussite de la psychothérapie reposerait alors, en premier lieu, sur la capacité des médecins à négocier avec la famille une séparation momentanée de leur enfant. Toutefois, les praticiens ne se réfèrent à aucun cadre légal permettant de justifier cette séparation. Contrairement à l'internement par ordre préfectoral convenu par la loi de 1838, l'isolement des anorexiques semble échapper à toute autorité extérieure à la famille, qui reste bien souvent l'ultime décisionnaire en la matière[623].

---

[620] Gilles de La Tourette, G. (1891). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris : E. Plon Nourrit et Cie., p. 531.

[621] Ceci est vrai au moins jusqu'au début des années 2000, période durant laquelle l'isolement est considéré comme un moyen thérapeutique de « provoquer un arrêt de l'interaction pathologique » avec la famille (voir : Le Cozannet, B. (2002). « L'isolement de l'anorexique : une limite à la toute-puissance », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence,* nº 48(2), p. 79). La pratique de la séparation familiale est néanmoins largement discutée dans le champ médical (voir par exemple : Le Heuzey, M.-F. (2002). « Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol.60/4, p. 327-331). Aujourd'hui, la pratique d'isolement des anorexiques est fortement remise en cause par d'anciennes patientes ainsi que par des associations de familles de malades (voir par exemple : Anaïs, N. « TCA : mon isolement n'était pas thérapeutique » [en ligne] url : https://zep.media/textes/tca-isolement-pas-therapeutique/ (page consultée le 15/03/2025)).

[622] Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants*, p. 72.

[623] En règle générale, les filles anorexiques adoptent des comportements jugés peu dangereux pour autrui, qui s'inscrivent davantage du côté de la retenue que d'un excès susceptible de justifier un internement sur ordre préfectoral. Les hospitalisations ne s'effectuent donc pas à la suite de décisions administratives, mais plutôt à la suite de décisions familiales.

Afin de convaincre les parents de se séparer de leur enfant, les médecins usent de leur pouvoir de persuasion, mais aussi de divers subterfuges. Il s'agit par exemple de mentir aux patientes en leur narrant un faux départ de leurs parents, ou bien d'éloigner momentanément les mères en feignait qu'elles sont attendues hors de la chambre d'hôpital. Les médecins se heurtent souvent à des résistances de la part des parents à qui ils estiment devoir rappeler le sombre pronostic qui guette leur enfant, s'ils refusent de s'éloigner. Émile Stoerr rapporte par exemple une véritable bataille avec la famille pour obtenir l'isolement de l'enfant. Il écrit : « Il eut une opposition violente, presque désespérée des parents et il fallut une insistance répétée, inlassable en leur rappelant le nombre de fois quelle était l'issue fatale à redouter si on persistait dans la même voie, pour obtenir enfin la décision nécessaire »[624]. La jeune fille est finalement séparée de ses parents, puis envoyée dans une maison de santé où elle est soumise, d'après Stoerr, à un « alitement continu, sous surveillance, avec alimentation au commandement du médecin et sous son contrôle »[625].

Cette bataille entre les médecins et les parents quant à leur présence auprès des malades soulève plus largement la question posée par Martine Segalen dans son ouvrage « À qui appartiennent les enfants ? » (Segalen, 2010). En retraçant l'évolution de la place accordée à l'enfant au sein de la famille et dans la société, Segalen montre qu'à partir du XIXe siècle l'État se pose en ultime protecteur autorisé à soustraire de leur famille les enfants en danger. Les transformations de la structure familiale tendent à ancrer plus fortement l'enfant dans une filiation biologique, alors que la solidification des institutions éducatives de la IIIe République inscrit parallèlement les enfants au registre des citoyens et des citoyennes en devenir. L'enfant et son destin se trouvent en somme partagés entre l'institution familiale et scolaire, deux espaces clés de son « enfermement » et de son encadrement (Ariès, 1973 [1960]). Les médecins deviennent alors les principaux experts autorisés, légalement et moralement, à éloigner les parents de leurs enfants (Foucault, 1999).

En médecine infantile et en pédiatrie, le rôle de la famille et en particulier celui des mères est également mis en cause dans la survenue de l'anorexie chez les enfants. Le médecin René Mathieu décrit ainsi en 1935 l'anorexie mentale du nourrisson comme une pathologie propre au second semestre de vie, et qui serait systématiquement « accompagnée de manifestations névropathiques ». Il suggère que la maladie se niche au sein des dispositions psychiques,

[624] Stoerr, É. E. (1932). *L'anorexie mentale*, Thèse, Strasbourg, p. 50-51.
[625] *Ibid*., p. 51.

influencées par les antécédents et les hérédités pathologiques, mais dont l'apparition dépendrait avant tout de « l'attitude des personnes » proches des enfants. En d'autres termes, l'anorexie ne deviendrait selon lui « mentale » que lorsque la mère ajouterait de l'anxiété à certaines difficultés alimentaires observées chez son enfant. Le pédiatre rapporte ainsi à propos d'une enfant anorexique de treize mois :

> « *Le psychisme de ces enfants est influencé par l'attitude des personnes qui les approchent. Si la mère se montre nerveuse et anxieuse, l'anorexie prend les proportions d'une maladie mentale. L'une de nos petites clientes, âgée de treize mois, refusait toute alimentation. Elle contemplait sa mère avec une expression de tendresse profonde, se jetait à son cou et restait blottie contre sa poitrine. De son côté, la mère passait ses jours et ses nuits dans l'angoisse. Après quelques semaines d'émotion et de chagrins partagés, le père, la mère et l'enfant vomissaient à qui mieux mieux. Ce drame familial se termina très simplement. La fillette fut mise en pension chez une grosse femme d'aspect réjoui. L'enfant ne fit aucune difficulté pour avaler tout ce qu'on lui présenta et ne pensa plus à vomir. La première visite de la mère fut l'occasion d'une scène attendrissante, de pleurs et de nausées* »[626].

De la même manière, le médecin Victor Gillot[627] relie certaines anorexies infantiles à des troubles mécaniques (difficulté à téter) ou alimentaires (mauvais suivi des préceptes de l'alimentation infantile), qu'il classe dès lors parmi les fausses anorexies, c'est-à-dire secondaires à des troubles organiques. Par contraste, les anorexies vraies, c'est-à-dire d'origine mentale ou fonctionnelle, relèveraient, selon lui, chez les nourrissons, d'un terrain névropathique redoublé d'une anxiété transmise à l'enfant. Il affirme qu'avec ces anorexiques :

> « *Chaque repas devient ce drame, mainte fois décrit, où maman et nurse se voient obligées à user de toute sorte de procédés et de manœuvres pour faire prendre à l'enfant, par distraction et par hasard, une cuillérée de nourriture. C'est dans ces cas que l'on peut avoir affaire à l'anorexie mentale, bien souvent déclenchée par de très futiles motifs, et qu'il devient nécessaire, comme le préconise Lereboullet, de recourir à un isolement rigoureux du milieu familial* »[628].

Cependant et contrairement aux adolescentes, l'éloignement des parents pour les nourrissons et les plus jeunes enfants ne s'effectue que rarement dans des espaces hospitaliers ou des cliniques. Certains enfants sont préférentiellement amenés chaque jour chez le médecin, tandis que

---

[626] Mathieu, R. (1935). « L'anorexie des nourrissons alimentés avec du lait de vache », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°833, p. 21.

[627] Gillot, V. (1937). « Anorexie infantile d'origine thérapeutique », *La Pédiatrie pratique journal de clinique et de thérapeutique infantile*, n°856, p. 18-20.

[628] *Ibid*., p. 18.

d'autres sont confiés à une nourrice. Stoerr rapporte toutefois le cas d'une enfant anorexique de trois ans qui est « séparée de sa mère et mise à un régime normal donné par une infirmière énergique », et qui est mise « à table avec les autres enfants »[629]. Peu d'informations figurent dans les revues médicales sur la spécificité des prises en charge des jeunes enfants ou sur de potentiels seuils d'âge justifiant le commencement ou l'arrêt de certaines pratiques. Il semblerait cependant, comme cela a déjà été souligné dans un chapitre précédent[630], que les thérapeutiques des jeunes enfants soient principalement orientées vers la réalimentation et le rééquilibrage alimentaire, en particulier parce que la source névropathique de l'anorexie est le plus souvent écartée en faveur de celle d'un trouble mécanique ou de la digestion. À ce sujet, le psychophysiologiste et psychiatre Noguès paraphrase par exemple le médecin allemand Seltmann en ces mots :

> « *L'anorexie dyspeptique qui se présente avec les symptômes et les suites d'une maladie des organes digestifs est excessivement fréquente dans le bas âge et surtout, entre deux et sept ans, chez les enfants défectueusement nourris, mal habitués, trop gâtés, précisément des meilleures classes de la société. Rare au contraire est l'anorexie nerveuse qui [elle] se présente avec l'aspect d'une névrose toute spéciale et particulière en l'absence d'aucune maladie organique indicatrice, chez les enfants chargés d'une hérédité névropathique* »[631].

En somme, le traitement des anorexiques par isolement répond chez les praticiens à la figure féminine et enfantine d'un sujet fragile, influencé par un milieu familial trop protecteur, c'est-à-dire le plus souvent par une mère envahissante ou des proches présentant des comportements névrotiques. L'éloignement partiel ou total des enfants de leurs proches vise donc, non seulement, à faire reprendre aux médecins de l'autorité sur ces sujets, mais aussi à faciliter la réalisation des processus suggestifs. À cette période, le recours massif à la psychothérapie dans le traitement des anorexies répond ainsi à l'émergence d'une théorie psychologique du sujet malade, dans laquelle le corps, les actes et la parole des médecins constitueraient des leviers efficaces d'orientation des conduites et de la volonté[632].

---

[629] Stoerr, É. E. (1932). *op. cit.* p. 55.

[630] Cf. Chapitre 5, partie 2.1 « Le coût énergétique de la croissance », *L'anorexie du nourrisson*.

[631] Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim*, Toulouse : Ch. Dirion, p. 182.

[632] Pour rappel, dans une perspective psychophysiologique, la volonté désigne au tournant des XIXe et XXe siècles les actions et les comportements conscients réalisés par des individus qui sont sous-tendus par des mécanismes nerveux et biochimiques inconscients et des cadres moraux. Voir cf. Chapitre 5, partie 1.2. « Les anorexiques ressentent-elles la faim ? », *Une pathologie de la volonté*.

S'éloigner de sa famille pour bâtir son foyer

À la fin du XIX[e] siècle, les adolescentes sont considérées par la médecine et les pouvoirs publics comme de futures mères de famille et de futures épouses des citoyens soldats ou ouvriers. Avec l'installation du gouvernement de la III[e] République, les femmes deviennent ainsi les agentes privilégiées de la transmission des valeurs républicaines au sein de la famille (Rochefort, 2007 : 13). En dehors du foyer, les femmes s'investissent également dans le travail salarié, notamment chez les classes populaires urbaines ou de la petite bourgeoisie (Scott, 2002 [1990]). Nous avons vu précédemment, à travers les manuels d'hygiène alimentaire et de vulgarisation, que les filles reçoivent communément une éducation laïque, scolaire et domestique qui les prépare dès l'école primaire au rôle de leur « sexe », c'est-à-dire entièrement tourné vers « le foyer et la vie conjugale » (Mayeur, 2002 [1990] : 283). Dans ce cadre, si l'isolement vise à faire sortir les filles anorexiques de leur famille jugée pathologique, il a aussi pour visée principale la préparation des adolescentes à un retour dans la société, où il est socialement attendu qu'elles y prennent part à travers le mariage et la maternité.

Il est ainsi espéré durant les cures que les filles reprennent « des forces et [de] la vigueur »[633]. Pour Victor Hutinel, le retour des règles chez les « jeunes filles » anorexiques représente un « excellent symptôme » qui montre, dit-il, « que l'isolement pourra bientôt être abandonné »[634]. Lorsque l'état moral et physique le permet, la « guérison » est parfois « achevée »[635] au dehors d'un espace hospitalier, au sein de la famille. Dans cette même perspective, Edgar Bérillon rapporte, concernant les cas d'anorexie des adolescentes, qu'il affirme préférentiellement observer dans les milieux aisés :

> « *La guérison ne devra être considérée comme définitive que lorsque la malade aura recouvré son poids normal, lorsque les règles seront revenues et surtout lorsqu'elle aura l'esprit débarrassé des habitudes d'avarice dont son esprit avait été pénétré pendant les premières années de son existence* »[636].

Ces éléments suggèrent que les thérapeutiques de l'anorexie sont justifiées et orientée par des « seuils de rendement » sociaux, d'âge et de genre de l'anorexie, puisque les filles pubères, ou en passe de le devenir, doivent, à l'issue des hospitalisations et des traitements, être conformes

[633] Noguès, G. (1913). *op. cit*. p.104.

[634] Lucas-Championnière, P. (1910). « Clinique de M. le Professeur Hutinel — Anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 497.

[635] Georges Noguès rapporte à propos d'une anorexique de dix-neuf ans : « *Bien que la malade n'ait pas encore atteint son poids normal et que les règles ne soient pas encore réapparues, nous lui conseillons de rentrer dans sa famille et d'y achever sa guérison, l'état physique et moral étant aussi satisfaisant que possible* ». Noguès, G. (1913). *op. cit*. p. 126.

[636] Bérillon, E. (1909). *op. cit*., p. 49.

aux rôles biologiques et sociaux associés à leur statut social de reproductrices de la nation. Cette notion de « rendement » est issue des débats qui ont lieu dès la fin du XIXe siècle autour de l'éducation des enfants anormaux. Cette éducation vise avant tout à « leur adaptation aux besoins » de la société, et ainsi à leur « rendement social » (Vial, 1998 : 337). Les pratiques d'assistance à ces enfants sont à la fois présentées comme un progrès social, mais aussi accusées d'être économiquement et socialement peu rentables, le temps et l'argent dédiés au soin et à l'éducation de ces enfants « idiots » ou « débiles » ne donnant lieu qu'à des résultats très tardifs ou peu satisfaisants, puisque la plupart des individus ne s'insèrent pas complètement dans la société. Cependant, nous allons voir ici que l'anorexie constitue, au contraire, une catégorie diagnostique faisant l'objet d'un fort investissement social et économique de la part du champ médical et des familles de malades. Cet investissement s'exprime notamment par l'emploi curatif de techniques disciplinaires de renforcement des corps et des organismes.

1.3. Des techniques disciplinaires de renforcement

Outre la psychothérapie, le traitement des anorexiques s'appuie également sur des interventions médicales plus invasives visant, par le biais d'une ingestion de substances (plantes, médicaments) ou d'un contact avec des agents physiques (eau, électricité), à renforcer les organismes des malades en activant chez elles certaines fonctions métaboliques jugées à l'arrêt ou ralenties. Dès les années 1890, la parole suggestive des médecins s'entremêle ainsi à des pratiques thérapeutiques et corporelles d'orientation des conduites, qui agissent depuis l'extériorité des corps des patientes sur les processus biochimiques et psychophysiologiques internes.

L'hydrothérapie

Dans le sillage des considérations hygiénistes et urbanistiques de salubrité des lieux de soin et collectifs (Foucault, 1994a), la qualité de l'environnement naturel occupe, dès la fin du XIXe siècle, une large place dans les thérapeutiques des maladies nerveuses. Les cures d'air et d'hydrothérapie, lors de séjours dans des établissements situés à la montagne ou à la campagne, fournissent des réponses thérapeutiques aux troubles mentaux et nerveux. Les publicités pour la maison de régime L'Ermitage[637] mettent, par exemple, en avant la situation géographique de l'établissement situé près du lac Léman, en altitude, là où l'air est considéré comme plus sain et revigorant. Mais ces établissements sont aussi la plupart du temps installés à proximité des

[637] s.a. (1920). « Une maison de régime modèle : L'Ermitage d'Évian-les-Bains », *Le Paris médical : la semaine du clinicien*, p. 425.

centres urbains, comme la « Villa des Roses » de la famille Perrachon, située aux alentours de Lyon (Faure, 2019).

Les psychiatres proches du domaine de la psychophysiologie plébiscitent le recours à l'hydrothérapie dans le traitement des maladies nerveuses, comme Paul Sollier qui défend l'usage quotidien de l'eau et du mouvement (mécanothérapie) chez les neurasthéniques[638]. Les anorexiques sont ainsi communément soumises au cours de leur traitement à des séances d'hydrothérapie, consistant par le biais de l'action de l'eau chaude ou froide sur les corps à dynamiser ou, au contraire, à calmer les nerfs des malades.

Diffusée en France au XIXe siècle, l'hydrothérapie connait d'abord un succès auprès des médecins vitalistes, qui voient dans les éléments naturels (eau, soleil, air) des adjuvants efficaces au rééquilibrage interne du corps (Baubérot, 2004). Cette conception vitaliste se cristallisera au début du XXe siècle dans une médecine néo-hippocratique centrée sur les relations des individus avec leur environnement (Bernard, 2019). À cette époque, l'application d'eau froide ou d'eau chaude sur les corps est une pratique thérapeutique courante dans le champ psychiatrique et de la médecine infantile. Les cures en stations thermales sont par exemple présentées comme particulièrement efficaces dans le traitement de différentes affections, comme « la scrofule, le rachitisme, l'anémie, les affections respiratoires ou cutanées, etc »[639]. Arnaud Baubérot note néanmoins que « dès le début des années 1840, certains médecins s'attachent à dégager la méthode [hydrothérapique] de ses bases vitalistes et naturistes afin de lui trouver des fondements plus conformes à une physiologie mécaniste, rationnelle et positive » (Baubérot, 2004 : §15). L'hydrothérapie est notamment soumise à une rationalisation hygiéniste de son usage, visible dans « l'accumulation »[640] de règles et de précautions de son emploi, parfois contradictoires. Dans les publications médicales, les préconisations d'usages de l'hydrothérapie s'avèrent très diverses quant à « la température de l'eau, la durée du bain ou de la douche, la pression du jet et la distance de la lance à la peau » (*ibidem*.). Si l'idée d'une action bénéfique des bains et des douches sur les organismes, et en particulier sur les nerfs, est partagée par l'entièreté des médecins ayant recours à cette thérapie, tous ne s'accordent néanmoins pas sur la température la plus adéquate dans le traitement de l'anorexie. Comme le souligne Van Der Elst dans un article de synthèse portant sur le traitement de l'anorexie nerveuse,

[638] Sollier, P. (1910). « L'hydrothérapie chez les neurasthéniques », *Rapports du IIIe Congrès international de physiothérapie*, Paris : Masson, p. 57-63.

[639] Bergougnian, L. (1903). « La cure d'Évian dans les maladies infantiles », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°4, p. 149.

[640] Ce principe d'« accumulation » de règles d'hygiène et de précautions d'usages a été mis en avant par Bruno Latour (2011) dans son ouvrage dédié à la transformation conjointe de la société française et de la bactériologie à la fin du XIXe siècle.

l'hydrothérapie se décline selon les praticiens et les malades en « bains chauds et courts chez les anxieux (Roubinovitch), en douches courtes, fraîches (Sollier) ou tièdes (G. Ballet), suivant qu'ils sont atones ou surexcités »[641]. Outre la température, c'est aussi la composition de l'eau qui est soumise à variation « suivant les états : cures arsenicales (La Bourboule), salines (Salies-de-Béarn, Brides-les-bains), ferrugineuses (Saint-Alban), radio-actives (Néris) »[642]. Dans sa thèse de médecine, Noguès répertorie les divers procédés hydrothérapeutiques mis en œuvre dans le traitement de l'anorexie et faisant l'objet de désaccords entre les médecins. Il écrit à ce propos :

> *« Le Professeur Gilbert Ballet préconise les douches tièdes ; Sollier, l'hydrothérapie froide ; A. Thomas, au contraire, prétend qu'elle fatigue les malades et qu'elle contribue à faire baisser le poids. C'est vrai pour les anorexiques déjà émaciés, "diaphanes" qui ne peuvent presque plus se traîner ; l'eau de toute façon, ne peut que les affaiblir. Mais pour les malades, encore un peu solides, ou en voie d'amélioration, capables d'agitation et d'effort soutenu, nous croyons que l'hydrothérapie et l'hydrothérapie froide à raison d'une, et même deux douches par jour, douches en jet, d'une durée de 15 secondes, suivies de friction sèche et de repos au lit, agît doublement comme calmant du système nerveux et comme tonique général* »[643].

Cet extrait met en lumière les potentiels effets d'alanguissement des malades par l'hydrothérapie. Cette dernière est donc parfois « contre-indiquée chez les malades très affaiblis qui sont sous la menace d'accidents graves d'inanition »[644]. Les médecins n'y ont alors recours que lorsque les sujets présentent un état physique jugé suffisamment bon pour pouvoir faire face à la demande énergétique d'un tel procédé thérapeutique.

Chez les enfants, les bains et frictions sont également recommandés par les pédiatres, en complément d'autres actions thérapeutiques. Le clinicien Pierre Nobécourt préconise l'exposition des enfants chétifs à des « agents physiques » actifs comme le soleil[645] ou le grand air, mais aussi le suivi de séances d'hydrothérapie et d'électrothérapie. Jules Comby recommande quant à lui des « douches chaudes matin et soir » ainsi que des « frictions sèches »[646] appliquées sur les corps avec un gant de laine ou un coton. Il désapprouve par

[641] Van Der Elst, R. (1927). *op. cit.*, p. 40.

[642] *Ibidem.*

[643] Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse : Ch. Dirion, p. 219.

[644] s.a. (1916). « Traitement de l'anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.87, p. 94-96.

[645] L'héliothérapie est préconisée de manière générale par les pédiatres chez les enfants petits et chétifs. Elle est parfois couplée à de l'actinothérapie, c'est-à-dire à l'usage de rayons ultraviolets.

[646] Comby, J. (1927). « Anorexie infantile et juvénile (n°377) », *La presse médicale*, mars, p. 40.

d'ailleurs l'usage d'eau de Cologne ou « d'autres liniments alcooliques »[647] pouvant être utilisés dans le traitement de l'anorexie juvénile ou adulte pour tonifier les corps.

L'électrothérapie

Depuis la fin du XVIII[e] siècle, la circulation de courants magnétiques corporels et atmosphériques fait l'objet d'expérimentations médicales et thérapeutiques. Tout au long du XIX[e] siècle, avec les multiples travaux portant sur les courants électromagnétiques, la nature des courants et des flux électriques se clarifie. Notre enquête suggère que depuis les années 1880 et jusqu'aux années 1920 en France, l'électrothérapie est citée par les médecins psychiatres comme une pratique thérapeutique complémentaire de l'hydrothérapie dans le traitement nerveux de l'anorexie. L'usage thérapeutique de l'électricité, qui s'intensifie à la fin des années 1880[648], est en effet plébiscité par certains psychiatres qui y voient un moyen de tonifier le corps et de relancer le métabolisme d'un « corps machine » (Rabinbach, 1992). Avec l'émergence d'un paradigme énergétique où « le corps, la machine à vapeur et le cosmos sont ainsi reliés par une chaîne unique et ininterrompue d'énergie » (*ibid.* : 52), le cerveau est principalement appréhendé par la médecine psychiatrique et psychophysiologique du dernier tiers du XIX[e] siècle comme une matière organique mue par une énergie, circulant depuis l'extérieur des corps vers le système nerveux central, les muscles et les organes. D'un point de vue mécaniste, le système nerveux central constitue donc le foyer énergétique de production et de gestion des perceptions et des sensations (Mazeron, 2020). Le psychiatre Emmanuel Régis rappelle dans son « Précis de psychiatrie » la multiplicité des usages de l'électrothérapie depuis la fin du XIX[e] siècle. Il affirme :

> « *On emploie, en psychiatrie, les procédés électrothérapiques usuels : le courant constant ou galvanisation, le courant interrompu ou faradisation, l'électricité statique ou franklinisation, enfin les courants de haute fréquence de D'Arsonval* »[649].

En 1895, le médecin allemand Seltmann[650] raconte ainsi la guérison d'une fillette de douze ans, atteinte d'une « anorexie cérébrale », par une faradisation quotidienne, c'est-à-dire par l'application d'un courant électrique d'induction au niveau du crâne et de la nuque. Par ce moyen, il estime, dit-il : « Avoir influé sur la circulation corticale et amélioré les causes

[647] *Ibidem*.

[648] En France, la revue *L'Électrothérapie : journal d'électricité médicale* dirigée par le Dr Léon Danion voit le jour en 1888.

[649] Régis, E. (1906). *Précis de psychiatrie* (3[e] édition, entièrement refondue), Paris : Doin, p. 852.

[650] Seltmann, O. (1895). « Anorexie cérébrale. Cenlralblatt, f.innerc méd., 2 mars 1895, p. 227 », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 383.

cérébrales de la non-nutrition »[651]. À l'instar du neurologue Jean-Martin Charcot, le médecin Georges Noguès préconise le suivi quotidien d'une séance de « galvanisation rythmée abdominale », afin de « combattre l'atonie gastro-intestinale »[652]. Ainsi, avec la diffusion dans les sciences médicales de la « théorie neuronale », suggérant au tournant des XIXe et XXe siècles que le neurone est « l'unité structurelle et fonctionnelle du système nerveux » (Paillette & *al*., 2021 : 795), l'électrothérapie s'impose dans le domaine de la psychiatrie comme un moyen d'intervention sur les perceptions et sensations de faim gérées énergétiquement par le système nerveux central. Mais ce sont aussi les produits pharmaceutiques qui sont employés à cette fin.

Les produits pharmaceutiques et médicamenteux

Les troubles digestifs sont principalement traités au XIXe siècle à l'aide de toniques et d'excitants (café, kola) destinés à tonifier et à raffermir les corps. Absinthe, racine de rhubarbe ou de gentiane, mais aussi colombo et quinquina sont ainsi autant de produits de la pharmacopée prescrits dans le traitement des anorexies. Afin de lutter contre l'atonie du système digestif ou de réveiller l'appétit endormi, les anorexiques se voient recommander la consommation d'« apéritifs » ou d'« élixirs » à consommer conjointement ou séparément, avant ou après les repas. Le tannate d'orexine – un principe actif alliant l'orexine, un stimulant de l'appétit, avec de l'acide tanique – est à cet égard présenté en des termes plutôt élogieux dans un article de *La Presse Médicale* dédié au traitement de l'anorexie chez les enfants :

> « *D'après le témoignage des médecins qui ont eu l'occasion de l'expérimenter, celui-ci serait doué de propriétés stomachiques très énergétiques : il réveillerait l'appétit en agissant, non seulement sur les glandes gastriques, dont il excite les sécrétions, mais encore sur les tuniques musculaires de l'estomac dont il stimule les contractions* »[653].

Tous les médecins ne s'accordent cependant pas sur le caractère bénéfique de l'action des toniques dans le traitement de l'anorexie. Certains rappellent l'action irritante de ces produits, qu'ils jugent néfaste pour le corps, justifiant ainsi leur préférence pour l'hydrothérapie.

L'excitation et la tonification des corps sont aussi obtenues par des pratiques d'injections sous-cutanées d'opiacés comme la morphine ou le laudanum (Edelman, 2003 : 203), dont les usages thérapeutiques explosent à la fin du XIXe siècle (Dubus, 2022). L'usage de psychotropes apparait également justifié par l'accroissement qu'il engendre chez les malades de l'efficacité

[651] Cité par Noguès, G. (1913). *op. cit.*, p. 225.

[652] *Ibid*. p. 154.

[653] s.a. (1898). « Pratique médicale. Traitement de l'anorexie chez l'enfant par la tannate d'orexine », *La Presse Médicale*, janvier, n°22, p. 110.

de la suggestion médicale. Le recours à ces injections se fait quasi exclusivement dans le cas d'« anorexies intraitables »[654] pour lesquelles ni l'hydrothérapie ni l'électrothérapie n'ont donné de résultats satisfaisants. C'est notamment ce que souligne le docteur Dubois lorsqu'il rapporte avoir utilisé de la morphine[655] chez des « anorexiques hystériques » en grand état d'inanition :

> « *Des malades arrivés à un état de déchéance organique tel que, chez eux, la suggestion hypnotique, lorsqu'elle est possible, ne tient pas. La plupart du temps, on ne peut pas réussir à les endormir, ou si on les endort on ne parvient pas à leur imposer des suggestions suffisamment durables, pour qu'ils puissent s'alimenter. Or, j'ai observé qu'après avoir employé la morphine de la façon que j'indique, ces malades deviennent au bout de peu de jours hypnotisables et suggestionnables. S'ils guérissent, ainsi que je le démontrerai lorsque je publierai des observations détaillées, ce n'est pas sous l'influence de l'action médicamenteuse de la morphine, mais bien sous l'influence du traitement psychique, lequel étant insuffisant, et inefficace avant l'emploi des injections hypodermiques* »[656].

Les médecins emploient toutefois plus communément – bien que davantage dans le cadre des anorexies organiques et phtisiques que dans celui des anorexies nerveuses et mentales – des injections sous-cutanées de sulfovinate de quinine ou de formules alliant de l'eau distillée et du laurier rose[657] avec de l'antipyrine à action antispasmodique. Par ces adjuvants, il s'agit de tonifier les organismes en accélérant le rythme cardiaque, tout en calmant des nerfs possiblement irrités. Les eaux et les lavements sont ainsi destinés à « décongestionner » ou à « désintoxiquer » des organismes encombrés et des métabolismes affectés par des matières (aliments, matières fécales), des fluides (sang menstruel, sucs gastriques) ou des substances nocives (morphine, kola, alcool). Chez les enfants et les nourrissons anorexiques, les médecins ont principalement recours à l'injection d'eau de mer, comme avec le sérum de Quinton ou le sérum physiologique.

Dans une perspective psychophysiologique, les phénomènes d'« auto-intoxication » sont perçus comme des facteurs de l'« altération du milieu sanguin », et ainsi de l'inhibition de la « sensation de la faim » constitutive de l'anorexie mentale[658]. Les médecins psychiatres soumettent alors les malades à des « lavements » d'estomac, ou leur prescrivent des eaux

---

[654] Dubois, S. (1896). « Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine », *Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, t.3, p. 120.

[655] L'injection de morphine n'est cependant pas sans risque puisque certaines malades deviennent selon le médecin morphomaniaques.

[656] Dubois, S. (1896). *op. cit*., p. 119.

[657] Pour une rapide histoire de l'usage du laurier rose, voir : Samuel-Hervé, A., 2020.

[658] Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse : Ch. Dirion, p. 238.

purgatives ou diurétiques. Ces divers produits médicamenteux sont ainsi appliqués suivant une conception médicale à la fois humorale et biochimique consistant à modifier, par la régulation des flux et des matières, un milieu interne déséquilibré.

Avec l'étoffement des connaissances biochimiques sur le système glandulaire et endocrinien, les traitements de l'anorexie visent spécifiquement dès les années 1890, à agir sur le métabolisme des malades, par le biais de substances pharmaceutiques industrielles, dans l'optique de favoriser la prise de poids et l'apparition ou le retour des menstrues. Le docteur Tarrius préconise par exemple à une anorexique mentale de dix-huit ans, non réglée, l'administration de « Thyroïdine Bouty », un produit commercialisé en vente libre et préconisé contre le surpoids. La Thyroïdine est par exemple présentée dans les magazines féminins comme un produit miracle contre le vieillissement et la prise de poids[659]. Suite à la production industrielle d'hormones pancréatiques (Sinding, 2007), certains médecins préconisent chez les anorexiques l'injection d'insuline qui est utilisée depuis les années 1920 pour son pouvoir d'action sur le métabolisme général et la sensation de faim. Le pédiatre Jules Comby préconise en particulier « dans les cas rebelles, [des] injections sous-cutanées d'insuline (10 à 20 unités) »[660]. Cette substance est parfois complétée par des adjuvants aux usages médicaux plus anciens, comme chez Nobécourt[661] qui ajoute des gouttes de belladone, une plante médicinale utilisée depuis au moins le XVIIe siècle pour apaiser les agitations.

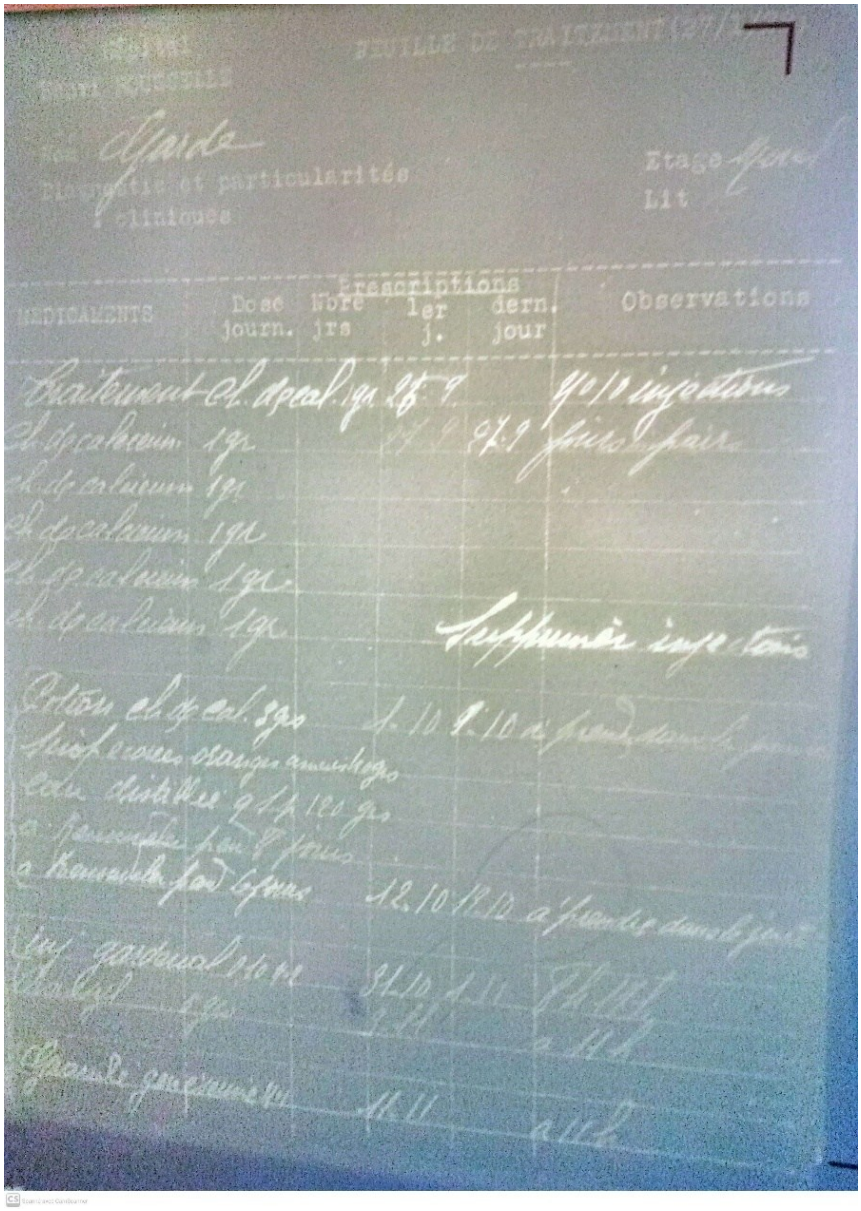
Par le biais d'une approche expérimentale et statistique, les praticiens prescrivent des traitements précis, avec des quantités ajustées à chaque individu. Leur administration est quant à elle strictement suivie par le biais de « feuilles de traitement ». Ces documents ne servent pas seulement à l'encadrement administratif de ce qui entre et circule au sein des établissements sanitaires, mais matérialisent également des logiques thérapeutiques rationalisées (*cf*. illustration 31, ci-dessous). Par exemple, sur des feuilles de traitement issues de dossiers de patientes de l'hôpital Sainte-Anne figurent les doses journalières de chaque médicament administré à la patiente. Ces notations permettent d'assurer un contrôle de la fréquence d'administration des substances et de la variation des dosages, mais aussi d'ajuster la quantité d'administration de ces substances au regard de l'évolution des états cliniques des malades observés (*cf*. illustration 32, ci-dessous).

[659] Voir Annexe 58 et Annexe 59.

[660] Comby, J. (1932). « Traitement de la maigreur chez les enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°776, p. 240-241.

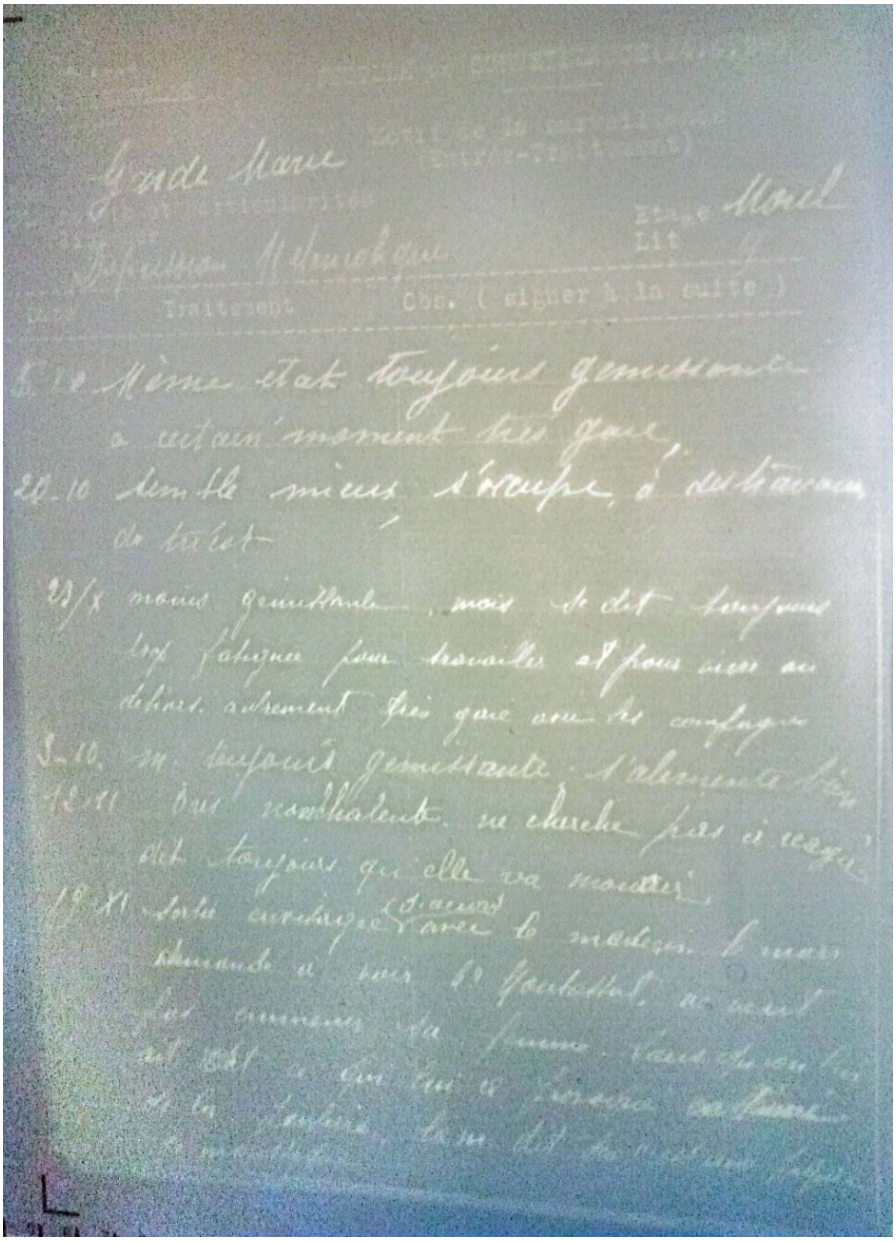
[661] Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°822, p. 239-245.

Illustration 31. *Feuille de traitement du 28 septembre au 12 novembre (1928)*



Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.

***Illustration 32**. Feuille d'observation du 5 octobre au 19 novembre (1928)*



Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.

Ces feuilles de traitements, insérées dans des dossiers individualisés de patientes, tranchent nettement avec les grands tableaux de « prescriptions médicales alimentaires » qu'il est par exemple possible de trouver dans les archives de l'asile de Maison Blanche à la fin du XIX[e] siècle[662]. Si ces documents sont de nature différente, on observe cependant du côté de Sainte-Anne, dans les années 1920, un suivi individuel, administratif et médical des malades et

[662] Voir en Annexe 64.

de leur traitement bien plus strict que dans les asiles et hôpitaux de la fin du XIXe siècle, où les dossiers individuels de patientes sont peu remplis ou, pour ainsi dire, inexistants[663].

À partir des années 1910, l'utilisation de ces diverses substances pharmacologiques et médicamenteuses semble donc suivre un mouvement général de rationalisation des pratiques et des sciences médicales (Castel & Dalgalarrondo, 2005 ; Marks, 1999). Les thérapeutiques de l'anorexie s'organisent alors autour d'actions médicales extérieures aux malades, mais tournées vers l'intériorité métabolique de leurs organismes. Ces procédés reprenant les codes des protocoles scientifiques rationalisés qui régissent également en grande partie les programmes de réalimentation thérapeutique des anorexiques.

2. Contraindre les corps, rythmer le métabolisme

L'isolement des anorexiques s'accompagne, dans la grande majorité des cas, par la mise en place d'un programme de réalimentation des malades, avec ou sans sonde gastrique. Les préconisations alimentaires de ces programmes s'appuient sur les savoirs biochimiques et psychophysiologiques développés dès la fin du XIXe siècle autour du fonctionnement du corps et de la psyché, et reconnaissant un possible réapprentissage des sensations conscientes de faim par l'activation répétée de flux énergétiques, allant des cellules jusqu'au cerveau et à ses zones nerveuses cérébrales considérées comme les plus développées[664]. Cette seconde partie analyse ainsi les pratiques de réalimentation des anorexiques en tant que techniques de pouvoir (Foucault, 2013). Elle s'appuie également sur les apports de Marcel Mauss sur les « techniques du corps » (1934) ainsi que sur ceux du groupe de recherche « Matière à Penser » (Julien & Rosselin, 2009 ; Warnier, 2009) concernant l'incorporation par les sujets de dynamiques d'objets dans l'action. Cette seconde partie de chapitre explore ainsi le lien qui se tisse – au cours de la réalimentation thérapeutique imposée aux anorexiques et par le biais du « dressage » des processus métaboliques – entre les contraintes corporelles d'ordre médical et l'apprentissage de rythmes et de sensorialités alimentaires.

2.1. Les programmes de réalimentation

Les programmes de réalimentation des anorexiques dénutries reposent, à l'instar de l'isolement psychothérapeutique, sur des stratégies de persuasion et des mensonges visant à faciliter chez les malades toute absorption d'aliments. Jules Dejerine et Emmanuel Gauckler déclarent qu'en

[663] Cf. Chapitre 1, partie 1.2. « Le spectre de l'anorexie mentale dans les archives médicales publiques ».

[664] Cf. Chapitre 5, partie 1.2. « Une vision spencérienne de l'évolution ».

matière de traitement des anorexies, il s'agit d'« obtenir [de la] malade qu'[elle] se mette à un régime tel que son poids, loin de diminuer progressivement comme il l'a fait jusque-là, augmente dans des proportions sensibles, tel est le but qu'il faut avant tout poursuivre »[665]. Afin d'amener les patientes à accepter de suivre les prescriptions alimentaires, Victor Hutinel évoque, quant à lui, la nécessité de leur faire prendre conscience de la dangerosité de leur comportement. À cet égard, il rapporte en ces termes un exemple issu de sa pratique :

> « *Une simple menace sera parfois susceptible de ramener à une détermination conforme à vos désirs ces jeunes récalcitrantes qui désormais, se décideront à se nourrir normalement. Il m'arrive souvent de dire aux parents, de façon à être entendu de l'anorexique, que l'état actuel n'est pas inquiétant, mais que s'il se prolongeait, il exposerait leur enfant à être la victime de la moindre infection intercurrente. La tuberculose serait fort particulièrement à craindre pour elle, si elle ne parvenait pas à mieux se nourrir. L'enfant qui croit avoir surpris un propos uniquement destiné, dans son esprit, à être connu des siens, l'enfant peut être pris de peur. Et dès lors la partie est à peu près gagnée, à moins que la famille ne vous injurie à l'audition de semblables menaces* »[666].

D'autres médecins tentent à cet effet de provoquer chez les malades de la tristesse ou de la culpabilité vis-à-vis de leur état de santé. Noguès rapporte ainsi à propos d'une anorexie mentale observée et traitée par le Dr Poix : « C'est particulièrement en faisant appel au souvenir de sa mère et en lui montrant la peine qu'elle éprouverait en voyant sa fille dans un état aussi pitoyable, que nous obtenons d'elle quelques essais d'alimentation lactée »[667]. De la même manière, Pierre Nobécourt rapporte à propos d'une anorexique de quatorze ans : « Je lui expose les risques qu'elle court, qu'elle peut contracter une affection pulmonaire grave. J'obtiens sa promesse de manger »[668].

Par ailleurs, et une fois débutée, la réalimentation des malades fait l'objet d'une grande vigilance de la part de l'équipe médicale. Certains établissements dédiés au traitement des maladies nerveuses et des dyspepsies vantent ainsi la soumission des patients et patientes à une forte surveillance médicale. Les malades n'auraient d'autres choix que de suivre à la lettre les régimes prescrits. Il est par exemple spécifié, concernant la maison de régime L'Ermitage, qu'un « médecin est spécialement attaché à l'établissement, avec la charge de surveiller l'exacte

---

[665] Dejerine, J., Gauckler, E. (1908). « La rééducation des faux gastropathes », *La Presse Médicale*, avril, p. 227.

[666] Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants / organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, 3e année, nº5, p. 72.

[667] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 215.

[668] Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* nº824, p. 15.

exécution des prescriptions des médecins traitants »[669]. Contrairement aux asiles bondés où le nombre de médecins par malade empêche bien souvent une conduite stricte du traitement moral (Fauvel, 2002, 2012), les cliniques et maisons de santé prenant en charge une patientèle restreinte pourraient soumettre les malades à un exact suivi des prescriptions médicales alimentaires. Pour Jean Camus et Philippe Pagniez qui publient en tant qu'anciens internes de l'hôpital de la Salpêtrière, la forte surveillance médicale que requièrent les « anorexies rebelles » serait ainsi facilitée dans les maisons de santé « où les médecins peuvent pratiquer l'isolement » et « faire boire et manger devant [eux] »[670]. En d'autres termes, la thérapeutique alimentaire des anorexiques, pour être efficace, demanderait une forte mobilisation de la part de l'équipe médicale, afin d'éviter que les patientes ne trompent le personnel en charge de leur surveillance. Il s'agit par exemple de « déjouer » les « supercheries » des malades qui cachent de la nourriture « sous [leur] lit et dans [leur] table de nuit »[671]. Mais cette surveillance accrue ne concerne pas seulement les comportements alimentaires des patientes, ce sont aussi la composition du régime et les quantités alimentaires ingérées au fil de la cure qui sont surveillées et contrôlées.

Une réalimentation progressive et contrôlée

Concernant le contenu des repas prescrits aux anorexiques, les praticiens valorisent presque tous la consommation de viande, qui est un aliment reconnu dès le milieu du XIXe siècle pour ses « vertus réparatrices et fortifiantes » (Parayre, 2019). Toutefois, toutes les viandes ne sont pas conseillées. Déjà en 1860, Louis-Victor Marcé[672] recommande chez les hypocondriaques la consommation de viandes rôties, qui sont classées parmi les viandes les plus toniques, car faciles à digérer (*ibidem*.). Outre les viandes rôties, ce sont aussi des mélanges farineux ou des pâtes graisseuses qui sont prescrits en raison de leur teneur énergétique et de leur facilité d'assimilation. Certains médecins ajoutent parfois aux repas des malades des aliments sucrés, qui sont notamment considérés dans les enquêtes médicales et alimentaires comme des denrées économiques, faciles d'accès et énergétiques (Bruegel, 2013). En pédiatrie, Jules Comby conseille de fournir aux enfants anorexiques une « alimentation substantielle et variée suivant les goûts de l'enfant, quand ils sont rationnels », et devant être composée de « viande rôtie,

[669] s.a. (1920). « Une maison de régime modèle : L'Ermitage d'Évian-les-Bains », *Le Paris médical : la semaine du clinicien*, p. 425.

[670] Camus, J., Pagniez, P. (1904). *Isolement et psychothérapie, traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, pratique de la rééducation morale et physique*, Paris : Alcan, p. 109

[671] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 215.

[672] Marcé, L.-V. (1860). « Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments, Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859 », *Annales médico-psychologiques,* t.6, p. 15-28.

grillée, jambon, poisson une fois par jour »[673]. Il préconise également d'« insister sur les aliments farineux et sucrés », à savoir sur les « soupes épaisses, légumes, purées, pâtes, compotes, puddings et entremets sucrés, le pain grillé ou les croûtes de pain complet »[674].

Il s'agit surtout pour les prescripteurs de trouver le meilleur équilibre, avec une alimentation nutritive dont la ration, les nutriments et la qualité doivent être suffisants pour réparer et fortifier les corps, mais non trop abondante, de manière à ne pas fatiguer, lors de la digestion, des organismes déjà épuisés par l'inanition. Outre le calcul des rations alimentaires selon l'âge et l'état de développement des sujets, il va aussi s'agir de procéder à une augmentation progressive des rations. En raison de la sensibilité des estomacs des malades les plus amaigris ayant perdu l'habitude de recevoir de la nourriture[675], la réalimentation va même débuter par des repas composés quasi exclusivement de lait. Facile à ingérer et à digérer, le lait de vache est reconnu par les pédiatres hygiénistes, en accord avec les nouvelles connaissances en bactériologie, comme un aliment sain et riche en substances nutritives, participant au renforcement des corps (Parayre, 2019). La quantité de lait quotidiennement ingéré est augmentée au fil du temps, puis diminuée concomitamment à une diversification alimentaire, avec l'ajout de bouillies, de légumes cuits puis de viandes rôties. Suivant ce principe de diversification, une anorexique[676] habituée depuis des mois à ne consommer que du jus de pruneaux est soumise après isolement à un régime exclusivement lacté, ensuite progressivement composé de semi-liquides, de laitages, de potages au lait, de pâtes très cuites, de légumes cuits et enfin de viandes rôties.

Aussi progressive soit-elle, la réalimentation est parfois redoutée par les médecins en raison de son action premièrement néfaste sur le métabolisme. Le pédiatre Victor Hutinel, directeur de l'hôpital des Enfants malades de Paris, fait ainsi analyser le sang d'une fille de dix ans, admise dans le service des Enfants assistés, et qu'il suppose anorexique. Il raconte à propos de sa reprise de poids, à la suite d'une cure de réalimentation :

> « *Dès l'abord j'eus l'impression que je me trouvais tout simplement devant une anorexique mentale. Je priai Nobécourt de vouloir bien procéder à l'examen de son sang : il contenait 6 millions de globules rouges. Il ne s'agissait donc pas d'anémie. Au*

[673] Comby, J. (1932). « Traitement de la maigreur chez les enfants », *La Pédiatrie pratique* : *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* p. 240.

[674] *Ibidem.*

[675] On peut par exemple lire à propos de l'anorexie mentale telle que présentée par Paul Sollier : « *La sensibilité générale et les sens spéciaux ne sont pas atteints. Le goût est cependant un peu diminué ; la sensibilité interne de l'estomac l'est également et on peut observer une zone étroite de diminution de la sensibilité cutanée au creux épigastrique. Il n'y a guère de douleurs (tiraillements, brûlures) qu'au début. Plus tard, simple gène, sensation de pesanteur à l'estomac qui paraît toujours plein, quoiqu'en réalité il se vide assez bien et que la digestion soit accélérée. Pas de dilatation stomacale. Atonie intestinale et constipation tenace* ». s.a. (1885). « Communications diverses — L'anorexie mentale, Paul Sollier », *La Presse Médicale*, p. 208.

[676] Comby, J. (1932). *op. cit.*, p. 125.

début on fut obligé de la sonder pour la nourrir ; sans tarder, elle se mit à manger d'elle-même. Le résultat de cette reprise de nourriture vous semblera peut-être un peu curieux : l'enfant gagnait 650 à 700 grammes par jour ! *Engraissement bien rapide, pensez-vous. Non ! elle hydratait tout simplement ses tissus asséchés et aussi son plasma sanguin ; dix jours plus tard, en effet, la teneur en globules rouges n'était plus que de deux millions et demi environ. C'était la conséquence de la dilution de son liquide sanguin ; quant à ses tissus, ils s'infiltraient à la façon de ceux des porteurs de néphrite hydropigène, si prompts à faire de l'œdème avec les liquides introduits dans leur organisme. En huit jours l'accroissement de poids était de 5 kilos ; en quelques semaines il atteignait 14 kilos »*[677].

Le cas présenté par Hutinel suggère ici que la réalimentation n'engage pas seulement une augmentation du taux de graisse et de la quantité d'énergie disponible dans les organes, mais aussi un processus de réhydratation des tissus parfois périlleux. Le taux d'hémoglobine se situant initialement dans la moyenne, les résultats de l'analyse biologique demandée par Hutinel ne révèlent dans un premier temps aucun état d'anémie chez l'enfant. Néanmoins, alors que la réalimentation devrait améliorer l'état physique du sujet, elle provoque, au contraire, une chute du taux d'hémoglobine, jugée par ailleurs en cause dans l'anémie et la faiblesse physique qui se manifeste chez les anorexiques les plus amaigries. De la même manière, le docteur Brelet rapporte le cas d'une « fillette de quatorze ans, entrée à l'hospice des Enfants assistés dans un état d'amaigrissement extrême, ne pesant que 14 kilos 900 »[678]. Il note que grâce à la réalimentation, l'enfant gagne du poids en très peu de temps, jusqu'à atteindre 29 kilogrammes. Mais, il ajoute :

« *Au début du traitement, cette augmentation de poids était due presque uniquement à une réhydratation des tissus, ainsi que le prouvait l'examen du sang et des urines ; le chiffre des globules rouges s'abaissait en effet au fur et à mesure de l'augmentation du poids, le sang étant plus dilué par fixation d'eau, et d'autre part, pendant cette même période, le chiffre des chlorures urinaires était inférieur au chiffre des chlorures ingérés ; il y avait donc fixation d'eau et de chlorures dans les tissus ; puis l'équilibre s'établit. Par conséquent, les augmentations très rapides de poids obtenues au début du traitement de l'anorexie nerveuse doivent être expliquées par une fixation d'eau dans les tissus ; c'est seulement après une période de réhydratation, que commence la véritable phase de réparations des tissus* »[679].

Cette variabilité des activités nutritionnelles se rattache à des enjeux déjà soulevés précédemment autour de l'adaptation des organismes à l'environnement alimentaire. Face à une baisse d'énergie disponible, l'organisme se serait asséché tout en conservant, comme l'avaient

[677] Hutinel, V. (1914). *op. cit*. p. 70.

[678] s.a. (1913). « Anorexie mentale par Brelet », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.17, p. 306.

[679] *Ibidem*.

déjà montré Jean-Martin Charcot ou Georges Gilles de La Tourette chez les hystériques, un taux d'hémoglobine situé dans la moyenne. Sous l'effet de la réhydratation des tissus, la réalimentation aurait cependant induit un déséquilibre dans l'organisme, en diluant le sang et en créant ainsi une anémie. L'analyse sanguine – qui permet dans certains cas de distinguer l'anorexie d'autres fatigues organiques, comme la chlorose principalement développée chez les filles, ou l'anémie tant redoutée chez les enfants – vise donc plutôt dans les premiers temps de la réalimentation des anorexiques à évaluer les effets de cette reprise alimentaire sur l'équilibre nutritionnel. Outre la réalimentation, ce sont aussi parfois les injections d'insulines ou d'extraits hypophysaires[680] qui sont incriminés dans l'affaiblissement des sujets anorexiques. Comby remarque par exemple à la suite de ces injections chez des anorexiques amaigries la « diminution du métabolisme basal, [ainsi que] l'augmentation du cholestérol sanguin, l'hypoglycémie à jeun et l'hyperglycémie provoquée [sont] inférieures à la normale »[681]. Tout ceci induisant chez les malades de plus grandes maigreurs, qui s'ajoutent à l'émaciation anorexique déjà prononcée et potentiellement fatale. Les thérapeutiques de l'anorexie s'avèrent donc dans leur premier temps d'application particulièrement périlleuses, ce qui renforce la nécessité de contrôler les thérapeutiques et de surveiller médicalement l'état des malades en phase de réalimentation.

La force disciplinaire de l'habitude

Au tournant des XIXe et XXe siècles, la faim et l'appétit sont étudiés comme des processus à la fois physiologiques et psychologiques. L'appétit est associé en 1897 par le neurologue Joanny Roux à la « faim stomacale », c'est-à-dire à « la sensation stomacale [qui] éveille dans notre esprit l'idée de manger, le souvenir de mets agréables, la perspective d'un repas savoureux »[682]. En 1913, dans ses études physiologiques de la digestion, le physiologiste allemand Moritz Schiff émet l'idée selon laquelle l'appétit correspond aux sensations stomacales de la faim, une thèse qui se voit réfutée par le psychiatre et physiologiste Georges Noguès. Ce dernier différencie ces deux processus, et affirme que « la faim est la sensation du besoin de manger, alors que l'appétit est la sensation agréable qui se lie à l'idée de manger »[683]. Suivant un positionnement propre à la psychophysiologie du début du XXe siècle dont nous avons défini

[680] Le recours médical à des injections thérapeutiques d'extraits hypophysaires dans le traitement de l'anorexie a été abordé plus tôt dans ce travail. Cf. Chapitre 6, partie 2.2. « Visualiser les retards de croissance, pallier les insuffisances hormonales ».

[681] Comby, J. (1938). « Maladie de Simmonds et Anorexie mentale », *Archives de médecine des enfants*, Société de pédiatrie de Paris, t.41, p. 639.

[682] Roux, J. (1897). « La faim, étude psycho-physiologique », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.16/2, p. 414.

[683] Noguès, G. (1913). *op. cit*. p. 13.

les contours précédemment dans ce travail[684], Noguès décrit la faim comme un phénomène évolutif marqué par une maturation du système nerveux, et observe chez les anorexiques une altération de ce qu'il nomme la « faim physiologique ». Chez lui, la sensation de faim constitue un processus organique commun aux espèces humaines et animales, qui est indispensable à la survie des espèces. Mais elle est aussi considérée comme un phénomène soumis chez les humains à des faits culturels et des phénomènes psychologiques particuliers, comme l'éveil d'une émotion positive provoquée par le souvenir d'un repas. La part émotionnelle de l'acte alimentaire semble cependant davantage contenue dans la définition que Noguès fournit de l'appétit, que dans celle qu'il donne de la faim. Mais là encore, la dimension émotionnelle est supplantée par une vision rationnelle de l'activité organique alimentaire, dont l'apparition dépend des règles alimentaires et des rythmicités d'alimentation (heures des repas, attrait pour certains aliments).

Dans ce cadre, la disparition de l'appétit est donc interprétée par la psychiatrie et la psychophysiologie du tournant des XIXe et XXe siècles comme le résultat d'une mauvaise « habitude », c'est-à-dire d'une alimentation erratique ou jugée très éloignée des règles alimentaires rationnelles. Les malades se réfèrent elles-mêmes à la notion d'habitude pour expliquer leurs difficultés à se nourrir ou l'absence de toute sensation appelant à s'attabler. Une patiente observée en 1892 à la Salpêtrière, et dont les paroles sont rapportées par le Dr Wallet, déclare par exemple, concernant son anorexie : « Il y a maintenant une habitude prise, c'est comme une manie »[685]. Les médecins Édouard Brissaud et Achille Souques rapportent des paroles similaires, auprès d'une patiente qui aurait affirmé que son refus de nourriture était « devenu une affaire d'habitude »[686]. De la même façon, pour Noguès, « l'inappétence parfois accompagnée de dégout n'est qu'une mauvaise habitude »[687]. Tout se passe donc comme si la qualité d'un souvenir ou le désir de manger se muait en un « automatisme » inconscient relevant de ce que les médecins psychiatres et psychologues de l'époque classent parmi les « instincts » (Doron, 2018a). Mais si dans l'anorexie, les instincts alimentaires sont pervertis[688], il serait également possible de contenir et de détourner ces perversions par une répétition contrôlée et rationnelle de l'acte alimentaire des malades. Par conséquent, si dans l'anorexie les mauvaises

[684] Cf. Chapitre 5, partie 1. « Une énergie sans faim ? ».

[685] Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 276-280.

[686] Brissaud, É., Souques A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique » dans *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 327-337.

[687] *Ibid*., p. 55.

[688] Des médecins comme Henri Huchard ou Lucien Deniau parlent par exemple, dans leurs travaux respectifs sur l'hystérie anorexique et gastrique, de « perversion de la volonté ».

habitudes alimentaires agissent de concert avec un déséquilibre des fonctions organiques automatiques, il est donc aussi possible, par cette même habitude, d'ancrer chez les malades de nouvelles sensations. Noguès affirme à ce titre : « C'est l'habitude de manger, même à contrecœur, qui crée la croyance dans le besoin d'alimentation et dans le fonctionnement normal de l'estomac »[689]. Selon lui, la consommation à heure régulière des repas « ramène avec l'exactitude d'une horloge la sensation de la faim », ce à quoi il ajoute, « nous verrons plus loin que cette régularité doit être rigoureusement observée dans le traitement de l'anorexie où elle est appelée à favoriser ce réveil d'une sensation depuis longtemps disparue »[690]. Il s'agit en d'autres termes, par la surveillance et la discipline, de « faire contracter des habitudes » (Foucault, 2013 : 240) alimentaires nouvelles et plus saines.

L'étude de certaines prescriptions alimentaires données dans le traitement des anorexiques suggère une augmentation graduelle des quantités alimentaires et un espacement progressif des heures de repas. Ces prescriptions donnent à voir un réglage scrupuleusement contrôlé de l'alimentation. Les tableaux reproduits par le médecin Mohammed Samy Kamal[691] (*cf*. illustrations 33 et 34, ci-dessous) illustrent par exemple l'évolution des repas d'une enfant de treize ans, hospitalisée[692] pour anorexie mentale. Principalement composés au premier jour de liquides (café, lait, potage), les repas thérapeutiques contiennent ensuite des aliments solides et riches (bifteck, pâté). Il est mentionné qu'au dixième jour de son admission (le 20 avril), la fille « mange de tout et en quantité normale pour un enfant de son âge »[693]. Cet exemple illustre que l'ingestion de substances nutritives vise certes à apporter aux sujets malades l'énergie nécessaire à leur survie, mais également à faire advenir la faim à des moments spécifiques de la journée et à habituer progressivement leur estomac à recevoir une certaine quantité de nourriture, et ceci, à l'instar de ce qui est attendu des pratiques rationnelles de puériculture en matière d'alimentation infantile[694]. La conception psychophysiologique d'une alimentation humaine soumise à la force d'empreinte de l'habitude offre donc à la pratique thérapeutique de réalimentation des anorexiques un référentiel scientifique et technique structurant.

---

[689] Noguès, G. (1913). *op. cit.*, p. 51.

[690] *Ibid*., p. 18.

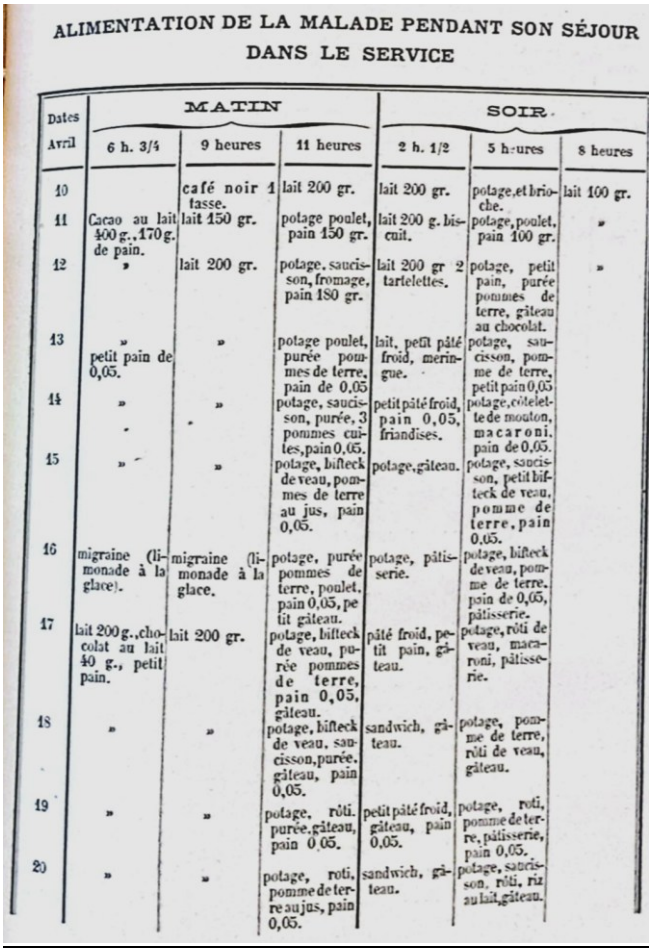
[691] Samy Kamal, M. (1911). *L'anorexie mentale*, Thèse, Lyon.

[692] Il spécifie que la malade est hospitalisée par le Dr Weill à l'hôpital de la Charité, sans préciser la ville de cet hôpital. La thèse étant soutenue à l'université de Lyon, il est probable que Samy Kamal se réfère à l'établissement lyonnais dédié à l'accueil d'une population peu aisée, doté dès la fin du XIXe siècle d'un service de gynécologie et de pédiatrie.

[693] Samy Kamal, M. (1911). *op. cit*., p. 56.

[694] À cet égard, le fait que les enfants réclament la tétée à heures régulières est perçu comme un singe de bonne santé. Une figurante du documentaire pédagogique « La future maman » de 1925 s'exclame par exemple à propos du réveil de son enfant à six heures du matin : « *Ah ah ! la petite coquine est plus exacte que le réveil-matin* ! ».

Illustration 33. *Alimentation d'une anorexique pendant son séjour (1)*

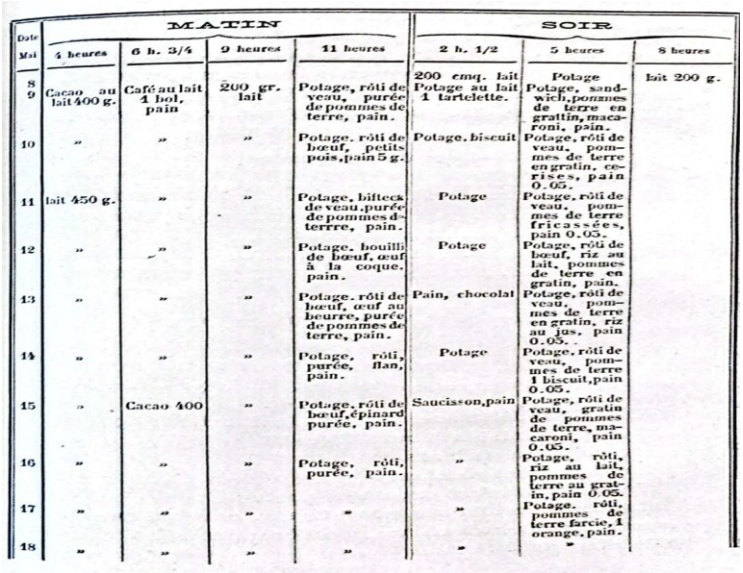


ALIMENTATION DE LA MALADE PENDANT SON SÉJOUR DANS LE SERVICE

Dates Avril	MATIN			SOIR		
	6 h. 3/4	9 heures	11 heures	2 h. 1/2	5 heures	8 heures
10		café noir 1 tasse.	lait 200 gr.	lait 200 gr.	potage,et brioche.	lait 100 gr.
11	Cacao au lait 400 g.,170 g. de pain.	lait 150 gr.	potage poulet, pain 150 gr.	lait 200 g. biscuit.	potage, poulet, pain 100 gr.	»
12	»	lait 200 gr.	potage. saucisson, fromage, pain 180 gr.	lait 200 gr 2 tartelettes.	potage, petit pain, purée pommes de terre, gâteau au chocolat.	»
13	» petit pain de 0,05.	»	potage poulet, purée pommes de terre, pain de 0,05	lait, petit pâté froid, meringue.	potage, saucisson, pomme de terre, petit pain 0,05	
14	»	»	potage, saucisson, purée, 3 pommes cuites, pain 0,05.	petit pâté froid, pain 0,05, friandises.	potage,côtelette de mouton, macaroni, pain de 0,05.	
15	»	»	potage, bifteck de veau, pommes de terre au jus, pain 0,05.	potage,gâteau.	potage, saucisson, petit bifteck de veau, pomme de terre, pain 0,05.	
16	migraine (limonade à la glace).	migraine (limonade à la glace.	potage, purée pommes de terre, poulet, pain 0,05, petit gâteau.	potage, pâtisserie.	potage, bifteck de veau, pomme de terre. pain de 0,05, pâtisserie.	
17	lait 200 g.,chocolat au lait 40 g., petit pain.	lait 200 gr.	potage, bifteck de veau, purée pommes de terre, pain 0,05, gâteau.	pâté froid, petit pain, gâteau.	potage, rôti de veau, macaroni, pâtisserie.	
18	»	»	potage, bifteck de veau. saucisson,purée. gâteau, pain 0,05.	sandwich, gâteau.	potage, pomme de terre, rôti de veau, gâteau.	
19	»	»	potage, rôti. purée.gâteau, pain 0,05.	petit pâté froid, gâteau, pain 0,05.	potage, roti, pomme de terre, pâtisserie, pain 0,05.	
20	»	»	potage, roti, pomme de terre au jus, pain 0,05.	sandwich, gâteau.	potage, saucisson, rôti, riz au lait,gâteau.	

Source : Samy Kamal, M. (1911). L'anorexie mentale, Thèse, Lyon, p. 57

Illustration 34. *Alimentation d'une anorexique pendant son séjour (2)*



Date Mai	MATIN				SOIR		
	4 heures	6 h. 3/4	9 heures	11 heures	2 h. 1/2	5 heures	8 heures
8 9	Cacao au lait 400 g.	Café au lait 1 bol, pain	200 gr. lait	Potage, rôti de veau, purée de pommes de terre, pain.	200 cmq. lait Potage au lait 1 tartelette.	Potage Potage, sandwich,pommes de terre en gratin, macaroni, pain.	lait 200 g.
10	»	»	»	Potage. rôti de bœuf, petits pois,pain 5 g.	Potage, biscuit	Potage, rôti de veau, pommes de terre en gratin, cerises, pain 0.05.	
11	lait 450 g.	»	»	Potage, bifteck de veau,purée de pommes de terre, pain.	Potage	Potage, rôti de veau, pommes de terre frites, pain 0.05.	
12	»	»	»	Potage. bouilli de bœuf, œuf à la coque. pain.	Potage	Potage, rôti de bœuf, riz au lait, pommes de terre en gratin, pain.	
13	»	»	»	Potage. rôti de bœuf, œuf au beurre, purée de pommes de terre, pain.	Pain, chocolat	Potage, rôti de veau, pommes de terre en gratin, riz au jus, pain 0.05.	
14	»	»	»	Potage, rôti, purée, flan, pain.	Potage	Potage, rôti de veau, pommes de terre 1 biscuit,pain 0.05.	
15	»	Cacao 400	»	Potage, rôti de bœuf,épinard purée, pain.	Saucisson,pain	Potage, rôti de veau, gratin de pommes de terre, macaroni, pain 0.05.	
16	»	»	»	Potage, rôti, purée, pain.	»	Potage, rôti, riz au lait, pommes de terre au gratin, pain 0.05.	
17	»	»	»	»	»	Potage, rôti, pommes de terre farcie, 1 orange, pain.	
18	»	»	»	»	»	»	

Source : Samy Kamal, M. (1911). L'anorexie mentale, Thèse, Lyon, p. 59

2.2. L'usage disciplinaire de la sonde alimentaire

Dans certains cas, ni l'isolement ni l'incitation à la réalimentation ne parviennent, selon les médecins, à mener les patientes vers la guérison. Les praticiens recourent alors à l'alimentation par sonde gastrique qui, comme je vais le montrer ici, fait office d'objet disciplinaire de soumission des malades à l'autorité médicale. Je me focalise ainsi ici sur l'« objet-sonde » en tant qu'interface matérielle de pouvoir entre les médecins et les patientes sondées et me concentre pour cela sur les processus d'incorporation par les sujets, par le biais de cet objet, de sensations alimentaires disparues avec l'anorexie.

La sonde : symbole de l'autorité médicale

Tout au long du XIXe siècle, les découvertes techniques associées à la révolution industrielle permettent la création de divers modèles de sondes gastriques, des tubes réalisés à partir de caoutchouc et lestés de plomb (*cf*. illustration 35, ci-dessous). Les sondes, dont les premiers usages médicaux remontent à 1776[695], remplacent à ce moment d'anciens instruments dédiés à l'alimentation forcée des aliénés et des malades atteints de la tuberculose ou du tétanos, comme les cuillères d'argents, les écarte-joues ou les ouvre-bouche[696].

La notion de « gavage » est utilisée par les médecins eux-mêmes pour désigner ces pratiques thérapeutiques consistant à alimenter de force, par voie entérale, les malades les plus dénutris ou les plus réticents aux programmes de réalimentation. Dans sa thèse de médecine dédiée à l'hystérie gastrique[697], Lucien Deniau préconise par exemple le « gavage » par sonde dans le traitement des vomissements hystériques. Cette pratique consiste à déposer dans l'estomac des malades, plusieurs fois par jour[698], une quantité déterminée de matières nutritives. Si diverses substances peuvent être introduites, comme du bouillon, de l'eau sucrée ou des poudres carnées, c'est souvent le lait qui, dans un premier temps, est préconisé par les médecins. Ces liquides sont parfois délayés dans du jaune d'œuf, de la semoule, du tapioca, ou encore des sucs de viande pilée, de manière à épaissir la consistance des jus ingérés via la sonde.

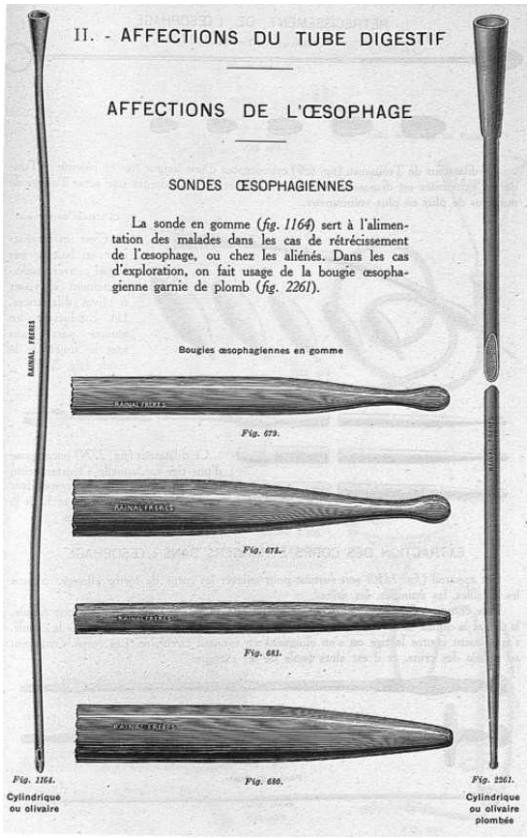
[695] Voir : « Réceptacle utilisé pour les gavages gastriques » [en ligne] https://www.cphr.fr/conservatoire/collections/patrimoine-medical/specialites-medicales/medecine-generale/receptacle-utilise-gavages-gastriques/ (page consultée le 15/11/2023).

[696] Voir de l'Annexe 65 à l'Annexe 68 des exemples de modèles de sondes commercialisées au début du XXe siècle.

[697] Deniau, L. (1886). *De l'hystérie gastrique*, Paris : Doin.

[698] Chez certains sujets, la sonde est posée et retirée à chaque gavage.

***Illustration 35**. Exemples de sondes œsophagiennes en gomme (1925)*



Source : Rainal Frères. (1925). Appareils et instruments. Catalogue général [1825-1925], Paris : Impr. Maréchal. ©Musée de l'AP-HP, Medic@.

Le gavage par sonde engage parfois un véritable bras de fer entre les malades et les médecins. Certains praticiens préconisent, à l'instar de l'isolement, d'user d'autorité (intimidation, contention). La sonde constitue dans ce cadre un objet de subordination des malades à l'autorité médicale, voire un objet de menace dont la seule évocation est censée, par son pouvoir de suggestion, provoquer la peur et inciter les malades à ingérer de leur propre chef de la nourriture. En 1898, les aliénistes Édouard Toulouse et Jacques Roubinovitch affirment pouvoir convaincre certains mélancoliques de s'alimenter en mentionnant un possible recours à la sonde :

> « *Le médecin, ou quelque autre personne, qui a de l'autorité auprès du malade ou en qui celui-ci a confiance, doit présenter lui-même un aliment, du lait par exemple ; en insistant avec douceur et fermeté tout à la fois, on arrivera bien souvent à convaincre le mélancolique. Si ce moyen échoue, on prévient le malade qu'on va forcer sa résistance. On lui représente qu'on arrivera à l'alimenter malgré lui ; et parfois la peur de la sonde, que l'on décrit, le décidera in extremis* »[699].

[699] Toulouse, É., Roubinovitch, J. (1898). « Thérapeutique alimentation des mélancoliques par la sonde », *La Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, p. 17-18.

Mais la menace ne suffit parfois pas à modifier les conduites, et il ne faut alors pas hésiter selon les psychiatres à sonder les malades[700]. Il est notamment suggéré de menacer de gavage les patientes et de systématiquement passer à l'acte si ces dernières se montrent résistantes. Le médecin Auguste Raimbault affirme que « si le malade résiste, il ne faut pas hésiter à user d'autorité : la chose capitale est de ne jamais céder »[701]. Cependant, considérer la sonde comme un instrument dont l'usage serait seulement aux mains des médecins invisibilise l'agentivité des sujets sondés. Cet objet-sonde offre en effet aux patientes anorexiques un support matériel de résistance à l'autorité médicale. Si la pose de la sonde se fait donc majoritairement par la force, elle engage entre les malades et les médecins un jeu d'autorité cristallisé dans cet objet-sonde.

Pouvoirs et résistances par l'objet-sonde

Dans l'alimentation entérale, la manipulation de l'objet-sonde échappe en grande partie au sujet sur qui l'objet est posé. Cette alimentation artificielle engage une relation triadique entre l'objet-sonde, le sujet sondé et le personnel médical. L'introduction de la sonde dans l'estomac requiert alors des opérations conjointes de la part de ses manipulateurs extérieurs (le personnel médical), et de son receveur (le sujet sondé). Chaque étape s'appuie sur les réactions corporelles du sujet, comme le réflexe de déglutition faisant accéder l'objet à l'œsophage, mais aussi sur les savoir-faire pratiques des médecins. Afin de s'assurer que la sonde soit correctement positionnée dans l'estomac et non dans les voies respiratoires, les manifestations corporelles sont scrutées. Il s'agit par exemple d'écouter les bruits émanant de l'estomac et du thorax lors de la manipulation de l'objet.

L'introduction de la sonde dans le pharynx des malades constitue l'un des moments les plus périlleux pour les médecins, puisque c'est l'occasion pour certains sujets d'user de leur propre corps pour s'opposer au gavage. À cet égard, Toulouse et Roubinovitch rapportent des comportements de résistance de la part des malades, au moment de la pose de la sonde :

> « *En supposant qu'on parvienne à introduire la sonde dans la bouche, il est très difficile de la conduire jusqu'au pharynx, car le malade peut couper la sonde avec ses dents et la rejeter ou encore mordre le doigt du médecin qui l'enfoncerait dans la bouche du sujet pour guider son instrument* »[702].

[700] s.a. (1916). « Traitement de l'anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.87, p. 95.

[701] Raimbault, A. (1914). *Le syndrome « anorexie mentale ». Étude séméiologique et pronostique*, Paris : Vigot, p. 107.

[702] Toulouse, É., Roubinovitch, J. (1898). *op. cit.*, p. 18.

Afin de contrer ces actes de résistances, les médecins introduisent préférentiellement la sonde gastrique par le nez, ce qui requiert parfois l'adjonction d'outils de fluidification de la rencontre entre la matérialité de la sonde et celle du corps des sujets, avec par exemple le recours à des mandrins[703]. Même lorsque la sonde est convenablement posée, sa manipulation peut provoquer des réactions corporelles jugées inquiétantes par le personnel médical. Les productions de matières et de fluides corporels (diarrhées, vomissements) sont alors redoutées par les médecins, qui les interprètent comme des réactions automatiques de rejets de l'objet ou comme le résultat d'une quantité inadaptée de matières nutritives ingérées. Le médecin Jules Janet évoque par exemple les difficultés d'alimentation par sonde chez une malade hystérique présentant une anorexie. Il note : « Pendant quinze mois, on la nourrit à la sonde, mais comme elle rendait, peu de temps après avoir été gavée, la presque totalité des substances qu'on lui avait ingérées, elle ne tarda pas à dépérir et à perdre ses forces »[704]. Le docteur Dubois relate quant à lui avoir rencontré des difficultés analogues auprès d'hystériques anorexiques.

> « *Tout liquide ingéré de gré ou de force est rejeté après une demi-heure ou une heure. Chez l'une des malades, le gavage est impossible par ce fait que le tube est immédiatement expulsé avec le liquide alimentaire qu'on introduit. Chez les autres, le liquide du gavage n'est pas toléré plus d'une heure ; et il provoque des douleurs gastriques violentes, jusqu'au moment où il est rejeté* »[705].

Si ces réactions corporelles peuvent s'estomper avec le temps, elles exigent souvent de la part du personnel médical un ajustement de leurs gestes, de l'objet lui-même ou de sa manipulation. Il peut s'agir de diminuer les quantités ou fréquences quotidiennes de gavage, mais aussi de modifier le diamètre du tube ou le modèle de sonde. Certains médecins préconisent la pose d'une sonde duodénale qui traverse l'estomac jusqu'au duodénum, correspondant à l'entrée de l'intestin grêle. Dans un article traitant du « tubage duodénal », le recours à ce type de sonde est préconisé dans le traitement des anorexies mentales. Il est notamment écrit :

> « *L'alimentation duodénale n'a pas seulement une valeur nutritive et anti-émétique d'une importance immédiate, elle a aussi une valeur psychique nullement négligeable en supprimant les sensations gastriques pénibles qui sont le point de départ des phobies et*

[703] Un mandrin, ou bougie, est un fil de fer flexible utilisé pour faciliter l'insertion des sondes. Voir des exemples d'ustensiles utilisés avec les sondes gastriques en Annexe 67.

[704] Janet, J. (1889). « Un cas d'hystérie grave - Communication à la Société clinique de Paris », *La France médicale : historique, scientifique, littéraire*, n°42/6, p. 473.

[705] Dubois, S. (1896). *op. cit*., p.119.

des localisations psychonévrosiques et, en incitant le malade à faire un effort personnel pour manger seul, afin de se débarrasser de la sonde »[706].

Ce modèle éviterait en particulier le frottement de l'extrémité de la sonde dans l'estomac, diminuant ainsi les réactions corporelles indésirables et les inconforts alimentaires liés à la digestion.

Les dynamiques de pouvoir et de résistances qui se cristallisent autour de l'objet-sonde et de sa manipulation suggèrent ici que la pertinence médicale de son usage reposerait sur une action conjointe des médecins et des sujets sondés. Pour que l'objet remplisse son objectif thérapeutique de réalimentation, les médecins et malades doivent coopérer autour de l'objet et de sa dynamique d'usage. Cette coopération engage un travail thérapeutique de ré-habituation des sujets aux sensations corporelles associées à la faim. À cet égard, le gavage constitue, avec les programmes de réalimentation, une pratique invasive de subjectivation des phénomènes nutritifs. Par la répétition régulière de l'action alimentaire, les sensations de faim réapparaissent à la conscience. Mais s'il doit être suffisamment répété pour agir efficacement, le gavage doit cependant aussi rester provisoire, au risque de faire perdre au sujet toute possibilité de subjectivation de ses sensations corporelles. De ce point de vue, certains praticiens redoutent l'accoutumance des malades à l'alimentation par sonde. Un article médical de 1916 abordant le traitement de l'anorexie rappelle ainsi : « L'emploi de la sonde peut être indiqué. Toutefois, il est préférable de ne pas l'employer, le grand danger en l'espèce étant l'accoutumance parfois rapide que prennent ces malades de ce genre d'alimentation »[707]. Pour éviter cette accoutumance, les programmes thérapeutiques de réalimentation mis en place dès la fin du XIXe siècle suivent un principe de diversification alimentaire.

Par un espacement progressif des prises alimentaires médiées par la sonde, il s'agit d'habituer les malades à ingérer progressivement de plus grandes quantités de liquides, puis à consommer uniquement des aliments solides de manière à ne plus dépendre de l'équipe médicale. En d'autres termes, lorsque le neurologue Jules Tinel déclare en 1909 « qu'il ne suffit pas de détruire l'habitude morbide, il faut encore la remplacer par une habitude normale »[708], il rappelle le double enjeu que représente la réalimentation par sonde : celui d'abord de renforcer et de réhabituer les organismes à recevoir de la nourriture, et celui ensuite, de redressement des

[706] Rivet, L. (1922). « Carnot P. et Libert E. La goutte duodénale dans l'anorexie mentale et les vomissements incoercibles », *La Presse Médicale*, p. 491.

[707] s.a. (1916). « Traitement de l'anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.87, p. 95.

[708] Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*, Prix Civrieux, Académie de médecine.

esprits. En effet, par son action suggestive de contrainte physique et morale, il est question dans l'usage de la sonde de prendre, d'abord, la direction totale du sujet, de manière, ensuite, à orienter ses actions, pour, enfin, progressivement « réduire la domination » (Carroy, 1980 : 190) médicale de manière à ce que les sujets, *in fine,* reprennent du pouvoir sur leurs propres actions.

Suivant ce schéma, la diversification alimentaire nécessite de la part des malades de réapprendre certaines « techniques du corps » (Mauss, 1993 [1936]) intrinsèquement liées à l'usage d'une culture matérielle alimentaire. En 1906, l'interne des hôpitaux André Barbé rapporte le cas d'une femme anorexique atteinte de « démence catatonique », alimentée par sonde et refusant tout autre mode d'alimentation. Le traitement appliqué consiste en partie à réapprendre à la patiente l'acte de déglutition qui aurait manifestement été perdu au fil des gavages, en lui faisant réintégrer une certaine culture motrice alimentaire et des savoir-faire pratiques et corporels. Pour cela, les médecins l'habituent dans un premier temps à utiliser des objets absents de l'alimentation par sonde, comme les bols et les cuillères. Ils notent : « On put l'habituer ainsi progressivement à avoir une cuillère et un bol sur la commode à côté de laquelle elle s'asseyait pour le gavage. Puis on lui fit prendre cette cuillère et on l'exerça lentement à faire le geste de la porter à sa bouche »[709]. L'acte de porter une cuillère à la bouche nécessite ici un réapprentissage de techniques corporelles qui passe par la répétition et le perfectionnement du geste. Ils rapportent en effet :

> *« Au début, et pendant près de dix jours, ce mouvement se perfectionne de plus en plus, s'accomplit de plus en plus facilement, mais la malade ne fait aucun mouvement de déglutition et laisse couler hors de sa bouche tout le liquide qu'elle y avait introduit. Quelques jours après, elle commence à faire un léger mouvement de déglutition, puis le fait de mieux en mieux jusqu'à ce qu'elle arrive à avaler convenablement sa cuillerée de liquide* »[710].

Peu à peu, la réaction de déglutition déclenchée par la rencontre de la bouche avec la cuillère s'automatise. La malade qui avait oublié le geste alimentaire – que nous pourrions qualifier, en suivant Marcel Mauss, de « bio-psycho-social » – a désormais la capacité de porter une cuillère à sa bouche et d'avaler le liquide.

Si les éléments présentés ici mettent en évidence les formes de résistances des patientes aux pratiques thérapeutiques, notamment de réalimentation, le manque de sources donnant accès à la subjectivité et au point de vue des malades rend toutefois difficile d'affirmer dans quelle

[709] Barbé, A. (1906). « Le refus d'alimentation dans la démence catatonique », *Archives de neurologie. Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, nº123, p. 169.

[710] *Ibidem*.

mesure la soumission des sujets à l'autorité médicale fait l'objet, de leur part, d'une stratégie de pouvoir. Toutefois, en 1892, une anorexique prise en charge à la Salpêtrière aurait déclaré : « Je finirai peut-être par me persuader quand je verrai qu'on me donne plus de nourriture par la sonde que je gagnerai à manger seule pour en avoir moins »[711]. Il semble possible, à la lecture de ces mots, de supposer que dans un contexte médical et d'hospitalisation le réapprentissage de techniques corporelles alimentaires serve aussi à une reprise de pouvoir de la part des malades sur leur alimentation. Du moins, notre analyse de la sonde gastrique en tant que technologie de pouvoir suggère que les pratiques thérapeutiques de réalimentation des anorexiques s'inscrivent dans des dynamiques d'alliance et de dés-alliance entre les médecins et les malades, qui traversent les manipulations et les usages de l'objet. Se lit également dans ces techniques thérapeutiques corporelles et d'objet, qu'elles soient disciplinaires ou de résistance, l'entrelacement de visées diverses, voire antagonistes, mais dont les expressions convergent parfois vers une soumission des patientes aux attendus de genre.

Diagnostiquer la soumission aux normes

Les malades qui se soumettent aux techniques disciplinaires de la réalimentation thérapeutique peuvent espérer échapper, par-là, au pouvoir médical et à ses pratiques invasives. L'observation de la reprise de conduites alimentaires jugées normales est en effet le plus souvent « récompensée » par un arrêt de la thérapeutique et de l'isolement. Néanmoins, cette soumission aux prescriptions alimentaires amène aussi les sujets, du même coup, à se soumettre aux normes sociales et corporelles de genre. Comme nous l'avons évoqué tout au long de cette thèse, les malades jugées guéries ne le seraient pleinement, aux yeux des médecins, que lorsqu'elles présenteraient des signes corporels de féminité (poitrine, menstrues)[712]. Les seuils de rendement de la catégorie d'anorexie semblent donc fondés dès la fin du XIXe siècle sur l'idée que les patientes choisiront, à un moment ou à un autre du traitement, de se soumettre préférentiellement aux techniques disciplinaires, plutôt qu'à l'isolement punitif. Les anorexiques ne seraient alors que des enfants, des filles et des femmes aux instincts pervertis, et qu'il faudrait raisonner en leur rappelant que leur destin social (de femmes) vaut mieux que leur isolement (de malades).

Dans ses travaux portant sur l'anorexie mentale, Paul Sollier incite ainsi les médecins à détecter la maladie le plus tôt possible, de manière à éviter que les comportements pathologiques ne

[711] Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* p. 278.

[712] Voir en particulier le chapitre 3 « Un quadrillage corporel expert », ainsi que le chapitre 6 « Indices, chiffres et schémas : les "micro-techniques" d'enregistrement de la croissance ».

deviennent irréversibles. Il reconnait toutefois la difficulté pour les cliniciens de distinguer nettement l'anorexie d'autres troubles mentaux et gastriques, comme la dyspepsie ou l'atonie hystérique avec lesquels l'anorexie partage certains symptômes (douleurs gastriques, perte d'appétit, vomissements). Selon Sollier : « L'hésitation peut être grande et c'est dans certains cas, plutôt une affaire de coup d'œil que de raisonnement, et c'est alors le traitement et l'évolution qui tranche la question »[713]. Autrement dit, l'identification de l'anorexie ne serait possible qu'à travers l'examen clinique de la réaction des patientes, de soumission ou de résistance, aux traitements mis en place. De la même manière, pour Jules Tinel, la réaction des sujets aux thérapeutiques permettrait de distinguer l'anorexie d'autres pathologies aux symptômes proches. Il affirme par exemple qu'il est « souvent difficile de faire un diagnostic précis »[714]. Dans ce cas, ajoute-t-il : « Ce sera bien l'efficacité du traitement moral qui montrera à quoi l'on avait affaire et qui manifestera la nature, délirante ou non, de l'idée qui avait déterminé la crise »[715]. Suivant ces médecins, c'est donc parce que les malades adoptent au moment des traitements des comportements rationnels et non délirants qu'elles sont diagnostiquées anorexiques. C'est d'ailleurs la capacité des malades à reconnaitre leur état pathologique qui différencie, dans les récits et classifications psychiatriques, les anorexiques des mélancoliques ou des psychasthéniques, jugés incurables. L'« aveu » des patientes concernant une cause explicative de leurs troubles est d'ailleurs perçu comme une preuve de leur soumission à l'autorité médicale, marquant leur engagement dans un parcours de guérison.

La catégorie d'anorexie est donc le produit de la subjectivation qui en est faite par les sujets qui y sont assignés. Du moins, l'avènement du « sujet anorexique » semble émerger, en partie, au sein des rapports de pouvoir induits par les pratiques thérapeutiques, entre les sujets malades et les représentants de l'autorité médicale. Ceci implique que les seuils diagnostiques de l'anorexie soient aussi déterminés par les réactions des sujets aux pratiques thérapeutiques, et non seulement depuis des critères cliniques standardisés. C'est, en somme, ici, que se situerait le seuil de rendement de l'anorexie, dans les « techniques de soi » (Foucault, 2001), de soumission ou de résistance des malades, et émergeant de la dynamique d'interaction avec le corps médical et les objets thérapeutiques.

Notons enfin que les thérapeutiques de l'anorexie peuvent aussi être analysées comme des « techniques du vivant » (Pitrou, 2022) qui, à travers des institutions et des pratiques sociales,

---

[713] Sollier, P. (1896). « L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895,* Vol. II : Comptes rendus, Paris : Masson, p. 366.

[714] Tinel, J. (1909). *op. cit*., p. 8.

[715] *Ibidem.*

visent autant à structurer qu'à accompagner les passages biologiques de l'état d'enfant à l'âge adulte. Se lit en effet dans les thérapeutiques de l'anorexie la réalisation d'« actes techniques efficaces » au sens où Marcel Mauss les entend, c'est-à-dire, ici, des actes curatifs et éducatifs « d'ordre mécanique, physique ou physico-chimique, et poursuivi dans ce but » (Mauss 1994 [1934] : 10). François Sigaut (2003 : 5) rappelle sur ce point que :

> « *La morphologie des sociétés, c'est-à-dire la façon dont les humains s'agrègent en groupes et en sous-groupes identifiables et structurés, n'est pas seulement affaire de parenté, de pouvoir, de langage, de religion, etc. Elle est aussi affaire d'apprentissage et de pratique techniques* ».

Les seuils de rendement de l'anorexie sont donc aussi des seuils techniques, au sens où ils s'appuient sur un encadrement technique culturellement reconnu comme efficace et contribuant à l'arrachement des malades et des enfants à un état de naturalité, en leur faisant incorporer des techniques culturelles, corporelles et alimentaires. Les thérapeutiques visent en effet à faire accepter aux sujets, *par* et *dans* leur corps, certaines normes sociales d'âge et de genre, mais s'imbriquent également, et comme nous allons le voir désormais, à des pratiques corporelles de classe.

Conclusion du chapitre 7 :

Le refus de nourriture est un comportement qui attire particulièrement l'attention des psychiatres et psychologues du tournant des XIXe et XXe siècles, non seulement parce qu'il traduit un certain état mental, mais aussi parce qu'il notifie le dysfonctionnement d'un « corps machine » (Rabinbach, 1993) qu'il est nécessaire de réparer par le biais de pratiques disciplinaires. Dans un cadre thérapeutique, la soumission des anorexiques à une alimentation rationnelle stricte vise à orienter, depuis l'extérieur des corps, les processus internes, biochimiques et psychologiques des malades. Les sensations stomacales, et plus largement le fonctionnement nutritionnel comprenant l'acte alimentaire, la digestion et l'assimilation des aliments, sont placés au cœur d'une « anatomopolitique » (Foucault, 1994) où l'efficacité des interventions médicales curatives repose sur une surveillance accrue et une contrainte des corps, dans le temps et dans l'espace. De cette manière, les sujets réalimentés incorporent des techniques corporelles suivant un double mouvement, d'abord de « couplage », puis de « découplage » (Julien & Rosselin, 2009) avec l'objet-sonde, lorsque celui-ci est utilisé. Plus largement il est attendu au cours des thérapeutiques (hydrothérapie, cure médicamenteuse) et des programmes de réalimentation que les malades intègrent progressivement dans leur

« schéma corporel » (Schilder, 2017) – c'est-à-dire dans une vision perceptive et unitaire et de leur corps – certaines techniques du corps et sensations (ventre vide ou plein, sensation de faim). Ainsi, si comme le propose Jean-Pierre Warnier (2022), le corps humain n'advient qu'avec l'avènement du sujet de ce corps, le temps est érigé dans l'approche psychiatrique et psychophysiologique de l'anorexie comme un vecteur central d'humanisation des malades, par la subjectivation des sensations de faim. La réalimentation thérapeutique suit dans cette perspective un modèle d'encodage progressif des sensations alimentaires adoptant les mêmes règles de rationalisation du temps et des quantités nutritives que celles préconisées par les pédiatres dans le cadre de l'hygiène infantile. De cette manière, notre étude des traitements de l'anorexie en tant que techniques de pouvoir met en avant un entrelacement anthropologique entre « soigner » et « faire se développer », puisqu'il s'agit d'accompagner le développement des individus, mais aussi de « fabriquer » le développement par le réglage rationnel des temporalités et quantités alimentaires. En somme, et si comme nous l'avons souligné dans l'introduction de ce travail, l'anorexie du nourrisson et celle des adolescentes constituent dans les classifications médicales des catégories cliniques distinctes, elles partagent néanmoins historiquement des seuils diagnostiques de rendement communs, en étant toutes les deux appréhendées comme des catégories médicales relevant d'anormalités correctibles par des pratiques corporelles, médicales et éducatives qui tendent à orienter la subjectivation des individus en leur faisant incorporer une norme alimentaire, de genre et d'âge. Dans cette perspective, le chapitre suivant se concentre plus spécifiquement sur les enjeux de sélection médicale et sociale des anorexiques, contenus dans les pratiques de soin et les espaces de prise en charge des malades.

Chapitre 8 – Des maisons de santé aux services ouverts : l'anorexie façonnée par les restructurations de l'institution psychiatrique

Au cours de mon enquête archivistique, le dépouillement des registres d'entrée et d'admission des malades des asiles et hôpitaux publics n'a donné lieu à aucune observation de cas d'hospitalisation pour anorexie. Cependant, dans les publications médicales, certains médecins mentionnent, dès la fin du XIXe siècle, l'adressage des femmes anorexiques vers des maisons de santé privées. Face à ce constat, il m'a semblé opportun de me tourner vers les archives de ces types d'établissements privés. Toutefois, l'absence ou l'impossibilité d'accéder à ces archives médicales m'ont conduite à modifier ma démarche d'enquête. En prenant exemple sur les travaux historiques et sociologiques s'appuyant sur des cartes postales (Epstein, 2022 ; Rennes, 2018 ; Ripert & *al*., 1983), je me suis par conséquent tournée vers la collecte et l'étude de ces matériaux iconographiques et scripturaux. Plus tardivement dans mon travail d'enquête, j'ai néanmoins pu constater dans les registres d'entrée du Service de Prophylaxie mentale de l'hôpital Sainte-Anne des cas d'hospitalisations pour anorexie mentale. À partir de ces divers éléments, ce dernier chapitre se concentre donc sur les espaces et les pratiques corporelles qui gravitent autour de l'hospitalisation des anorexiques dans les maisons de santé et dans le Service de Prophylaxie mentale de l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Dans la continuité du précédent chapitre, il interroge la construction du sujet anorexique en lien avec les espaces thérapeutiques et les techniques du corps et d'objets (Diasio, 2009 ; Julien & Rosselin, 2009). Il porte donc un intérêt particulier à la subjectivation des malades, par le biais de l'étude des techniques corporelles et de la matérialité de ces lieux thérapeutiques socialement situés. Il s'agit, de cette manière, de discuter du « seuil de rendement » d'âge et de genre de l'anorexie, mis en évidence précédemment, en le mettant à l'épreuve de la variable de la classe sociale.

Dans un premier temps, le chapitre explicite les logiques médicales, spatiales et sociales d'orientation des malades diagnostiquées anorexiques, par les médecins, vers des cliniques et des maisons de santé. Il montre que ces logiques s'insèrent dans un contexte plus large de restructuration des institutions psychiatriques, qui favorise la formation de catégorisations sociales et médicales de troubles nerveux curables, comme l'anorexie. À partir de l'étude de cartes postales d'établissements de psychiatrie et de maisons de santé datant du début du XXe siècle, le chapitre aborde ensuite les imaginaires et les matérialités qui entourent le traitement médical et social réservé aux affections nerveuses. Il analyse ces imaginaires et ces matérialités

au regard de l'émergence de pratiques corporelles de distinction sociale et de consommation de biens et de services sanitaires. Enfin, à partir de trois dossiers[716] de patientes anorexiques hospitalisées au sein du Service de Prophylaxie Henri-Rousselle entre 1922 et 1930, le chapitre ouvre une réflexion sur la reconfiguration des frontières spatiales et symboliques entre maladie mentale et société. Ces éléments ouvrent alors des perspectives de recherches complémentaires concernant les seuils diagnostiques de l'anorexie, en particulier autour de l'étude des effets des réformes sociales et sanitaires de l'entre-deux-guerres sur la catégorisation sociale et médicale des anormalités enfantines ainsi que des troubles mentaux et nerveux.

1. Des hospitalisations en dehors des asiles

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'isolement des patientes anorexiques est vivement plébiscité par la majorité des médecins aliénistes et psychiatres. Dès les années 1880, les anorexiques sont envoyées à cette fin dans des hôpitaux et des cliniques, mais aussi dans des maisons de santé. Le médecin Georges Noguès évoque par exemple le cas d'une anorexique mentale de dix-huit ans, envoyée en 1919 dans la maison de santé du docteur Jean Tarrius, située à Épinay-sur-Seine en région parisienne[717]. Certaines malades sont également hospitalisées dans des établissements privés d'hydrothérapie, comme celui d'Auteuil situé rue Boileau à Paris[718], ou encore dans des maisons de régime[719] comme celle détenue par le neurologue André Thomas[720]. Qu'est-ce que ces adressages des anorexiques vers ces espaces de soin nous disent-ils de la catégorisation médicale, mais aussi sociale, de l'anorexie et ainsi de la production de seuils diagnostiques sociaux, d'âge et de genre, de la catégorie ?

1.1. Une stratification sociale et économique de la maladie mentale

Muriel Darmon a mis en lumière la tendance des médecins du tournant des XIXe et XXe siècles à préférentiellement « recruter » les anorexiques dans les groupes situés dans un « entre-deux social » (2001 : 52). Dans le cadre de notre enquête, l'adressage des malades à des maisons de santé interroge quant au statut économique et social des patientes. Les séjours en maison de

[716] Les étapes de collecte de ces dossiers ont été explicitées en amont. Cf. Chapitre 1, partie 1 « Présentation du terrain documentaire ».

[717] Voir l'observation VII dans Noguès, G. (1913) « *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse, Ch. Dirion, p. 108.

[718] Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 276-280.

[719] Genty, M. « André Thomas, l'anorexie mentale », *La revue de psychiatrie*, n°3, 15 janvier 1909 et dans *La clinique* 1909, p. 33 ; Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants/organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, 3e année, n°5, p. 68.

[720] Pour un aperçu des thérapeutiques et des lieux d'hospitalisation des malades, voir la dernière colonne du « Tableau de cas cliniques » reproduit en Annexe 2.

santé sont en effet particulièrement onéreux à cette époque. Par exemple, un mois de soin dans la maison d'Auteuil coûte au minimum 315 francs par mois[721], un tarif élevé qui exclut de fait une partie de la population, notamment ouvrière[722]. Les maisons de santé se démarquent donc des asiles publics par le statut social et économique de la population qu'elles accueillent. Le coût des séjours dans ces établissements représente quant à lui un vecteur de catégorisation sociale et économique de la maladie mentale. Il s'agit dès lors d'examiner la façon dont cette stratification spatiale, sociale et psychiatrique de la maladie mentale s'opère concernant l'anorexie.

« Les contagieux et les mentaux ne sont pas admis »

L'ouverture de lieux de soin privés s'est faite progressivement depuis le milieu du XIXe siècle, puis s'est accélérée au début du XXe siècle. Avec la loi du 30 juin 1838 relative au système asilaire, aussi nommée loi Esquirol, les départements sont contraints de se doter de services asilaires d'accueil des aliénés indigents. Si certains départements optent pour des structures publiques, beaucoup se rapprochent de structures privées, laïques ou chrétiennes. On assiste à la suite de cette loi à une multiplication des structures asilaires religieuses dédiées à l'accueil des indigents, mais l'internement des aliénés s'effectue également dans des services dédiés à des catégories de malades spécifiques (affections cérébrales, épilepsie) situés au sein de grands hôpitaux publics, comme à Bicêtre ou à la Salpêtrière (Henckes & Majerus, 2022). Présentées à la suite de cette loi de 1838 comme une alternative au système asilaire, les structures privées ne cessent de fleurir tout au long du XIXe siècle et du début du XXe siècle, et certains médecins ouvrent leurs propres maisons de santé, en périphérie des grandes villes ou en banlieue, dans lesquelles ils font valoir leurs préceptes thérapeutiques.

Située dans un lieu de villégiature prisé dès le XVIIIe siècle par la bourgeoisie parisienne, en périphérie de la capitale et sur les berges de Seine, la maison de santé d'Épinay-sur-Seine, dans laquelle sont reçues des anorexiques, a par exemple d'abord appartenu à l'ancien médecin du bureau de bienfaisance et de l'état civil, Pierre Saint-Clair Monribot. En 1893, il cède son établissement aux médecins Jean-Pierre Tarrius et Honoré Saury (Tiberghien, 2021). Membre de la *Société Médico-Psychologique*, Saury est également le directeur de la maison de santé de

[721] Le tarif figure notamment sur les documents publicitaires de l'établissement d'Auteuil. Voir par exemple le prospectus de l'établissement reproduit en Annexe 69.

[722] Pour donner un autre d'idée, d'après l'enquête tenue par Landouzy en 1912 une ouvrière parisienne travaillant dans l'industrie textile gagne en moyenne 12 francs par semaine. Les ouvriers de chantier peuvent quant à eux gagner 5 à 6 francs par jour. Voir : Landouzy, L., Labbé, H. & Labbé, M. (1905). *Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens : Ce qu'elle est : irraisonnée, insuffisante, insalubre, dispendieuse ; ce qu'elle pourrait être : rationnelle, suffisante, salubre, économique*, Enquête présentée à la IVe section du Congrès international de la tuberculose (2-7 octobre), Paris : Masson.

Suresnes. Un an après sa collaboration avec Tarrius à Épinay, il quitte l'établissement pour installer son cabinet à Paris où il développe l'usage du Voltaphore[723], et laisse finalement la direction de la maison de santé d'Épinay à son collègue[724].

En 1888, la maison de santé d'Épinay et celle d'Auteuil figurent dans la rubrique « Hydrothérapie scientifique » de *L'Almanach du commerce, de l'industrie et de la magistrature*[725], et sont décrites comme des établissements dédiés au traitement des « maladies mentales et nerveuses », spécialisés dans les « convalescences » et les « séjours de repos ». De plus, contrairement aux asiles pour lesquels les individus internés dépendent du département, les maisons de santé et les cliniques privées sont administrativement libres de trier la population accueillie dans la mesure où les malades ne sont « ne sont pas les aliénés de tel département »[726]. Les établissements se spécialisent en tant que maisons de santé, de régime ou de repos dédiées au traitement des affections nerveuses et digestives, et ciblent dans leurs publicités les malades nerveux ou mentaux légers[727]. Dans un article consacré à la « Thérapeutique Pratique », le *Paris-Médical* vante ainsi les mérites de la maison de régime de l'Ermitage, un établissement où les prescriptions médicales données aux « dyspeptiques » sont scrupuleusement respectées, où « les contagieux et les mentaux ne sont pas admis »[728]. L'exclusion annoncée des contagieux et des malades mentaux de l'établissement implique ici une distinction nette avec la population tuberculeuse prise en charge dans les sanatoriums, ainsi qu'avec la population des aliénés internés en asile.

De manière générale, les maisons de santé ne se destinent pas à accueillir d'indigents, et lorsque cela est le cas, ces derniers sont pris en charge dans un bâtiment distinct. Notons également que certaines maisons de santé sont en lien étroit avec les hôpitaux publics et qu'elles réservent parfois des lits gratuits[729] aux personnes qui n'auraient pas la possibilité de financer leur séjour dans un tel établissement (Faure, 2019). Toutefois, ce dispositif semble limité et certaines patientes, faute de moyen, se voient dans l'obligation de quitter les établissements privés où

[723] Appareil d'électrothérapie principalement utilisé dans le traitement des névralgies.

[724] Après le décès de Jean Pierre Tarrius, la maison de santé est cédée à sa famille qui en sera l'unique propriétaire jusqu'à son achat en 2008 par la société « Le Noble Âge ». Le rachat de tels espaces par de grands groupes rend difficile l'accès aux archives médicales de ces établissements.

[725] Firmin Didot frères. (1888). « Hydrothérapie scientifique », *Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration : ou almanach des 500.000 adresses de Paris, des départements et des pays étrangers*, A91, part 1., p. 1566.

[726] Rivet, M. (1875). *Les aliénés dans la famille et dans la maison de santé*, Paris : Masson, p. 59.

[727] Voir des exemples en annexe (Annexe 70 à Annexe 72).

[728] s.a. (1920). « Une maison de régime modèle : L'Ermitage d'Évian-les-Bains », *Le Paris médical : la semaine du clinicien*, p. 425.

[729] Cela est notamment le cas de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine.

elles séjournent pour rejoindre les services spécialisés d'hôpitaux publics. Ainsi en 1920, Louise G. est placée dans un établissement privé, mais ne pouvant payer les frais de pension, le frère demande que sa sœur soit transférée dans un asile public. Présentant des délires de persécution et des hallucinations auditives, Louise G. est alors transférée à la Salpêtrière le 2 avril 1920 sur demande du préfet de police. De la même manière, l'internement d'une hystérique atteinte de « délire de maigreur » [730], Julie Redouté, à la Salpêtrière le 17 avril 1894, parait s'expliquer par des ressources économiques limitées. Envoyée en pension à ses onze ans au Couvent du Sacré-Cœur à Saint-Ouen, Julie R. en est ensuite retirée pour des raisons pécuniaires. Lorsqu'une anorexie commence à se manifester chez elle, elle est d'abord envoyée dans la maison de santé municipale Dubois, située à Paris, avant d'être conduite à ses dix-sept ans à la Salpêtrière, en raison de ses épisodes de délires. Sur le registre d'entrée[731] conservé aux archives de l'AP-HP figure bien son nom, ce qui atteste de son entrée dans l'établissement. Néanmoins, il n'y figure aucune autre indication concernant les raisons de son internement. Plus largement, l'anorexie n'apparait ni pour Julie R. ni pour d'autres, comme un diagnostic justifiant l'internement dans les services de la Salpêtrière. En dernier exemple, nous pouvons citer le cas mentionné par Georges Noguès, d'une fille de « petits cultivateurs de condition modeste »[732] prise en charge en 1909 dans une maison de santé d'hydrothérapie. Après quelques mois de séjour, elle se trouve, « pour des raisons d'ordre matériel »[733], dit-il, dans l'obligation de quitter le lieu et de retourner chez elle.

Ces exemples invitent dès lors à nuancer la vision d'un adressage systématique des seules filles de catégories sociales et économiques aisées vers les maisons de santé, puisque certaines patientes de catégories sociales modestes séjournent également, bien que provisoirement, dans ces mêmes établissements. Les quelques éléments portant sur le statut social des anorexiques hospitalisées ne permettent pas d'avancer que la pathologie soit le propre d'une classe bourgeoise, moyenne ou aisée. En effet, certains médecins évoquent des cas de filles venues des régions rurales, et ayant grandi dans des milieux modestes, envoyées en maison de santé pour quelques semaines ou quelques mois.

Cependant, nous ne possédons ici que trop peu d'éléments pour pouvoir affirmer que l'accession, même momentanée, à ces lieux de soin soit perçue par les familles comme un

[730] Brissaud, É., Souques, A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p.327-337.

[731] Archives de l'AP-HP : SLP/1/Q/2/182, registre (5 avril 1894 - 14 octobre 1895).

[732] Noguès, G. (1913). *op. cit*., p. 146.

[733] *Ibidem.*

privilège social de distinction. Nous pouvons néanmoins rappeler avec les travaux d'Olivier Faure et de Dominique Dessertine (Faure & Dessertine, 2019, 2012) que la multiplication des structures privées accompagne une redéfinition des logiques psychiatriques, spatiales et économiques du soin. Au début du XXe siècle, se met en place, selon eux, un véritable engouement social et médical pour la névrose, face auquel les « médecins n'auraient pu faire autrement que de céder à leurs clients et de déguiser en maladies nerveuses des maladies mentales » (Faure & Dessertine, 2012 : 26). Est-il alors socialement plus « valorisé » d'être anorexique plutôt que maniaque ou démente ? Il apparait en tout cas que la catégorie d'anorexie ait été associée, par des logiques classificatoires et des pratiques thérapeutiques libérales, à des espaces de soin distincts des asiles.

L'anorexie comme anormalité physique curable

L'essor des maisons de santé prend effet à un moment où la curabilité est au cœur des débats médicaux et éducatifs qui opposent divers médecins pédagogues et « techniciens de l'enfance anormale » (Arveiller, 2009). Dès les années 1870, le médecin Désiré-Magloire Bourneville s'engage dans la défense de l'éducabilité des enfants dits « idiots », « débiles » ou « arriérés ». Il prend la tête en particulier de l'hôpital Bicêtre, où il théorise et met en œuvre une « méthode médico-pédagogique » visant à éduquer les enfants anormaux par le biais de pratiques corporelles, sensorielles et scolaires jugées adaptées aux capacités de chaque enfant. En tant qu'ancien contributeur de l'*iconographie de la Salpêtrière*, Bourneville utilise le médium photographique comme un moyen scientifique d'identification et de catégorisation des affections nerveuses, mais aussi comme un moyen de communication et de valorisation de sa méthode auprès du grand public (Sandras, 2024). Si la méthode médico-pédagogique ne perdure que difficilement après la mort de Bourneville, elle essaime toutefois jusqu'au début du XXe siècle, et certaines maisons de santé se dotent de services et de pavillons destinés à l'accueil des enfants dits « arriérés » ou « nerveux » (*cf.* illustration 36, ci-dessous).

***Illustration 36**. Publicité pour l'établissement médical de Meyzieux (1909)*



Source : Revue des maladies de la nutrition. (1909).

Il est fort probable que des enfants anorexiques n'aient pas été préférentiellement hospitalisées dans ces établissements, notamment parce que la méthode médico-pédagogique s'adresse principalement aux enfants anormaux présentant des retards mentaux et d'intelligence. Caractéristiques dont semblent dénuées les anorexiques qui présentent « un esprit vif, s'intéressant à tout, toujours prêt[es] à discuter »[734]. Néanmoins la question des lieux de prise en charge médicale des anorexiques rejoint à certains égards les débats relatifs à l'éducabilité des enfants anormaux en faisant intervenir dans la catégorisation de l'anorexie des savoirs psychologiques établis dans le cadre de la sélection scolaire et du « triage médico-administratif » (Lalanne Berdouticq, 2020 : 442) des enfants anormaux sur la base de leurs aptitudes cognitives et intellectuelles.

Au début du XXe siècle, le psychologue Alfred Binet se tourne en effet vers des pratiques expérimentales de mesure du développement de l'intelligence chez les enfants en âge d'être scolarisés. Il privilégie dans sa démarche une observation des sujets dans leur milieu de vie. Il ouvre ainsi à Paris le laboratoire-école de la rue Grange aux belles, au sein duquel il développe ses réflexions et expérimentions (Nicolas & Ferrand, 2011). Par la construction de tests psychotechniques, le psychologue pense pouvoir observer et mesurer les aptitudes intellectuelles à partir de l'évaluation de la rapidité et de la qualité des réponses produites par les élèves face à un travail intellectuel. Avec le psychiatre Théodore Simon, Binet propose en 1905 la première échelle métrique de l'intelligence. Par cette échelle standardisée, Binet aspire à « mesurer l'intelligence comme une fonction en développement » (Saraceno, 2018), qu'il

[734] Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *L'anorexie mentale : ses caractères psychologiques*, Thèse, Bordeaux, p. 39.

rattache dans une vision psychophysiologique à la capacité énergétique d'un individu à répondre aux stimuli de son environnement. Plus largement, et en réaction aux critiques concernant les effets de suggestion au sein des thérapeutiques, Binet souhaite développer « un dispositif qui ait une efficacité objective, de telle sorte qu'entre la stimulation et la réaction ne s'interpose point la relation expérimentateur-sujet, comme effet de brouillage » (Carroy, 1991 : 170). Un objectif qui le conduit à affirmer la possibilité de remplacer l'expérimentateur par une machine. Dans cette perspective d'objectivation des fonctions psychiques, l'échelle de l'intelligence est utilisée dans le champ scolaire pour trier les individus et les envoyer dans différentes classes ou à l'asile, selon leur niveau d'intelligence supposée, mesurée en « âge mental »[735]. L'usage de cette échelle fournit donc une assise scientifique au « tri » des élèves et justifie la sélection scolaire avec des affectations dans des classes spéciales (Gardet, 2010) ou dans des « classes de perfectionnement » dédiées aux enfants « débiles », qui sont officiellement ouvertes en 1909 sur les conseils de Binet.

Les savoirs psychophysiologiques offrent, en somme, au début du XXe siècle, une grille de lecture de l'enfance anormale. Ils fournissent une boussole psychologique et médicale à la catégorisation des anormalités enfantines et orientent l'envoi des enfants anormaux dans diverses structures médicales et éducatives jugées adaptées à leur « âge » ou à leur « niveau » scolaire et intellectuel. On pourrait ainsi s'attendre à voir émerger la question anorexique de l'observation de ces anormalités et retards scolaires. Or les médecins spécifient généralement que les anorexiques poursuivent un parcours scolaire commun, loin des classes spécialisées et des parcours dédiés aux enfants « idiots », « débiles » ou « arriérés ». Les récits cliniques racontent que les malades obtiennent le brevet, qu'elles s'engagent parfois même dans des études supérieures. Elles ne semblent manifester des troubles de la mémoire ou cognitifs qu'au paroxysme de la maladie, lorsque leur corps est entièrement épuisé. Georges Noguès souligne, par exemple, à propos d'une anorexique observée par le Dr Tarrius :

> « *L'intelligence ne paraît pas avoir été atteinte. Le cerveau a conservé sa vitalité fonctionnelle et cette vitalité s'accuse par l'esprit de ruse et d'initiative que manifeste la malade. Du reste, elle obtint son certificat d'études à l'âge de onze ans et à seize ans elle subit avec succès l'examen du brevet élémentaire* »[736].

[735] Pour en savoir plus sur les logiques politiques et institutionnelles d'identification et de classification des anormaux dans les écoles républicaines au début du XXe siècle, voir : Vial : 1990.

[736] Noguès, G. (1913). *op. cit.,* p. 109.

Dans sa thèse de médecine, Marie-Joseph-André Donnadieu évoque quant à lui le cas de Germaine V., une anorexique de seize ans qui, selon ses observations personnelles, « était une jeune fille intelligente et instruite » voulant « passer le concours d'institutrice » et qui, ajoute-t-il, « lit beaucoup »[737]. Les malades semblent ainsi présenter des aptitudes scolaires jugées normales, voire supérieures à la moyenne. Certains psychiatres relèvent dans l'anamnèse de leurs cas cliniques le désintérêt profond des enfants anorexiques pour les loisirs et les centres d'intérêt des autres enfants de leur âge. Les premiers signes de la maladie remonteraient ainsi à une inadéquation, durant l'enfance, entre l'âge chronologique des individus et les conduites ou activités adoptées à cet âge. Cette identification pathologique d'une enfant « en avance » sur son âge fait aussi écho à la figure du « génie », développée à la fin du XIXe siècle par la psychiatrie et la psychologie expérimentale, et dont Émile Zola est considéré comme l'archétype[738]. Pour les psychiatres, ces « dégénérés supérieurs »[739] (Doron, 2018) feraient preuve d'une volonté intacte, autorisant l'apprentissage d'un contrôle des fonctions instinctives et donc la poursuite de conduites normalisées.

Si les anorexiques ne présentent pas selon les médecins, de retard intellectuel, elles présentent cependant, et comme nous l'avons souligné tout au long de ce travail, des anormalités physiologiques et de croissance. Ces anormalités (chétivité, maigreur, pâleur, aménorrhée) sont largement investies dès la fin du XIXe siècle, et d'autant plus fortement après la Seconde Guerre mondiale, par les groupes réformateurs de la IIIe République. La *Ligue d'Hygiène scolaire* entreprend par exemple en 1918 l'ouverture de classes aérées dédiées aux enfants anémiques et rachitiques[740]. Les socialistes vantent les mérites des classes en plein air dans le renforcement des mauvaises constitutions. Le « grand air » est par exemple supposé « stimuler l'appétit »[741] des enfants. Ainsi au début du XXe siècle, les pratiques éducatives visant à renforcer les corps enfantins et à prévenir les anormalités de croissance croisent les pratiques corporelles de santé, dont la légitimité sociale s'accroît en lien avec l'essor d'un marché sanitaire du renforcement.

[737] Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *op. cit.* p. 61.

[738] Le psychiatre Édouard Toulouse se lance dans les années 1890 dans l'étude des liens entre génie et folie, avec pour sujet d'étude des personnalités de monde artistique et littéraire comme Émile Zola dont les résultats d'observation ont été publiés, ce qui en fait aujourd'hui le cas le plus célèbre. Voir à ce sujet : Carroy, 2000 ; Marquer, 2015.

[739] Les psychiatres classent les dégénérés en trois catégories correspondant à trois stades de dégénération : celle des idiots, celle des dégénérés instinctifs et celle des dégénérés supérieurs. Voir à ce sujet : Doron, 2018.

[740] Pour en savoir plus sur les pratiques revendiquées au sein de ces classes, voir, par exemple, les films documentaires disponibles sur la plateforme MedFilm : « L'école en plein air de Pantin » (1927) ; « L'école de plein air du 19e arrondissement à Pavillon-sous-Bois pour enfants chétifs » (1929) ; « Classe aérée : l'école des filles de la rue des Épinettes à Paris » (1919). Les liens sont disponibles en bibliographie.

[741] Voir par exemple en Annexe 73 et Annexe 74 des extraits de dialogues du film documentaire « L'école en plein air de Pantin » qui fait la promotion des classes en plein air, et dans lequel apparait le maire socialiste de la ville, Charles Auray.

1.2. Imaginaires et matérialités autour des maisons de santé

N'ayant pu accéder aux archives médicales et administratives de maisons de santé privées[742], je me suis tournée au cours de mon enquête sur les cartes postales de ces établissements, que j'ai considérées comme des documents d'archives photographiques pour lesquelles « il faut analyser la matérialité et le pouvoir émotionnel » (Malaurie, 2003 : 52). À l'issue d'un travail de collecte[743], j'ai constitué un corpus d'une soixantaine de cartes postales de maisons de santé, datées principalement entre 1880 et 1920. Outre les cartes postales relatives aux lieux mentionnés dans les publications médicales abordant la question anorexique (notamment la maison de santé d'Épinay-sur-Seine et la maison d'hydrothérapie d'Auteuil), j'ai également collecté des photographies de cliniques privées, de maisons de santé municipales ou d'hôpitaux et de sanatorium, de manière à souligner les points communs, mais aussi les différences architecturales entre ces lieux de soin. Cette analyse des cartes postales ne prétend bien sûr pas rendre compte avec certitude des conditions d'hospitalisation des sujets anorexiques, dans la mesure où l'image tend plutôt à montrer une « figuration stéréotypée » (Malaurie, 2003 : 219) de ces espaces thérapeutiques. Toutefois, l'analyse de ces objets communs nous permet de saisir les « promesses » (Fournier & Dalgalarrondo, 2022) de santé, commerciales, techniques et médicales au sein desquelles émergent des établissements de santé consacrés au traitement des affections nerveuses.

Des documents et des lieux ordinaires

En tant que médium à la fois artistique et publicitaire, la carte postale représente dès la fin du XIXe siècle un « produit » de communication d'ordre commercial (Vollaire, 1976). Dans cette perspective, certaines cartes de maisons de santé ont des allures de prospectus, avec à l'arrière de la photographie une description succincte de l'établissement, de sa population cible ou des instruments thérapeutiques mis à disposition[744]. Une carte postale de ce type, faisant la publicité de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, est ainsi adressée en 1907 au Dr Sénac-Lagrange (*cf.* illustration 37, ci-dessous). La carte ne présente aucune autre information que la

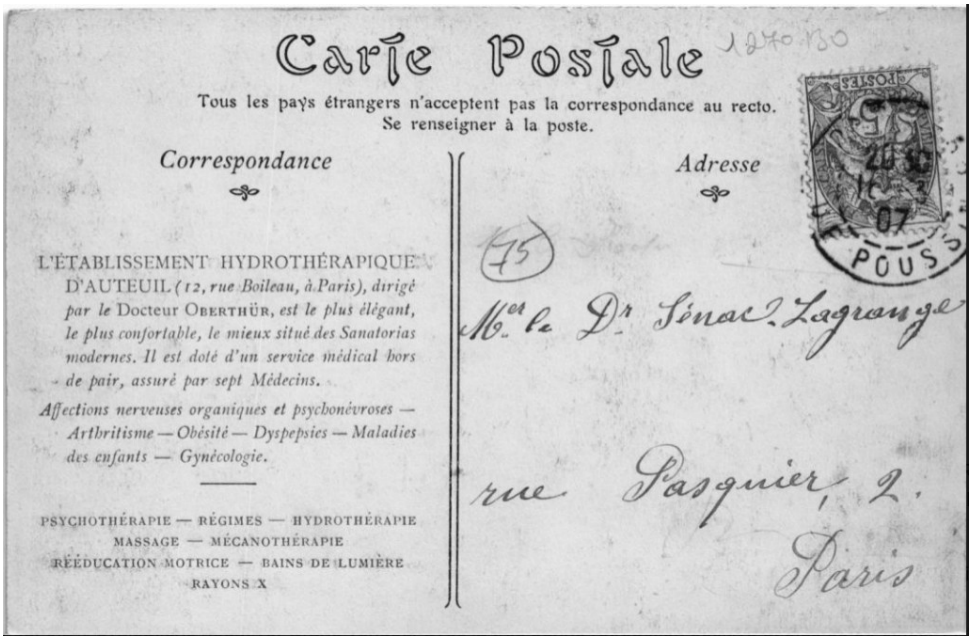
[742] Je présente les étapes d'accès à ces sources dans la première partie de la thèse. Cf. Chapitre 1, partie 1.3 « Les espaces thérapeutiques privés ».

[743] Les photographies récoltées sont issues de collections muséographiques en ligne (par exemple, la collection en ligne du musée Carnavalet), de brocantes, ou de sites nationaux et internationaux de revente de cartes postales (par exemple : eBay, Cartorum, Barkto-Reher).

[744] Des séries de clichés montrent parfois en une seule image, ou dans une série de cartes postales, l'étendue des thérapeutiques disponibles dans un établissement. Il est probable que ces séries soient issues de commandes effectuées par la marie ou par l'établissement lui-même, afin d'en faire la promotion. Voir par exemple les cartes postales de la maison d'Auteuil en Annexe 75 et celles de la Salpêtrière en Annexe 93.

présentation publicitaire de l'établissement et l'adresse du médecin, lequel semble par ailleurs déjà fortement acquis à la cause de l'hydrothérapie[745].

***Illustration 37**. Recto d'une carte postale envoyée au Dr Sénac-Lagrange (1907)*



Les cartes postales sont utilisées, à la fin du XIXe siècle et au début XXe siècle, de multiples manières, et non seulement à des fins purement commerciales (Rennes, 2013). Le format carte est notamment utile pour se donner rendez-vous, à un moment où le téléphone n'est pas encore généralisé sur le territoire. L'image est aussi parfois le seul contenu de l'envoi, ou bien fait l'objet d'un simple commentaire de la part de l'expéditeur. Certains rectos[746] de cartes postales sont exclusivement réservés à l'inscription de l'adresse des destinataires, ne laissant aucun espace pour l'écriture d'un mot ou d'une information. Les expéditeurs investissent alors le verso illustré des cartes. Cela est par exemple le cas d'une carte postale de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine[747], envoyée depuis cette commune vers une autre commune située à une vingtaine de kilomètres, et sur le verso de laquelle, en bas de l'image, il est seulement inscrit : « Toutes nos amitiés »[748]. Une carte de maison municipale est de la même manière envoyée dans le Loiret depuis la Seine-et-Oise, avec pour seul message : « Venez-nous voir avant de

[745] Il écrit notamment pour la *Société d'hydrologie de Paris.* Voir par exemple : Sénac-Lagrange, C. (1877). *La Dyspepsie aux eaux sulfureuses,* extrait des annales de la *Société d'hydrologie de Paris*, t.XXII, Paris : Germer-Baillière.

[746] Historiquement, le recto d'une carte postale correspond à la face (uniquement) dédiée à l'adresse des destinataires et sur laquelle apparait la mention « carte postale ». Le verso correspond à la face illustrée sur laquelle il était admis d'écrire en bas ou autour de l'image. Voir par exemple une carte de la maison de convalescence de Reims en Annexe 76.

[747] Cet exemplaire de carte postale est celui qui est apparu le plus fréquemment au cours de mes recherches.

[748] Voir Annexe 77.

rentrer à l'école ». On notera ici la quotidienneté dans laquelle s'insèrent ces envois, à un moment où la correspondance postale est très dense en France, avec des postiers relevant le courrier, comme le souligne Juliette Rennes (2013), jusqu'à sept fois par jour.

Les noms de photographes mentionnés en bas des clichés sont multiples. Il s'agit de professionnels locaux, non forcément spécialisés dans la photographie de cartes postales, et encore moins dans celle de maisons de santé. Les photographes E. Blanc à Lyon ou A. Hubert à Paris sont par exemple connus en tant que portraitistes. Cependant, les maisons d'édition de ces documents d'archives sont, la plupart du temps, des entreprises spécialisées dans la carte postale. Deux cartes de maisons municipales (*cf*. illustrations 38 et 39, ci-dessous) comportent le seau d'Ernest Le Deley (ELD), photographe et fondateur d'une maison d'édition, qui a dominé, avec l'entreprise Neurdein, le marché de la carte postale illustrée au tournant des XIXe et XXe siècles (Bouillon, 2024). Certains éditeurs représentés sur les cartes étudiées ici semblent, cependant, plutôt spécialisés dans l'édition de cartes postales de paysages urbains, comme les maisons d'édition C. Malcuit ou P. Marmuse qui ont édité de nombreuses cartes postales représentant des lieux de Paris au début du XXe siècle.

***Illustration 38**. Maison de santé municipale, carte postale éditée par Ernest Le Deley (1890-1920)*



Source : Source : Paris Musée Carnavalet, collection en ligne [en ligne] https://www.parismuseescollections.paris.fr/fr/musee-carnavalet/oeuvres/maison-municipale-de-sante-jardin-des-pensionnaires#infos-principales

***Illustration 39**. Cartes de la maison municipale de santé (cité Milton, Paris), éditée par Ernest Le Deley (années 1910)*



Dans son analyse des cartes postales de « femmes en métier d'hommes », Juliette Rennes (2013) note que les illustrations, en étant scénographiées et soigneusement choisies par les expéditeurs et expéditrices, témoignent en elle-même des représentations sociales d'une époque. Son corpus rend ainsi visible la mise en scène photographique de femmes et de fillettes en métier d'hommes. Ces situations sont abordées avec humour, raillerie ou revendication, et traduisent ainsi les préoccupations sociales de la Belle Époque en matière d'émancipation féminine. Concernant les cartes postales de maisons de santé, les mises en scène de ces lieux traduisent un intérêt caractéristique du marché photographique de la carte postale de l'époque pour l'espace public urbain, ses bâtiments et ses espaces collectifs[749].

Les cartes postales de maison de santé côtoient ainsi sur les étals des collectionneurs et dans les boites des brocanteurs celles représentant des « sites » urbains (monuments, rues) et des lieux touristiques. La photographie de la façade extérieure de la « Villa Beauséjour » à Épinay s'insère par exemple dans une collection de cartes postales dédiées à la ville[750]. Dans ce cadre, ces clichés s'offrent moins comme des supports commerciaux que comme un médium propre à des pratiques touristiques qui révèlent aux chercheurs la place occupée, par ces lieux de soin, dans un imaginaire urbain et de loisir (Epstein, 2022 ; Malaurie, 2003). En étant insérées dans

[749] Cet intérêt se formalise à la fin du XIX[e] siècle au cœur des expériences sensibles et topographiques de la ville et de ses images, qui ont été mises en avant par exemple par Walter Benjamin ou Georg Simmel.

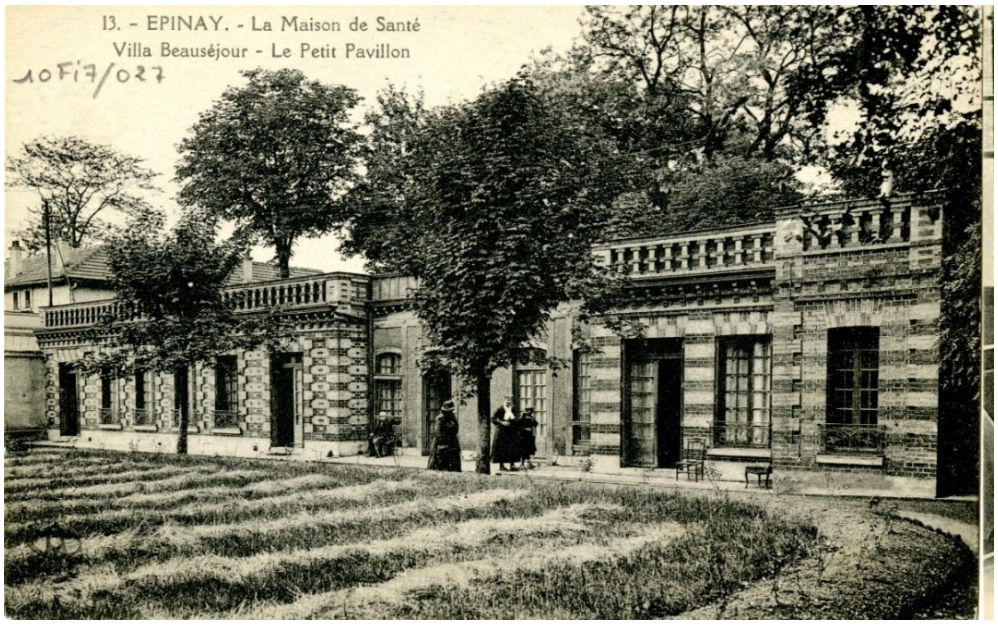
[750] Cette collection laisse supposer que la commande des photographies ait pu être réalisée par la ville. Voir des exemples de l'Annexe 77 à l'Annexe 79.

des séries d'images paysagères urbaines (café, gare, pont, rue), les cartes postales ancrent les maisons de santé dans le champ de l'ordinaire, loin de l'extraordinaire des asiles. Se rejoue alors, par l'image, une catégorisation des maladies nerveuses en maladies du quotidien. Les malades nerveuses seraient quant à elles des patientes temporaires de la psychiatrie, séjournant en maison de santé comme elles séjournent à la campagne ou au bord de la mer.

Une clientèle à satisfaire

Reprenant les codes des photographies de paysage, les cartes postales de maisons de santé s'avèrent largement dépeuplées et mettent principalement en scène l'environnement matériel et végétal du « site » (Brunet, 1999). Lorsque le champ photographique laisse entrevoir des personnes, l'angle de la prise de vue empêche de personnifier les individus qui paraissent jouer des rôles de figurants, mettant en valeur l'espace et ses configurations (*cf.* illustration 40, ci-dessous).

Illustration 40*. Le « Petit pavillon » de la « Villa Beauséjour », maison de santé d'Épinay-sur-Seine*



La nature des photographies de ces lieux de santé rompt avec celle de la photographie scientifique telle qu'elle a été mise en œuvre, par exemple, par Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière (Didi-Huberman, 1981), ou par Désiré-Magloire Bourneville auprès des enfants « idiots » à Bicêtre (Faure, 2003). Nous avons vu en effet que dans ces dispositifs d'objectivation de la maladie par la photographie médicale, ce sont les sujets malades, hystériques ou aliénés, leur visage, leur posture, leur habit et leur chevelure qui sont placés au

centre du regard, de manière à mettre en avant des cas cliniques types ou extraordinaires[751]. Dans le cas des cartes postales de maisons de santé, il s'agit plutôt de rendre compte de l'existence d'un lieu public et de soin, en mettant en scène l'environnement de vie des patients qui y séjournent. Ce sont alors les façades des bâtiments, le mobilier des salons, mais aussi les jardins extérieurs qui sont au cœur de l'image.

Concernant l'organisation de l'espace, les photographies des maisons de santé ont tendance à valoriser le modèle pavillonnaire développé dans le champ asilaire dès la seconde moitié du XIXe siècle, et organisé autour de pavillons dédiés à l'accueil de certains types de populations ou de pathologies distincts (Henckes & Majerus, 2022). Initialement situé au sein d'un parc en bords de Seine, l'établissement d'Épinay-sur-Seine compte par exemple une dizaine de bâtiments dédiés à la pratique de l'hydrothérapie ou à l'accueil spécifique des femmes, des convalescents ou des familles (*cf.* illustration 41, ci-dessous).

Illustration 41. *Plan illustré de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine et de son jardin (1898)*



[751] Cf. Chapitre 3, partie 1 « Un regard médical et instrumental sur la maigreur féminine ».

Le loisir trouve aussi sa place au sein de cet établissement qui comporte, en plus d'un parc étendu, un pavillon de musique. Par son architecture et ses commodités, la maison d'Épinay offre ainsi à la clientèle qui y séjourne un cadre de vie reprenant les codes de la classe bourgeoise. Le sociologue Nicolas Henckes et l'historien Benoît Majerus (2022 : 21) indiquent la forte signification sociale prise par l'architecture psychiatrique et la gestion des flux de malades, au tournant des XIXe et XXe siècles :

> « *L'architecture traduit par ailleurs des attentes différenciées selon le genre, la classe ou la race perçue des reclus. Elle met en forme des opérations de classement, entre folie à l'intérieur de l'asile et raison à l'extérieur, entre hommes et femmes, entre pensionnaires et indigents, entre agités et calmes, ou encore, dans les colonies, entre colons et indigènes. La nosologie (discipline médicale qui étudie les maladies afin de les classifier) joue un rôle négligeable dans ces classements à l'exception notable de la distinction entre malades aigus, qui sont aussi les nouveaux entrants et pour lesquels sont parfois créés des quartiers d'observation, et malades chroniques, lesquels peuvent également être redirigés vers des établissements spécifiques* ».

En adoptant des codes architecturaux similaires aux hôtels particuliers, les intérieurs des maisons de santé privées apparaissent cossus, offrant un confort bourgeois. Les établissements se démarquent ainsi nettement des hôpitaux publics bondés, au mobilier minimaliste et peu propices à la flânerie. Par la mise en valeur d'espaces proprets et soignés, les cartes postales dégagent une image luxueuse de ces espaces de soin, qui n'en sont pas moins aussi des espaces de distinction. À certains égards, les bâtiments et intérieurs des maisons de santé font écho au cadre de sociabilité offert par les sanatoriums (Aron, 2017), où les malades en quarantaine peuvent se retrouver dans des salons pour jouer aux cartes ou jouir du cadre extérieur de l'établissement[752]. À l'intérieur des maisons de santé, les malades peuvent se retrouver dans des salons (*cf*. illustration 42, ci-dessous), ou bien ont la possibilité de profiter des espaces verts qui entourent les pavillons (*cf*. illustration 43, ci-dessous).

[752] Voir des exemples de cartes postales de sanatoriums en Annexe 79 et Annexe 80.

***Illustration 42**. Salon de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil (XXe)*

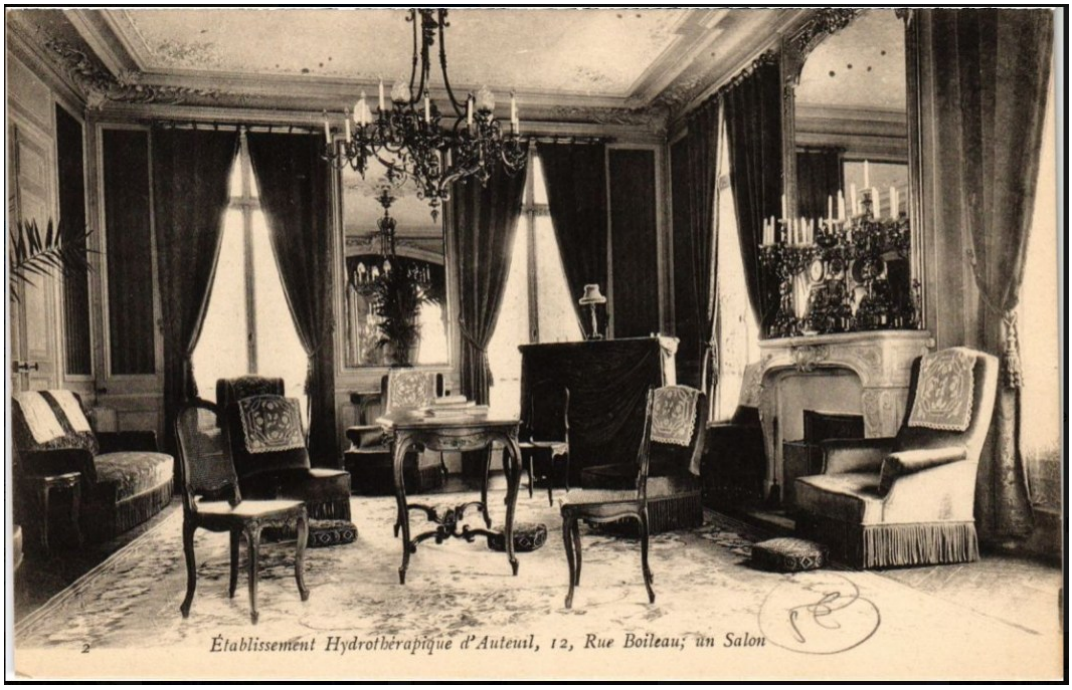
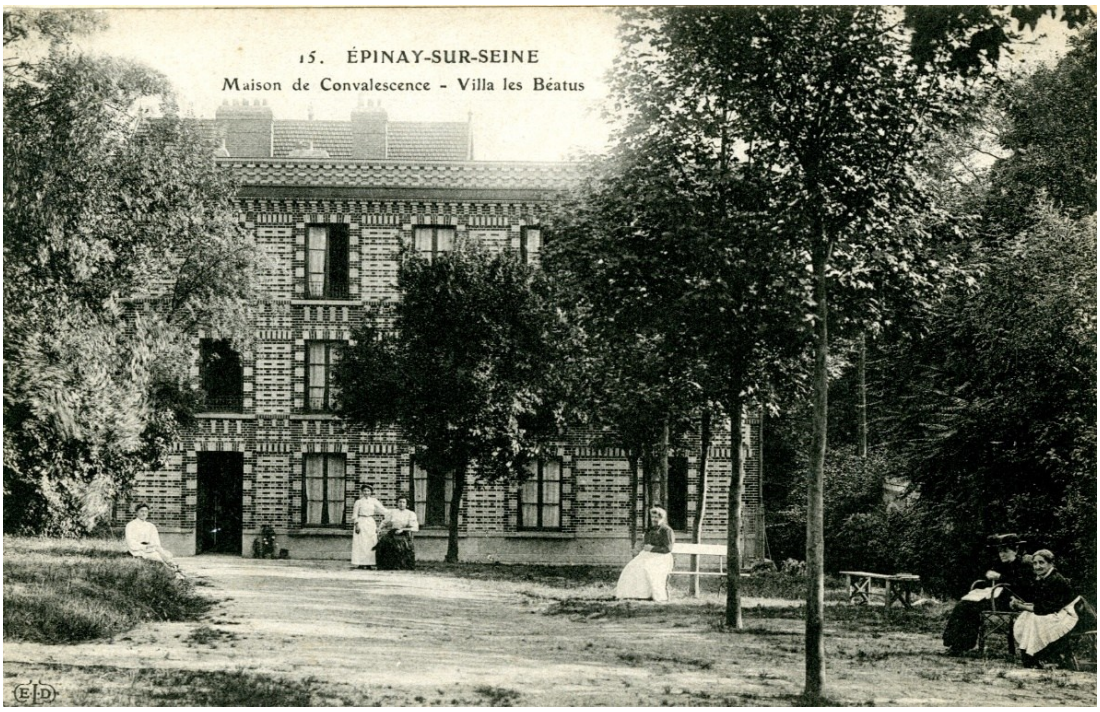


***Illustration 43**. Extérieur de la « Villa les Béatus », Épinay-sur-Seine (avant 1920)*



Certaines cartes postales représentent des photographies de groupes rassemblant les internes et les infirmières de l'établissement. Certaines informations présentes sur les cartes précisent l'autorisation d'exercice de médecins extérieurs, au sein de l'établissement. Sous le nom des médecins directeurs de la maison de santé parisienne de la rue du Sergent Hoff, il est ainsi mentionné que la « maison [est] ouverte à tous les Docteurs » (*cf.* illustration 44, ci-dessous).

Illustration 44. *Équipe professionnelle d'une maison de santé parisienne (photo éditée entre 1898 et 1940)*



Cette ouverture est particulièrement appréciée par une patientèle souhaitant être suivie durant son séjour par un médecin de famille (Faure, 2019). Pour les médecins chirurgiens, les maisons de santé représentent des espaces d'activité particulièrement rentables. Ils y sont notamment rémunérés pour y effectuer des actes médicaux autrement réalisés gratuitement dans les hôpitaux. Par ailleurs, ces cartes postales représentant les équipes soignantes sont éditées au début du XXe siècle, à un moment clé de la professionnalisation des infirmières laïques (Chevandier, 2011). La circulaire du 28 octobre 1902 rappelle en effet aux préfets l'obligation pour toutes les commissions hospitalières d'ouvrir dans chaque ville des écoles d'infirmières.

En 1910, l'assistance publique de Paris édite plusieurs cartes postales mettant en scène la formation publique d'infirmières. La mise en scène de l'équipe professionnelle des maisons de santé s'inscrit donc dans ce mouvement politique de structuration étatique des formations médicales. Les images mettent ainsi en scène une « élite soignante »[753] qui est représentée par des infirmières formées, mais aussi signifiée par la présence des internes et médecins de l'établissement, qui apparaissent le plus souvent au centre de l'image (*cf.* illustration 45, ci-dessous).

***Illustration 45**. Équipe clinique de la maison de santé des Drs Bonnet et Logez-Duc (avant 1920)*



Les divers éléments présentés ici suggèrent que les cartes postales illustrées de maisons de santé véhiculent un imaginaire de classe lié à l'émergence d'une « classe de loisir » (Veblen, 1970 [1899]) et d'une bourgeoisie se distinguant par ses multiples biens spécifiques de consommation, dont font partie les lieux de soin. Cela semble d'autant plus le cas que l'intrication entre pratiques de loisir et pratiques de santé s'étend au-delà de l'aristocratie à la fin du XIXe siècle. Dans les grandes villes, les pratiques corporelles et sportives (par exemple la natation, l'escrime ou la gymnastique) sont valorisées auprès des filles et des garçons, en tant que pratiques thérapeutiques, prophylactiques et pédagogiques de renforcement des corps et de

[753] Voir : Musée de l'AP-HP, *École d'infirmières de l'Assistance Publique, cartes postales,* « L'œuvre du mois » (décembre 2016) [en ligne] https://www.aphp.fr/contenu/oeuvre-du-mois-cartes-postales-ecole-dinfirmieres-1907-hopital-salpetriere-0 (page consultée le 06/03/2025).

la population nationale (Gerbod, 1993 ; Vigarello, 1999). Les thématiques mises en avant par les clichés des maisons de santé laissent ainsi penser que les malades accueillis dans ces établissements font autant figure de patients et patientes à guérir que de clientèles à satisfaire.

L'élargissement des compétences psychiatriques, à ce que Jan Goldstein (1997) nomme les « demi-fous », implique, dès la fin du XIXe siècle, une multiplication des prises en charge des névroses dans les cabinets et les établissements spéciaux non asilaires. L'hospitalisation des psychopathes légers, des neurasthéniques et des névrotiques est réalisée par une médecine libérale qui s'épanouit dans les cabinets, mais aussi au sein des cliniques et maisons de santé (Faure, 2019). Ces structures reçoivent majoritairement des « semi-malades » distincts des aliénés, car « souffr[ant] de maux mal identifiés et plutôt de malaises que de pathologies bien identifiées » (Faure & Dessertine, 2012 : 41). L'adresse des anorexiques à des maisons de santé serait donc autant le résultat d'une distinction spatiale et sociale répondant à un souci de distinction de la part d'une classe bourgeoise de plus en plus mal à l'aise à l'idée d'envoyer ses malades dans un lieu de soin aussi stigmatisant et associé à la dégénérescence que l'asile ou l'hôpital public, que celui d'une restructuration des espaces et des classifications psychiatriques. À partir de ces éléments, nous allons à présent interroger la production des seuils diagnostiques de l'anorexie au regard de l'émergence, au début du XXe siècle, d'un mouvement réformateur médical et thérapeutique centré sur la domestication de la nature et la réadaptation des malades à leur environnement de vie.

2. Domestiquer pour réadapter

Cette seconde partie de chapitre vise à montrer que la culture matérielle des maisons de santé peut être lue comme le support d'un processus de « civilisation » orienté, comme le suggère Norbert Elias (1973 [1939]), vers la retenue et le contrôle des émotions, mais aussi, et comme le montre Cas Wouters (2007), vers un processus d'*informalization*. Ce processus social et psychique, d'abord propre aux espaces urbains, est marqué par un relâchement contrôlé des mœurs qui s'opère dès les années 1890 en Europe occidentale. Dans ces sociétés, les inégalités de pouvoir, entre les générations et les groupes sociaux, tendent à décroître. L'autonomie des individus vis-à-vis des structures hiérarchiques, mais aussi leur capacité d'adaptation à leur milieu de vie est alors au cœur des principes thérapeutiques. Dans ce cadre, les maisons de santé offrent des espaces de soin dédiés à des malades souffrant d'être inadaptés[754] aux exigences de

[754] Cette conception adaptative du soin se renforce à la suite de la Première Guerre mondiale, avec par exemple le reclassement professionnel des mutilés de guerre.

la société moderne et industrielle. Dans sa « Contribution à l'étude de l'anorexie mentale », le médecin André Labiche, interne aux hôpitaux du Havre, identifie parmi les quatre typologies de l'anorexie qu'il propose[755] un type d'anorexie consécutif aux chagrins, ennuis et « conditions de la vie moderne » affectant l'équilibre mental. L'anorexie mentale est donc aussi travaillée dans les savoirs psychologiques et psychiatriques des premières décennies du XXe siècle comme un trouble de l'inadaptation typique des déséquilibres nerveux induits par les affres de la modernité, et pour lesquels les traitements consistent, selon cette même pensée de la modernité, en une domestication technique de la nature.

2.1. Des espaces de domestication du naturel

L'objectif thérapeutique d'insertion des malades dans la société repose sur une conception « écologique de la maladie mentale » (Henckes, 2007 : 52) selon laquelle le milieu de vie constitue une cause de la maladie. En miroir, le milieu de soin, par son climat, mais aussi ses objets, constitue un levier thérapeutique. Dans ce cadre, outre les extérieurs et les façades, les cartes postales de maisons de santé mettent aussi en scène l'intérieur des établissements, suggérant, comme nous allons le voir ici, un environnement matériel propice à la rémission des déséquilibres nerveux.

Le jardin : un paysage thérapeutique

Comme nous l'avons souligné précédemment dans ce chapitre, les clichés étudiés ici adoptent un cadrage qui respecte les conventions de la carte postale du début du XXe siècle, marquées par la centralité de l'« esthétique du paysage » (Brunet, 1999). Les photographies de maisons de santé mettent, en effet, en avant l'« identité visuelle » de chaque établissement, laquelle est convertie, par l'image, en « site » pittoresque. Les photographies des jardins extérieurs (*cf*. illustrations 46 et 47, ci-dessous) offrent un parfait exemple de cette mise en scène pittoresque de l'environnement de soin. Concernant la maison de régime « Villa Borghèse » située à Neuilly-sur-Seine, le jardin d'apparence calme et vert accueille à la lisière d'une pelouse parfaitement entretenue du mobilier d'extérieur dépareillé. La disposition irrégulière de ce mobilier transmet une idée de mouvement, si bien qu'il semble presque possible d'y percevoir la silhouette des personnes assises à cet endroit quelque temps plus tôt. Néanmoins, la ligne de fuite dessinée par la table et les assises, placées côte à côte, et pour la plupart face à l'objectif, traduit une certaine intervention scénographique.

[755] Labiche identifie quatre types d'anorexie : l'anorexie d'origine psychopathique ; l'anorexie hystérique qu'il rattache à l'adolescence féminine ; l'anorexie consécutive aux émotions et aux conditions de vie ; l'anorexie consécutive aux restrictions alimentaires prolongées. Voir : Labiche, A. (1934). *Contribution à l'étude de l'anorexie mentale*, Thèse : Paris, p. 26.

***Illustration 46**. Jardin de la maison de régime « Villa Borghèse » (1900)*

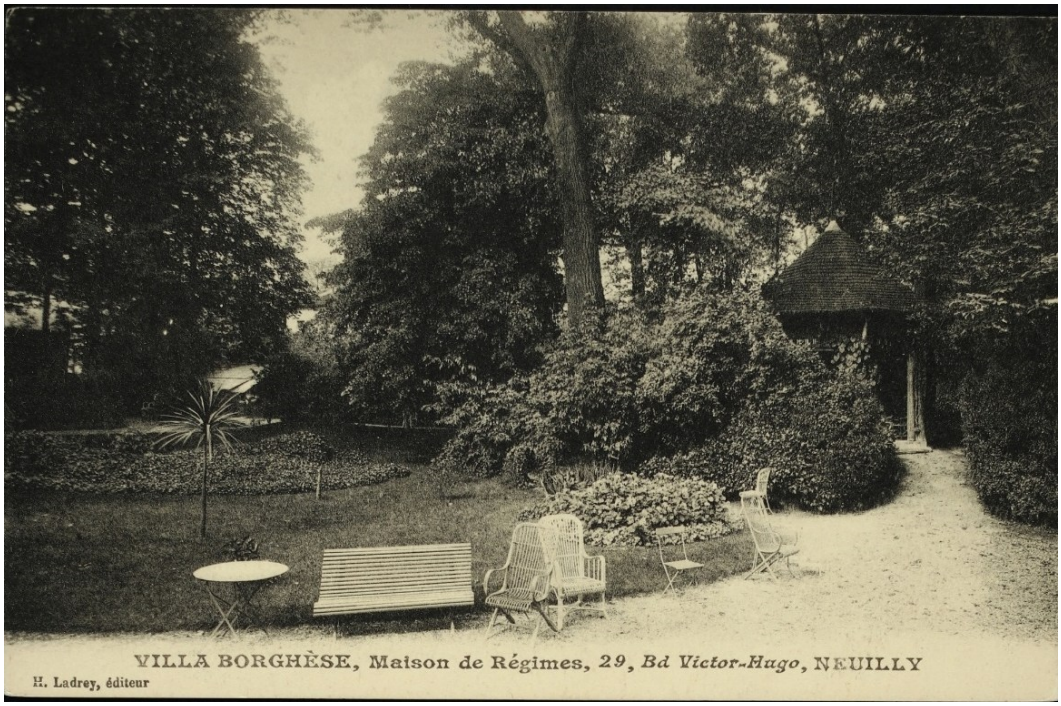


***Illustration 47**. Extérieur d'un chalet de la maison hydrothérapique d'Auteuil (1915)*



En réaction à une « hantise du déclin » exprimée par les hygiénistes et psychiatres redoutant une dégénérescence de la population française, ces jardins illustrent l'« aspiration à un mode de vie plus sain, c'est-à-dire plus proche d'une nature largement mythifiée » (von Bueltzingsloewen, 2011 : 59). Un mode de vie qui s'enracine donc dans un mythe moderne de domestication de la nature : les arbustes sont plantés en pots ou taillés, les allées géométriquement dessinées, les arbres entourés par des barrières et des bancs de fabrication humaine. Cette aspiration à la maîtrise de la nature s'étend bien au-delà des jardins thérapeutiques, puisqu'elle caractéristique jusque dans les années 1930 tout un ensemble d'entreprises scientifiques, impériales et coloniales de collecte et de contrôle des espaces paysagers (Blais, 2023). Dans ce cadre, l'organisation des jardins repose sur des opérations de production de l'altérité, mais aussi de sa domination. Dans notre cas, les illustrations des jardins des maisons de santé rendent compte d'une vision ordonnée de la nature végétale qui témoigne d'une volonté de maîtrise des intériorités humaines. Les végétaux sont contraints de s'adapter, comme le sont les malades par l'isolement, l'hydrothérapie ou la sonde.

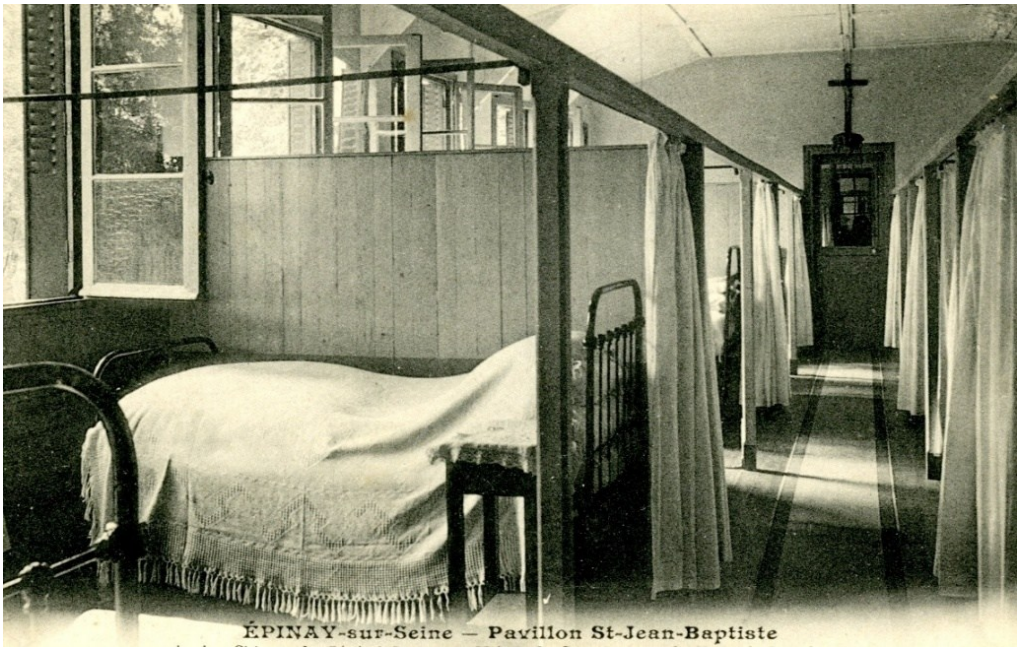
Un lit à soi pour cultiver son intériorité

Les objets constitutifs de la culture matérielle psychiatrique servent à contraindre, surveiller, inciter ou limiter certaines conduites. L'historien Benoît Majerus (2011) montre notamment que le lit, tout comme la porte ou encore la baignoire, occupent dès le XIXe siècle, et tout au long du XXe siècle, diverses fonctions disciplinaires et thérapeutiques au sein de l'hôpital psychiatrique. À la fois instrument hygiénique et d'observation, la baignoire comporte par exemple une valeur de contention puisque les patients les plus agités y sont plongés durant des heures ou des jours. Le lit occupe quant à lui un rôle plus réglementaire, en servant autant à l'orchestration administrative des établissements – il constitue une unité comptable dont le nombre est rapporté à un forfait journalier (Bouhallier, 2021) – qu'à la contention des malades.

Certaines photographies de chambres individuelles des maisons de santé mettent en évidence cet objet « lit » comme dispositif matériel de soin et de discipline. Sur l'image de l'intérieur du pavillon Saint-Jean-Baptiste de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine (*cf.* illustration 48, ci-dessous), la disposition des lits en rangées est par exemple comparable à celle des dortoirs des hôpitaux généraux, des sanatoriums ou des pensionnats[756].

[756] Voir des exemples de chambres de sanatoriums et d'hôpitaux en annexe (Annexe 84 à Annexe 86).

Illustration 48. *Dortoir du pavillon Saint-Jean-Baptiste, maison de santé d'Épinay-sur-Seine*



Toutefois, contrairement aux longues rangées qui figurent sur certaines photographies de salles d'hôpital, comme pour la salle de chirurgie de la Salpêtrière[757], les lits mettent ici en scène un espace plus individuel qui suggère le coût économique d'une hospitalisation, le nombre restreint de lits limitant la rentabilité de l'espace. Par ailleurs, le lit fait face à une fenêtre, s'ouvrant très certainement, si l'on en croit les autres cartes postales de la maison de santé, sur le parc de l'établissement, ce qui signale le souci hygiénique du personnel pour l'aération des locaux.

Se dessine autour de l'objet lit un imaginaire du repos, où les nerveux peuvent, pendant un temps, reprendre possession de leurs esprits, et laisser se renforcer leurs nerfs atteints par le rythme d'une vie moderne et citadine de plus en plus difficile à supporter. Nous avons vu au cours de ce travail que la question de la fatigue est omniprésente dans les discours médicaux du tourant des XIXe et XXe siècles. Avec l'accélération, à cette période, du temps et des rythmes collectifs (Loriol, 2000), les employés de bureau et les professions intellectuelles sont réputés souffrir d'un surmenage qui altère les nerfs et épuise les organismes (Vigarello, 2020). Ce surmenage est d'ailleurs si bien constitué en problème de santé que certains laboratoires, dont le laboratoire Freyssinge, dans le sillage d'un marché du renforcement en plein essor, mettent au point et commercialisent des produits pharmaceutiques dédiés à ces déséquilibres nerveux (*cf*. illustration 49, ci-dessous).

[757] Voir une photographie en Annexe 87.

***Illustration 49**. Réclame pour la « Névrosthénine Freyssinge » (1925)*



Source : Le Progrès médical (1925)

Dans le même temps, la chambre à coucher émerge comme un espace architectural délimité, spécifiquement dédié au sommeil et à la régénération de la force physique et mentale. Le lit constitue notamment le pivot de cet espace intime de retrait individuel. Jean-Marc Stébé (2016) souligne que dès la fin du XIXe siècle, dans les classes bourgeoises, le mobilier de cette nouvelle pièce de vie se spécialise. L'acquisition de meubles spécifiquement conçus pour la chambre à coucher sert alors à une certaine « distinction » sociale et culturelle (Bourdieu, 1979). Des articles de revues de presse générale font la part belle à la chambre à coucher de style « Louis XVI », où trône le lit[758]. Les dessins publicitaires de chambre à coucher ne sont d'ailleurs pas sans rappeler l'ameublement et la disposition des chambres individuelles mises en scène sur les cartes postales des maisons de santé. Sur ces dernières, le mobilier est organisé autour de l'activité de repos (lit, chaise, table de chevet). Au sein de l'établissement d'Auteuil (*cf*. illustration 50, ci-dessous), la patientèle semble pouvoir prétendre à une chambre individuelle particulièrement bien meublée.

Les thérapeutiques par les cures de repos ou d'horizontalité sont par ailleurs largement plébiscitées au début du XXe siècle dans le traitement des affections nerveuses ou gastriques. Les médecins spécialisés dans les troubles de la nutrition comme Albert Mathieu et Jean-Charles Roux consacrent, dans cette perspective, un chapitre de leur ouvrage dédié aux pathologies intestinales, à « l'influence du repos au lit sur certains états gastriques »[759]. Plus spécifiquement, en psychiatrie et en médecine mentale, l'alitement prolongé ou « absolu » est présenté comme une condition indispensable à la guérison des anorexiques. En limitant les dépenses énergétiques, l'alitement est censé renforcer les organismes, reposer les nerfs et

[758] Voir Annexe 95 et Annexe 96.

[759] Mathieu, A., Roux, J.-C. (1913). *Pathologie gastro-intestinale. Première série. Clinique et thérapeutique,* Paris : Doin.

faciliter la prise de poids. Les malades sont ainsi sommées de rester au lit ou de s'exposer à l'air extérieur en étant allongés sur des chaises longues.

***Illustration 50**. Chambre individuelle, établissement hydrothérapique d'Auteuil (XXe)*



Pour Jules Comby, le repos au lit des anorexiques nerveuses représente, dit-il : « L'un des agents les plus efficaces de la cure »[760]. Toutefois, ces cures de repos ne sont pas toujours abordées avec sérénité, les malades refusant parfois de rester allongées ou ne cessant de s'agiter. Le lit cristallise alors de vives tensions entre les malades et les médecins. Aucun ouvrage ou article médical ne suggère cependant l'usage de sangles ou d'objets de contention. Les patientes, aussi rétives soient-elles à l'alitement, semblent à un moment ou à un autre de la thérapeutique s'adonner au repos, sans doute en raison de leur état de fort épuisement. Quoi qu'il en soit, l'espace de la chambre individuelle participe d'une configuration thérapeutique matérielle et spatiale d'isolement des malades de leur environnement de vie. Les anorexiques passent dans ces espaces individuels et sur ces lits, leurs nuits et leurs journées, elles y mangent et y dorment.

Ces dispositions thérapeutiques mettent par ailleurs en lumière la valorisation de l'engagement des malades dans des « techniques de soi » (Foucault, 2001) tournées vers la domestication de leur intériorité. Norbert Elias associe le durcissement des règles d'autocontrôle au processus de

[760] Comby, J. (1908). « Anorexie nerveuse », *Archives de médecine des enfants*, n°11, p. 565.

civilisation et à la formation conséquente, dès le XIXe siècle, de psychés individuelles (Granger, 2010). Avec Foucault et Elias, nous pouvons dire ici que les thérapeutiques de l'anorexie ne visent pas seulement à agir par la force physique sur la volonté ou le métabolisme des malades, par le biais des actions des médecins ou des éléments extérieurs sur les corps des sujets. En effet, en décalage avec un aliénisme qui force ou contraint les corps, le mobilier et les espaces des maisons de santé tendent plutôt à favoriser l'incorporation de « techniques de soi » (Foucault, 2001) relevant d'un contrôle social beaucoup plus lâche. Par le biais de l'environnement matériel des maisons de santé, les sujets sont donc amenés, pour reprendre les termes de Michel Foucault, à « effectuer, seuls ou avec d'autres, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être », et ceci, dans l'optique « de se transformer afin d'atteindre un certain état de bonheur, de pureté, de sagesse, de perfection ou d'immortalité » (Foucault, 2001 : 1604). En valorisant une culture matérielle tournée vers l'individualité, ces espaces de soin, dont font partie le jardin et le lit, constituent ainsi des dispositifs matériels socialement et économiquement situés, au sein desquels les sujets produisent du savoir sur eux-mêmes, et ainsi élaborent un autocontrôle de leurs émotions et de leurs conduites.

2.2. Le Service de Prophylaxie mentale Henri-Rousselle (1922-1930)

Durant les premières décennies du XXe siècle, les tentatives de restructuration du système asilaire s'intensifient et s'accompagnent de l'ouverture d'espaces expérimentaux et thérapeutiques inédits (von Bueltzingsloewen, 2011). Les préceptes du « traitement moral » se dissolvent dans de nouvelles thérapies psychologiques qui sont exercées dans les asiles, mais aussi et comme nous l'avons déjà évoqué, en dehors de cet espace particulier, dans les cliniques, les hôpitaux et les cabinets privés. En partant des débats autour des cures libres, cette dernière partie du chapitre est consacrée à l'étude de la classification de l'anorexie mentale et nerveuse, par la prophylaxie et l'hygiène mentale, parmi les inadaptations pathologiques jugées curables sans un isolement strict des malades.

Réadapter les malades par la cure libre

Dès les années 1910, de nombreux débats autour de la structuration étatique, administrative et médicale de la psychiatrie asilaire accompagnent les mouvements de laïcisation des lieux de soin et de professionnalisation des équipes cliniques (Henckes, 2007). Une partie de ces débats porte sur l'application de la « loi sur l'enfermement des aliénés » de 1838 et sur l'isolement systématique des malades mentaux. Isabelle von Bueltzingsloewen (2011 : 63) souligne ainsi, au sujet des années 1920-1930 :

« *Une majorité de psychiatres ne croit plus aux vertus thérapeutiques de l'isolement qui fondaient le modèle asilaire défendu en son temps par Jean-Étienne Esquirol. Ils soulignent au contraire les conséquences perverses d'une mise à l'écart de l'aliéné qui a pour effet de compromettre son retour dans la société* ».

Cette critique de l'isolement systématique participe à renforcer une division catégorielle entre les malades d'asiles, dangereux pour eux-mêmes et pour autrui, et les malades mentaux, dits « légers », ne nécessitant pas un enfermement strict (Henckes, 2007 : 152). À ce titre, le médecin Paul Lévy – auteur de l'ouvrage « L'éducation rationnelle de la volonté : son emploi thérapeutique »[761] préfacé par Hippolyte Bernheim – affirme dans un article de synthèse d'une de ses communications, publié dans la *Revue de Psychiatrie* :

« *La nécessité de la cure libre se déduit en réalité, de la nature même du traitement des névroses, lequel se résume, en éliminant des formules telles que suggestion ou persuasion qui ne servent qu'à introduire des complications inutiles, en ce seul mot : éducation. Cette éducation doit être d'abord, psychique, ou morale, certes ; mais, contrairement à ce qu'indiquent les auteurs précités, elle ne doit pas se limiter à cette seule psychothérapie : elle peut être encore physique ; vitale. C'est-à-dire adapter le malade à ses occupations, à ses distractions, à la vie elle-même ; sociale, enfin, autrement dit, adapter le malade à son entourage, à ses proches, au milieu humain. Or l'isolement, par définition même, s'oppose à cette éducation pratique, et à cette adaptation nécessaire : aussi est-il la cause directe des rechutes, survenant d'une façon parfois presque soudaine, lorsque le malade se trouve de nouveau remis en contact avec son mode de vie antérieur* »[762].

Pour Lévy, l'isolement et la suggestion ne permettent pas, selon lui, d'adapter durablement les sujets à leur environnement, en particulier à leur environnement familial duquel ils se trouvent éloignés.

La défense des cures libres – c'est-à-dire des prises en charge psychiatriques en dehors des murs asilaires et sans internement des malades – naît ainsi de la conviction de pouvoir soigner sans internement, mais aussi du souhait d'assurer aux malades un retour dans la société. Les promoteurs de l'hygiène mentale, dont Édouard Toulouse est une figure de proue, abordent alors les thérapeutiques dédiées au traitement des maladies nerveuses et de ces dits « petits mentaux » (von Bueltzingsloewen, 2013) – catégorie dans laquelle sont classées les

[761] Lévy, P. (1905). *L'éducation rationnelle de la volonté : son emploi thérapeutique*, Paris : Alcan.

[762] s.a. (1911) « Le traitement éducateur des névroses en cure libre, par Paul Émile Lévy », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* t.15, p. 328-329.

anorexiques mentales à la fin des années 1920[763] – comme des interventions médicales visant à favoriser le désinternement des malades.

Malgré le succès des cliniques et des maisons de santé dont le nombre ne cesse de croître (Faure, 2019 ; Faure & Dessertine, 2012), l'accueil du projet des cures libres se fait dans le champ psychiatrique en demi-teinte, l'isolement strict restant pour la majorité des psychiatres le seul moyen de venir à bout des pathologies mentales. La cure libre est toutefois reconnue par certains médecins comme particulièrement efficace dans le traitement des névroses (neurasthénie, gastropathies nerveuses)[764], tout en étant désignée comme totalement inefficace dans le traitement des états les plus graves. Cela est notamment le cas concernant l'anorexie hystérique, pour laquelle, dit Lévy :

> « *L'esprit du malade, profondément faussé, peut n'être accessible qu'à certains procédés psychiques quelque peu frustes, ceux encore, relevant d'ailleurs plus des psychoses que des névroses, où l'agitation intense du sujet peut être pour l'entourage une cause de trop grande perturbation* »[765].

La question de l'efficacité de la cure libre dans le traitement des maladies psychiques est débattue au sein même de la *Revue de Psychiatrie* qui est dirigée par le psychiatre Édouard Toulouse. La revue représente d'ailleurs un des organes principaux de diffusion des idées du psychiatre en matière de thérapeutique, et rassemble les principaux débats scientifiques et politiques concernant l'organisation du champ de la psychiatrie et de l'aliénisme, avant la Première Guerre mondiale. En tant que bâtisseur des cures libres en France, Toulouse défend la libre circulation des malades, devant pouvoir entrer, sortir et se mouvoir à leur gré. Porté par un contexte de réforme profonde de l'institution psychiatrique en France, un service de Prophylaxie mentale est ouvert en 1922, sous la direction de Toulouse, à l'hôpital Sainte-Anne (Henckes, 2009). Le service s'organise autour d'une importante « infrastructure (dispensaires, service social) qui prolonge l'hôpital au-dehors » (Dupras & Valles, 1991 : 92). Suivant les principes de la cure libre, les sujets accueillis dans ce service, dont des anorexiques, ont le choix d'y rester ou d'en sortir. La folie n'est alors plus contenue dans les murs de l'asile ou de l'hôpital et les frontières de délimitation du champ d'action de l'institution psychiatrique, avec la société, se font plus perméables.

---

[763] Nobécourt exprime par exemple avoir rencontré en 1927 une fille anorexique au sujet de laquelle il déclare : « *Elle a mauvais caractère, se met fréquemment en colère, a des idées noires ; c'est, en somme, une petite mentale* ». Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°824, p. 14.

[764] s.a. (1911) « Le traitement éducateur des névroses en cure libre, par Paul Émile Lévy », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* n°6, p. 329.

[765] *Ibidem.*

Des malades libres et souffrantes

Au cours de sa carrière, Édouard Toulouse étudie les effets de la fatigue, de l'alcool et du milieu de vie sur la psychologie des sujets, c'est-à-dire sur leurs aptitudes à la fois mentales et physiques. Lecteur d'Herbert Spencer, avec lequel il partage une vision évolutionniste du progrès et de la psychologie humaine, Toulouse développe une double approche de la psychologie (Huteau, 2002 : 25) qui se concentre autour de l'existence, d'une part, d'une loi de l'évolution, et d'autre part, d'un principe de continuité du biologique et du social organisé autour d'une complexification de l'organisme. Reconnaissant ainsi un apport de la biologie à la psychiatrie, Toulouse décline dans ses travaux une diversité de pratiques d'observation, de mesure et de sélection des sujets tirés des sciences physiques et naturelles, ainsi que de la psychologie expérimentale. Il recourt en effet autant à l'anthropométrie qu'aux analyses sanguines, aux entretiens cliniques ou encore aux examens respiratoires. Il évalue par-là ainsi la force des sujets, leur temps de réaction à une stimulation, mais explore aussi les phénomènes conscients et les actions motrices volontaires et involontaires. Pour cela, il fait appel aux services de savants reconnus dans le domaine de l'anthropologie physique, comme Léonce Manouvrier ou Alphonse Bertillon. Il se réfère également aux tests psychotechniques conçus au sein du laboratoire de psychologie expérimentale d'Alfred Binet.

Cette profusion de pratiques de mesure et d'observation se retrouve par ailleurs au sein du Service de Prophylaxie mentale destiné aux « psychopathes légers », que Toulouse inaugure en 1922 au sein de l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Les dossiers de patientes anorexiques hospitalisées dans ce service, datant de 1922 à 1930, contiennent en effet des rapports d'entretiens cliniques, des schémas de mesures anthropométriques, des résultats d'analyses biologiques (sang, urines) et de tests psychotechniques, mais aussi des évaluations des réflexes pupillaires ou encore des figures indiquant des points de sclérose thoracique. On y trouve, à la lecture des comptes-rendus médicaux et des documents administratifs, différents tableaux de mesures à partir desquels les médecins du service orientent les parcours de soin des malades[766].

Ces diverses pratiques s'inscrivent dans un mouvement d'institutionnalisation de l'« hygiène mentale » (Dufaud & *al*., 2024), centrée autour du dépistage et de la prévention des maladies mentales. Ce mouvement émerge dans les années 1920 dans le champ de la psychiatrie, au croisement d'une médecine sociale et des « sciences accessoires » (physique médicale, chimie) (Pinell, 2005), et donne lieu à une psychiatrie tournée vers une démarche de « détection des anomalies et des troubles mentaux le plus tôt possible, en particulier dans l'enfance », à laquelle

[766] Voir en annexe des illustrations de ces mesures et observations (Annexe 97 à Annexe 100).

souscrit Toulouse (Doron, 2015). La prophylaxie mentale favorise ainsi une extension de la médicalisation de la vie quotidienne, au-delà de la folie des aliénés. Dans ce cadre, la « plainte » est rendue légitime, et les malades investissent « symboliquement, existentiellement, subjectivement et socialement leur état de santé ou de maladie » (Panese & Barras, 2008 : 23). Dans les dossiers de patientes anorexiques prises en charge à la fin des années 1920 dans ce service, se dessine la figure de sujets désadaptés, souffrant de leur travail et de leur vie quotidienne, et se dévoile l'objectif principal des thérapeutiques : celui consistant à réadapter les malades à leur environnement.

Les hospitalisations au sein du Service de Prophylaxie mentale ont lieu à l'issue d'un protocole strict, comportant un entretien clinique, des analyses biologiques (urines, sang, réaction syphilitique) et physiques (qualité de la vue, de la respiration et des réflexes), ainsi qu'une éventuelle période d'observation de quelques jours. L'entretien clinique s'appuie sur un « formulaire d'entrée », constitué de questions précises au fil desquelles les malades sont amenées à verbaliser leurs souffrances. Les patientes sont par exemple interrogées sur les raisons de leur venue à l'hôpital. Il leur est également demandé de présenter leurs symptômes ou d'expliciter les causes potentielles de leurs maux. Ainsi, à la question « pourquoi êtes-vous venue ? », une femme de trente ans, accompagnée par son mari au service, et internée plus tard pour dépression et anorexie déclare : « Parce que je souffre…on me dit que je veux… le docteur qui me soigne […] je souffre d'une gêne à la respiration, je me sens bien affaiblie, je n'ai pas d'appétit […] je ne dors pas beaucoup »[767]. À la question : « À quoi attribuez-vous ce dont vous souffrez ? », il est écrit en guise de réponse : « La maladie est venue à la suite de fatigues, j'avais beaucoup travaillé à Paris ». Quelques semaines plus tard, les médecins rapportent dans un compte-rendu d'observation la détresse de la patiente, qui explique : « J'ai peur de mourir, parce que je suis souffrante, je n'ai plus d'appétit ».

Le dispositif de dépistage des troubles ainsi que le protocole d'orientation des malades accueillis au sein du Service de Prophylaxie favorisent ainsi la narration des souffrances chez des sujets incités à mettre en récit leur mal-être. Le parcours médical et administratif des malades favorise en effet la formation d'un « sujet psychologique » en souffrance et qui se perçoit comme tel (Carroy, 1991 ; Ehrenberg, 1998). Les malades anorexiques interrogées ou observées se plaignent de leurs douleurs et de leurs états de santé, elles évoquent leur manque d'appétit (complainte peu présente dans les cas cliniques d'anorexie rapportés à la fin du XIX[e]

[767] Archives départementales de Paris : Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés : 3MI2 119 (1930).

siècle), leurs insomnies, ou incriminent un quotidien professionnel épuisant. Il émerge, en somme, au fil des paroles prononcées et rapportées dans les dossiers administratifs et médicaux du Service, les angoisses de sujets qui se révèlent à eux-mêmes, par l'entretien psychologique, et pour qui la narration des souffrances ordinaires est au cœur de l'expérience du monde et de « soi » en tant que malade. La notion d'ordinaire ne signifie pas ici que ces souffrances racontées sont sans importance, mais plutôt qu'elles s'inscrivent dans un certain ordre social quotidiennement vécu, et qu'elles sont jugées, par la psychiatrie et la psychologie, en rupture avec l'extraordinaire de la folie asilaire.

Anorexie et dépression : les nouveaux maux de la société moderne ?

En 1928, le répertoire d'entrée du Service de Prophylaxie mentale comptabilise le passage dans le service de deux femmes anorexiques. Dans le premier cas, le diagnostic d'anorexie mentale apparait aussi bien à l'entrée dans le service qu'à la sortie. L'anorexie est d'abord associée par les médecins à du pithiatisme[768], puis est considérée au moment de la fin de l'hospitalisation de la malade comme relevant de la névropathie. Dans le second cas, l'anorexie est associée par les médecins à un état dépressif. Le diagnostic de sortie ne conserve néanmoins que la notion de dépression, laissant entendre que l'anorexie aurait été guérie au cours de l'hospitalisation, ou bien qu'elle aurait été l'épiphénomène d'un état dépressif plus profond. Notons toutefois que si la dépression est fortement associée dans les dossiers du Service de Prophylaxie à l'anorexie mentale, cela est aussi le cas des troubles névropathiques, ainsi que de la mélancolie qui malgré son attache à d'anciennes classifications aliénistes est communément citée au début du XXe siècle en lien avec la perte d'appétit.

L'émergence de la dépression en tant que catégorie structurante des classifications psychiatriques se situe, selon Alain Ehrenberg (1998), dans l'avènement du sujet responsable et autonome de ses choix de vie. Le sociologue souligne cependant qu'avant les années 1960, la notion de dépression est une catégorie peu unifiée qui rassemble un ensemble de troubles mentaux composites, et qui n'intéresse pas véritablement les médecins. Sorte de pendant à la neurasthénie, la dépression se manifestant par de l'anorexie constitue, dans les années 1920, un énième tableau clinique dans lequel l'épuisement des nerfs et le manque d'énergie organique et vital limitent la capacité des individus à répondre de manière adaptée à leur environnement. Tout au long du XXe siècle et jusqu'à aujourd'hui, la matrice de la dépression est celle d'un

[768] Le pithiatisme désigne une forme hystérique sans origine organique et se manifestant par des troubles nerveux. La notion est notamment utilisée par Joseph Babinski. Babinski, J. (1909). *Démembrement de l'hystérie traditionnelle : pithiatisme*, Paris : Imprim. de la Semaine médicale.

individu devenu sujet, c'est-à-dire devenu responsable de son parcours de vie et de son ascension sociale, ou encore devenant autonome de structures hiérarchiques et de figures d'autorité. Jean-Sébastien Eideliman (2012 : 169) rappelle que dans « La fatigue d'être soi » :

> « *Alain Ehrenberg (1998) avance ainsi l'hypothèse que le "succès" de la dépression pourrait être lié à un changement profond dans les valeurs promues par notre société, qui reposeraient de moins en moins sur l'obéissance et la hiérarchie (comme jusqu'au milieu du* XX*e siècle) et de plus en plus sur l'initiative et l'autonomie, mettant un poids différent (sinon supérieur) sur les individus incités à "être eux-mêmes" et à se prendre en main pour construire leur vie* ».

En d'autres termes, le « succès » de la dépression au XXe siècle serait corrélé à l'émergence d'une société de classe organisée autour de l'aspiration politique et individuelle à la mobilité sociale ascendante. Nous ne possédons pas assez d'éléments empiriques pour pouvoir explorer pleinement les relations entre les catégories d'anorexie et de dépression au prisme de la mobilité sociale. Notre étude de la culture matérielle des maisons de santé a toutefois mis en avant la place d'honneur accordée, dans les thérapeutiques, à l'incorporation de techniques de « soi » incitant les malades à travailler leur intériorité, mais aussi à s'émanciper, par les techniques du corps et d'objets, d'un certain ordre naturel, qui est aussi un ordre social de classe, de genre et d'âge.

Les âges de l'émancipation

Les thérapeutiques de l'anorexie sont façonnées par une vision développementale du vivant humain inscrivant l'enfance du côté de la naturalité et l'âge adulte du côté des pratiques culturelles et de contrôle. Tel que nous l'avons démontré dans cette thèse, la psychologie du développement appréhende l'adolescence, au début du XXe siècle, comme une séquence charnière du développement organique et psycho-sexuel, marquant le passage d'un état enfantin de naturalité à un état adulte d'incorporation des normes sociales. De ce point de vue, l'adolescence constitue un temps de tous les dangers, mais aussi – dans une perspective politique tournée vers la complexification historique, organique et sociale des individus et de la société (Stiegler, 2019) –, un temps traversé des plus grands espoirs de domestication de la naturalité humaine et de son adaptation. Les pratiques médicales et éducatives visent dans ce cadre à orienter et à contenir l'indétermination développementale, de manière à amener les sujets à devenir les principaux acteurs de leur propre développement physique, mais aussi, de leur propre destin social. De cet arrachement à la naturalité naîtrait donc un sujet dont les corporalités l'inscrivent dans une lignée et une identité générationnelle, mais aussi dans des

dynamiques de changements sociaux et culturels. Autant de perspectives d'évolution dont se saisissent les psychologues, pédagogues et philosophes de l'éducation dans la première moitié du XXe siècle comme Stanley Hall[769] ou John Dewey (Dessberg, 2010), aussi bien pour justifier des passages naturels de l'enfance à l'âge adulte que pour discuter de la naturalité de ces passages.

Dès les années 1900, les savoirs psychologiques sur l'enfance ont fait émerger l'anorexie mentale comme un trouble adolescent, marqué par le conflit, en particulier familial[770]. De ce point de vue, l'entrée dans l'âge adulte constitue une période critique qui se caractérise par une reconfiguration psychologique et biologique des liens intergénérationnels (mariage, sexualité, sentiment amoureux, mise en ménage). La question familiale se retrouve, par ailleurs, à bien des égards dans la prise en charge psychophysiologique des anorexiques au sein du Service de Prophylaxie mentale. Les sujets sont en effet libres de venir ou de sortir du service. La séparation d'avec la famille n'est donc pas imposée, et l'isolement n'est pas contraint comme lors des isolements stricts évoqués dans ce travail. De cette manière, les époux ou les sœurs[771] – qui semblent le plus souvent en charge de s'occuper de leurs adelphes malades – demandent parfois, et obtiennent souvent sans difficulté, la sortie de leur proche, ce qui tend à renforcer le pouvoir de décision des familles. Ces situations pourraient être lues comme une redéfinition plus large du rôle des familles sur la définition des sujets et de leurs parcours de soin. Il serait également possible d'y voir plus généralement des éléments de tensions entre une valorisation croissante de l'autonomie des sujets vis-à-vis de figures tutélaires (parents, maris, médecins) ou de leur milieu social d'origine, et une attente sociale d'obéissance à ces figures de la part des femmes et des enfants, dans une perspective de reproduction de l'ordre social. L'exemple des suffragettes en grève de la faim, alimentées de force par sonde[772], illustre à ce titre l'émergence de puissantes aspirations féministes à l'émancipation dès la fin du XIXe siècle en Europe. Il illustre aussi les fortes réactions disciplinaires à ces aspirations, qui passent par le biais notamment de l'alimentation forcée, dont nous avons analysé, tout au long de cette thèse, la densité des dispositifs de pouvoir dans lesquels cette pratique s'insère.

[769] Hall, G. S. (1904). *Adolescence, its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, t.1, New York: Appleton and C.

[770] Voir à ce propos le chapitre 5, partie 2 « L'adolescence, période d'apprentissages et de conflits ».

[771] Voir par exemple une lettre de demande de sortie d'hospitalisation en Annexe 101.

[772] Voir un exemple de récit d'alimentation forcée en annexe (Annexe 102 et Annexe 103).

Conclusion du chapitre 8 :

Pourquoi les anorexiques sont-elles préférentiellement envoyées à l'hôpital ou dans des maisons de santé, et en quoi cela nous informe-t-il sur la production des seuils diagnostiques de la pathologie ? C'est à ces deux questions que ce chapitre a tenté de répondre en se concentrant sur l'étude des lieux d'hospitalisation des anorexiques au début du XXe siècle. Il a montré que les pratiques de santé, corporelles et d'objet qui ont lieu dans les maisons de santé induisent une catégorisation sociale et médicale de l'anorexie qui s'adosse à l'émergence d'un marché du renforcement fondé sur des « promesses » (Fournier & Dalgalarrondo, 2022) médicales et techniques d'accès à la vie saine. Le « recrutement » (Darmon, 2001) des anorexiques dans les classes moyennes et aisées, en raison des valeurs de contrôle féminin qui prédomineraient dans ces classes sociales, peut donc aussi être interprété comme le résultat d'interventions médicales relevant d'un « tri » historique, social, économique et institutionnel, à la fois des individus, des signes cliniques et des pathologies mentales.

L'envoi des anorexiques dans des établissements de soin principalement urbains et non asilaires contribue à assigner ces catégories de malades à des espaces et des pratiques de distinction, propres à l'émergence et l'extension d'une « classe de loisir » (Veblen, 1970 [1899]). Bien que d'abord cantonnées à la noblesse, puis à la bourgeoisie, les valeurs de consommation de biens, durant des temps de loisir non productifs, se diffusent tout au long du XXe siècle jusqu'à pénétrer, avec les réformes sociales du Front populaire et de l'après-Seconde Guerre mondiale, les classes ouvrières et populaires[773]. Notre enquête documentaire n'a pas permis d'étudier de manière détaillée les effets de ces réformes sur les catégorisations médicales des anormalités de croissance et de développement des enfants, et en particulier de l'anorexie mentale. Il serait néanmoins pertinent d'envisager une telle étude afin de poursuivre notre entreprise de définition des seuils diagnostiques de l'anorexie. En effet, l'ouverture de lieux de santé non asilaires et la multiplication des pratiques touristiques et commerciales de santé s'enracinent dans une société assurantielle (Foucault, 1997), où la question de la maladie est reléguée au niveau des pratiques individuelles quotidiennes, tout en faisant l'objet de pratiques de prévention sociales et collectives.

Dans cette perspective, une étude approfondie des seuils de rendement de l'anorexie au regard des réformes sociales et sanitaires mises en place depuis la fin des années 1930 en France permettrait de renouveler notre approche de l'observabilité des critères biologiques et sociaux

[773] Comme Renaud Epstein (2022) le montre, la carte postale devient même l'emblème du loisir et du tourisme de masse des classes populaires dans la seconde moitié du XXe siècle.

de l’anorexie, et ceci, en fonction des dynamiques étatiques, sociales et politiques d’encadrement individuel et collectif du risque.

Conclusion de la quatrième partie

À partir d'une analyse de la matérialité et des imaginaires sociaux qui entourent les traitements et les lieux de prise en charge des anorexies, cette quatrième partie a montré que l'anorexie (hystérique, mentale, nerveuse) est préférentiellement classifiée parmi les anormalités de l'enfance et les maladies nerveuses jugées curables. Les individus anorexiques échappent de ce fait, dès le début de l'existence médicale de la catégorie, aux espaces asilaires, en étant principalement soignés dans des espaces dédiés à la rémission ou au renforcement des corps.

Notre parcours, depuis les techniques thérapeutiques disciplinaires jusqu'aux techniques sécuritaires (Foucault, 1997) de réadaptation des malades, a souligné que les traitements de l'anorexie s'organisent dès les années 1870 autour d'une médicalisation de la vie quotidienne (alimentation, hygiène) ancrée dans des réformes sociales, sanitaires et économiques. Les traitements mis en œuvre sont issus des principes de contraintes relevant initialement du traitement moral, mais aussi des principes thérapeutiques tirés de la psychologie expérimentale et visant une adaptation des aptitudes motrices et intellectuelles des individus à leur environnement. En effet, d'un côté, les interventions médicales thérapeutiques font appel à des éléments extérieurs (air, eau, électricité), des adjuvants (médicaments, toniques) ou des objets (sonde), afin de discipliner les corps et les organismes. De l'autre, les thérapeutiques psychologiques (psychothérapie, réalimentation) visent à orienter la subjectivation des malades en les conduisant, par l'apprentissage et l'habitude, à incorporer des techniques du corps, d'objets et de « soi », qui sont aussi des techniques de genre, d'âge et de classe. De ce point de vue, les réponses thérapeutiques apportées à l'anorexie sont principalement façonnées par une vision bourgeoise du travail de « soi » et de son intériorité. Une vision qui est favorisée par l'essor d'un marché du renforcement promettant, d'une part, l'accès à une vie saine par le biais de pratiques de consommation et corporelles de santé, et soutenant, d'autre part, la fabrication de subjectivités conformes à un certain ordre « bio-psycho-social ».

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette enquête a retracé soixante années d'existence de la catégorie d'anorexie en tant qu'objet de publications scientifiques, médicales et professionnelles, depuis l'émergence dans les années 1870 de l'anorexie hystérique en psychiatrie neurologique jusqu'à l'apparition du diagnostic d'anorexie mentale au sein des espaces médicaux et thérapeutiques d'hygiène mentale, au début des années 1930, et dans le champ de l'endocrinologie pédiatrique.

L'un des apports majeurs de ce travail réside dans l'éclairage sociologique et anthropologique offert par une étude de la production des « seuils diagnostiques », dans la compréhension des processus socio-techniques de fabrication de catégories médicales d'âge et de genre comme l'anorexie. La notion de production, en nous invitant à nous focaliser sur un ensemble de pratiques et d'acteurs engagés dans la transformation d'une matière – le corps – en objet médical discuté – une catégorie –, nous a offert une grande richesse d'analyse quant aux diverses opérations réalisées par les scientifiques et les médecins *sur* et *avec* les processus vitaux (croissance, reproduction, maturation, développement). De cette manière, si la niche écologique de l'anorexie (Darmon, 2001) offre un abri sous lequel se rencontre et s'imbrique un grand nombre d'éléments divers pour former la catégorie d'anorexie à la fin du XIXe siècle, nous avons aussi montré que le vecteur de l'observabilité constitue un espace de concaténation clé de cette catégorie.

L'observabilité ne recouvre pas seulement l'acte de voir ou de regarder, ni même celui d'identifier ou de rendre facile d'accès à l'énonciation un phénomène pathologique, ou un comportement jugé déviant. Elle est certes tout cela, mais elle recouvre aussi et plus largement dans le cadre de notre étude une manière de construire un regard pour expliquer les processus vitaux, comprendre le vivant, le catégoriser, et en certains points pour se le représenter afin d'agir dessus. C'est par la mise en images, en chiffres et en inscriptions des phénomènes biologiques que la catégorie d'anorexie prend forme dans les discours cliniques et au sein des taxinomies psychiatriques. Mais c'est aussi depuis la production de « faits » scientifiques (Latour & Woolgar, 1996 [1979]) portant sur les processus vitaux et les manifestations corporelles liées au « développement » humain – à l'échelle de l'espèce et de l'individu – que l'anorexie est constituée en catégorie scientifiquement valide, et qu'elle circule au sein des textes scientifiques et médicaux, ainsi qu'entre diverses spécialités médicales.

Notre parcours analytique a ainsi mis en avant cinq « seuils diagnostiques » de l'anorexie correspondant à diverses modalités spatiales, matérielles, instrumentales et institutionnelles de production médicale de seuils d'âge et de genre. Il s'agit des « seuils esthétiques de genre », des « seuils de sexualisation », des « seuils métaboliques », des « seuils de croissance » et des « seuils de rendement ». Les « seuils esthétique de genre » se réfèrent à l'identification pathologique de l'anorexie par l'usage d'instruments d'observation des corps et des morphologies (« coup d'œil » clinique, photographie), et suivant des normes de genre mettant au centre du regard certains segments corporels signifiants (peau, poitrine, visage). Les « seuils de sexualisation » s'appuient sur les signes physiques et organiques de sexuation des corps qui sont rattachés, par les médecins, à l'éclosion au moment de l'adolescence d'un processus psychique et organique, à partir duquel les individus sont médicalement inscrits dans un sexe et dans une sexualité procréative. Les « seuils métaboliques » désignent les déséquilibres physiologiques, énergétiques et nutritionnels médicalement interprétés comme des temps de passage et des étapes de maturation du système nerveux et du métabolisme. Les « seuils de croissance » renvoient aux standards anthropométriques d'accroissement, ainsi qu'à l'observation médicale d'une synchronisation, au cours de la croissance et au moment de la puberté, des fonctions organiques et sexuelles. Enfin, les « seuils de rendement » désignent la capacité des sujets, perçue par les médecins, à se soumettre à l'autorité médicale et à adopter des techniques corporelles et de « soi » jugées conformes aux attentes sociales de genre et d'âge. Ces cinq seuils sont ainsi tous issus d'opérations médicales d'*agisation* et de *sexuation* des personnes, c'est-à-dire d'une inscription des corps dans un âge, un sexe et une sexualité.

À partir de l'identification de ces seuils et de leurs variations, notre étude a montré que la question anorexique constitue, d'une part, une problématique médicale privilégiée à partir de laquelle les acteurs de la médecine expérimentale produisent de nouveaux savoirs sur le développement, et d'autre part, une catégorie pathologique identifiable à partir de standards de développement d'âge et de genre. Dans ce cadre, l'anorexie constitue, dans les débats nosologiques qui traversent le champ médical et psychiatrique français du début du XXe siècle, une catégorie pivot dans la classification des troubles nerveux et des anormalités de l'enfance et de l'adolescence.

J'aimerais ici, en conclusion, revenir sur les trois principaux résultats de ce travail, ainsi que sur ses prolongements possibles. Bien que ces trois apports et prolongements soient liés et se répondent, ils s'appuient, chacun, sur des cadres analytiques distincts relevant de l'histoire des sciences et de l'anthropologie du vivant, de la sociologie de la médecine et de la santé, et de la

sociologie et de l'anthropologie du corps et des âges. Le premier apport constitue – depuis notre étude de la « production » des seuils diagnostiques – une proposition de chronologie des moments de recatégorisation de l'anorexie, au prisme de l'évolution des techniques scientifiques de manipulation du vivant et de visibilisation des processus de vitalité. Le second, porte sur les tensions classificatoires de l'anorexie induites par la pluralité d'acteurs, de visées et de spécialisations médicales engagés dans le gouvernement et la régulation du « développement ». Le troisième concerne la manière dont la production de seuils diagnostiques de l'anorexie, à partir des manipulations sociales de données corporelles et biologiques, révèle une médecine des âges qui produit ses malades à la croisée de catégorisations sociales de genre, de classe, mais aussi de « race ». À partir des principaux résultats présentés, j'aborderai brièvement, dans un dernier temps, ce vers quoi cette étude permet de s'orienter : une recherche sur les opérations de « datation » en biomédecine et en santé.

Une chronologie des mutations de la question anorexique

Si le parcours analytique de ce travail n'a pas suivi un strict cheminement chronologique, nous pouvons néanmoins reprendre ici, à grands traits, les apports de l'étude de la production des seuils de l'anorexie, afin d'en dégager une périodisation des catégorisations des symptômes anorexiques et de la maladie. Les périodes identifiées ici ne constituent pas des moments historiques fermés sur eux-mêmes, mais relèvent plutôt de temporalités socio-techniques d'apparition et de disparition d'acteurs et de pratiques scientifiques impliqués dans la définition de la « vitalité » humaine.

L'anorexie symptomatique (1873-1895)

Dès les années 1870, l'anorexie est consignée dans les récits cliniques des psychiatres en tant que symptôme dépendant de la grande catégorie d'hystérie. Le symptôme anorexique – recouvrant la perte d'appétit et l'amaigrissement consécutif à un jeûne prolongé – émerge en tant qu'entité de spécification de l'hystérie (dite gastrique), mais aussi comme un signe de l'entrée des malades dans l'hystérie. La photographie médicale favorise l'élaboration de cette catégorie d'anorexie hystérique en fixant sur les corps des traits pathologiques extérieurs jugés typiques de la maladie. Ces pratiques photographiques se conjuguent à des opérations de mise en chiffres des corps qui, mises ensemble, visent à objectiver les relations fonctionnelles entre les fonctions circulatoires et les activités nerveuses.

En spatialisant la maladie dans le sang et les nerfs, les médecins de la fin du XIXe siècle y spatialisent également la vitalité, à un moment où les frontières physiologiques de la mort et du

vivant sont au centre d'expérimentations médicales, ce que montre par exemple Anne Carol dans son histoire médicale de la guillotine (Carol, 2012). Les thérapeutiques de l'anorexie visent alors, dès l'émergence de la catégorie d'anorexie hystérique, les fluides corporels et les nerfs. Les interventions médicales reprennent les préceptes de la théorie générale d'équilibre des fluides, tout en étant guidées par les préceptes naturistes émergeant avec la médecine néo-hippocratique. L'administration de plantes et substances de la pharmacopée, ou encore la soumission des malades à l'hydrothérapie agissent comme des actes techniques de mise en contact des corps avec des éléments extérieurs de façon à renforcer les nerfs et à faciliter la circulation ou l'écoulement des fluides internes. Mais les interventions thérapeutiques n'agissent pas seulement sur les agents vitaux, elles contribuent également à la fabrication du processus de développement lui-même, en l'attachant à un mouvement plus large d'évolution.

Dans les diverses réceptions faites par le monde scientifique et médical français des théories évolutionnistes du développement de Charles Darwin, de Jean-Baptiste Lamarck ou d'Herbert Spencer, l'évolution de l'humain est conçue en tant que processus de complexification et d'adaptation continus des organismes au milieu. Dans ce cadre, le « mal », dit Georges Vigarello (2020 : 93), est une « désadaptation de la vie […], un risque permanent de retour à des formes élémentaires ». L'action des agents vitaux sur les corps est donc toujours incertaine, elle peut être bénéfique, c'est-à-dire tournée vers le « progrès », mais aussi néfaste, c'est-à-dire tournée vers une « stagnation », voire une « arriération » du développement (Julien & Voléry, 2019 : 8). Se lisent alors dans l'émergence de l'anorexie symptomatique les remaniements des savoirs biologiques et psychologiques, apportés par une fin de XIXe siècle attentive au développement comme à un processus linéaire d'avancée en âge. Une avancée ponctuée par des temps de croissance, d'arrêt et de décroissance, par laquelle s'« installe l'idée de degrés de vitalité, appariés à des classes d'âge » (*ibidem*.). De ce fait, les déséquilibres mentaux ou physiques comme l'anorexie sont perçus tels « des progrès qui s'inversent » (Vigarello, 2020 : 93). Ce sont « des conquêtes qui s'effacent, ce sont des vecteurs qui changent de sens » (*ibidem.*), et ce sont, nous pourrions ajouter à l'issue de ce travail, des retours ou des arrêts à l'état d'enfance, ou encore des entrées précipitées dans la sénescence.

Les incertitudes entourant les rythmicités et le « sens » pris par le développement sont gérées par une multiplication de préceptes hygiéniques. Dans ce cadre, le symptôme anorexique est marqué du sceau de la dégénérescence physique et morale, en étant lu comme le résultat de comportements hygiéniques douteux ou associés à la déviance. L'objectivation des signes cliniques de l'anorexie renseigne donc sur une « altération » du processus développemental,

c'est-à-dire sur un retard ou une dissolution de la complexification nerveuse. Toutefois, dès les années 1880, les médecins voient dans ces signes cliniques l'expression d'un déséquilibre fonctionnel réversible, d'ordre éducatif, surtout lorsqu'il apparait durant l'enfance et aux alentours de la puberté féminine.

La fin de l'anorexie hystérique (1890-1909)

Au milieu des années 1890, avec l'avènement de la microbiologie, les médecins distinguent l'anorexie hystérique des anorexies d'origine infectieuse comme l'anorexie phtisique. Les dernières décennies du XIXe siècle sont ainsi marquées par l'expression de désaccords scientifiques concernant la nature de l'anorexie et sa classification parmi les symptômes hystériques. Ces désaccords accompagnent notamment l'éclatement, sous l'impulsion d'une médecine biomédicale, de la catégorie d'hystérie en plusieurs autres catégories psychiatriques distinctes (Micale, 1993). Les « découvertes » pasteuriennes et les innovations chirurgicales facilitent l'identification de troubles organiques situés dans des localités corporelles précises, comme les ulcères ou le cancer de l'estomac (Pinell, 1992 : 47-49). À la fin du XIXe siècle, les douleurs stomacales à l'origine de la perte d'appétit ou d'amaigrissements prononcés sont soupçonnées d'être l'expression d'altérations ou de désordres organiques. Ceci ouvre à une spécification des anorexies dites « primaires » ou « primitives », c'est-à-dire d'origine purement mentale, ou bien dites « secondaires », c'est-à-dire dues à un trouble organique.

L'anorexie hystérique ne résiste pas à cette reconfiguration étiologique de la folie autour d'altérations organiques, qui ne sont plus uniquement nichées au niveau des nerfs ou de la production de fluides corporels. Dès lors, les mobilisations de l'anorexie hystérique par les psychiatres ne cessent de décroître dans les publications médicales, à mesure que décroit également l'hégémonie institutionnelle de la psychiatrie neurologique soutenue par Jean-Martin Charcot et ses disciples. L'anorexie n'est pas oubliée pour autant, mais glisse dès les années 1880 dans le champ de la psychophysiologie, en étant étudiée par les psychiatres et psychologues du développement à la lumière des connaissances biochimiques axées sur les processus de nutrition et énergétiques.

Les débats portant sur l'origine de l'anorexie s'enracinent dès lors, en Europe, dans l'avènement de la théorie cellulaire qui postule que la cellule constitue l'unité de base de la vie (Landecker, 2007). Si dans les sciences naturelles, les nerfs, le sang, les tissus et les organes sont toujours perçus comme des agents au cœur de la vitalité, ils sont aussi et surtout conçus comme des agglomérats cellulaires. Certains psychiatres élargissent leur objectivation clinique de la vitalité

normale et pathologique chez les hystériques par le recours à des pratiques de mesures des phénomènes physiologiques (par exemple, le calcul du taux d'urée dans les urines). De cette manière, ils visualisent les interactions entre les processus nutritionnels d'assimilation des aliments et les états nerveux, d'ordres psychiques ou mentaux. Dans ces études, l'appauvrissement du sang ou la fragilisation des nerfs n'expliquent pas entièrement les défauts de vitalité observés dans l'anorexie, puisque ce sont aussi l'ensemble des déséquilibres métaboliques et physico-chimiques qui sont incriminés.

Ainsi, si jusqu'en 1897, les étiologies nerveuses de l'anorexie prédominent, l'identification et le traitement de l'anorexie puisent, dès cette période, dans les savoirs psychophysiologistes produits par des médecins souhaitant comprendre et expliquer les processus métaboliques. D'abord conceptualisé comme un milieu interne entretenant une relation d'échange énergétique avec l'extérieur, le métabolisme est érigé au milieu du XIXe siècle en unité de mesure des activités biochimiques de l'organisme. Avec le déploiement de la théorie cellulaire, le métabolisme fait l'objet d'un investissement clinique particulièrement appuyé qui bouleverse le modèle psychiatrique de l'hérédité morbide, initialement organisé autour des effets du passé sur le présent, en faveur de considérations médicales du présent telle une période de développement à surveiller afin de favoriser la vitalité future. Au contact de cette « théorie du vivant » (Pitrou, 2022) faisant du développement un processus vital de prolifération cellulaire, la classification de l'anorexie évolue. Au début des années 1900, les malades ne sont plus des hystériques dégénérées, elles sont des déséquilibrées nutritionnelles et métaboliques. La notion même d'anorexie hystérique s'estompe au profit de nouvelles qualifications (anorexie mentale, psychasthénique, nerveuse). Dès 1909, l'anorexie hystérique n'est plus qu'un cas d'anorexie parmi d'autres et l'état hystérique une seule prédisposition à la maladie mentale.

Des anorexies de laboratoire (1880-1915)

Dans « Culturing Life » (2007), l'historienne des sciences Hannah Landecker étudie l'histoire de la culture de tissus vivants consistant à faire grandir des cellules en dehors des corps. Elle montre que cette pratique laborantine remonte à un moment où les scientifiques font vivre des organismes en dehors de leur milieu d'origine, et font entrer la « vie », alors symbolisée par la cellule, dans un milieu manipulé par l'humain. Son étude souligne également la centralité, pour les sciences biochimiques du début du XXe siècle, de l'espace du laboratoire en tant que lieu d'expérimentation sur le vivant. La capacité d'autonomie des cellules vis-à-vis des corps autorise la réalisation de recherches portant sur le développement de la matière cellulaire. Par

exemple, en 1907, le biologiste et anatomiste américain Ross G. Harrison[774] étudie au prisme de la théorie cellulaire, les étapes de développement des fibres nerveuses. Ce type d'expérimentation est rendu possible grâce au concours d'instruments d'optique et de visualisation de la matière (microscopes, coloration des tissus). Le laboratoire représente dans ce cadre un espace expérimental composite où instruments, pratiques et conceptions savantes du vivant s'articulent pour mettre en lumière la capacité réactive de la matière cellulaire à un milieu manipulé par l'humain en laboratoire.

Dans le cadre du traitement des anorexies dites « primaires » (mentale, nerveuse), les médecins adoptent dès les années 1880 une démarche d'action similaire aux pratiques laborantines de manipulation des cellules, qui sera renforcée au début du XXe siècle avec l'essor des connaissances nutritionnelles. Suivant une analogie commune à cette époque entre les processus biologiques et ceux sociologiques et psychologiques, les interventions médicales thérapeutiques tendent à placer les patientes dans un espace laborantin d'expérimentation. Les anorexiques sont « isolées » de leur milieu d'origine familial et social, afin que les médecins puissent « manipuler » leur métabolisme. Plus encore, les interventions médicales produisent l'unité du métabolisme en faisant entrer ce dernier dans un réseau technique d'observation et de contrôle des organismes. Par exemple, les programmes de réalimentation, avec ou sans la sonde, visent à produire directement une activité métabolique en modelant les processus biochimiques impliqués dans la sensation de faim. Plus généralement, il est question de faire réincorporer aux malades, par des répétitions régulières et rationnelles de l'acte alimentaire, des techniques corporelles et d'objets. Par une « analogie techniciste » (Pitrou, 2020) avec le métabolisme – tel que le philosophe Hans Jonas l'étudie au début du XXe siècle, à savoir, selon Hannah Landecker (2017), comme un organisme indépendant et fermé sur lui-même, mais dépendant d'une relation vitale à son environnement – l'organisme cellulaire est placé au centre des manipulations des processus vitaux.

Avec la théorie biophysique de la thermodynamique, les processus vitaux de développement sont associés à des processus énergétiques de conservation et de production de chaleur et de mouvements par les tissus cellulaires (organes, muscles). Ce sont aussi les activités humaines de travail ou de repos, puis avec les travaux de Sigmund Freud les phénomènes de désir et de sexualité (qu'il nomme « pulsions ») qui sont étudiés au prisme des processus biologiques et

[774] Harrison, R. G. (1906). « Observations on the living developing nerve fiber », *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 4(1), p. 140-143.

chimiques de l'énergie (Pécaud, 2016 ; Saraceno, 2018 ; Vigarello, 2020). La catégorie d'anorexie constitue alors le support de discours scientifiques et médicaux en faveur de réformes sanitaires et sociales orientées autour de la gestion rationnelle du métabolisme, à l'échelle des individus et de la population.

Un déséquilibre énergétique qui menace la nation (1910-1930)

À mesure que l'industrie accapare la force motrice des ouvriers et ouvrières, la thématique de la fatigue redéfinit les classifications psychiatriques. La grande catégorie de la neurasthénie s'impose au début du XXe siècle dans les taxinomies médicales. Elle cristallise les craintes des hygiénistes quant aux étiolements des corps sous l'effet des conditions de vie citadines et industrielles jugées épuisantes. L'anorexie s'en trouve alors recatégorisée en déséquilibre énergétique féminin. Elle guetterait en particulier les adolescentes présentant un organisme fragilisé par l'activation des fonctions sexuelles, ainsi que les étudiantes épuisées par un programme scolaire jugé trop intense pour leur physiologie. Avec l'institutionnalisation de la pédiatrie, les enfants deviennent au cours des années 1910 les cibles privilégiées d'interventions médicales visant à favoriser et entretenir la vitalité nationale. En tant que source énergétique indispensable au vivant, l'alimentation est au cœur de cette médecine des âges qui dialogue fortement avec la microbiologie et l'industrie pharmaceutique. Le contenu du lait infantile est passé au crible par les sciences nutritionnelles et biochimiques. Les microbes, mais aussi les substances nutritives du lait, sont conçus comme des agents favorisant ou limitant la vitalité des enfants. Les pédiatres observent et rendent comptent dès 1912 de cas d'anorexie du nourrisson, qu'ils interprètent au prisme des problèmes publics d'hygiène infantile. La catégorie d'anorexie renferme alors une pluralité de troubles énergétiques qui menacent – par l'épuisement des cellules, des nerfs, des tissus et des organes – la force nationale.

Les interprétations psychophysiologiques de l'énergie psychique entérinent par ailleurs, en particulier après la Première Guerre mondiale, une redéfinition des classifications psychiatriques de la maladie mentale autour de l'équipement nerveux. La folie n'est plus seulement une altération héréditaire du développement, elle est aussi une réaction présente, ou à rebours, à des évènements immoraux et traumatiques. Une réaction qui se lit avant tout dans les comportements et les manifestations corporelles, lesquels peuvent être réajustés par des apprentissages et une psychothérapie.

Dans ce contexte, les comportements anorexiques sont interprétés par les psychologues et psychiatres du développement, au début du XXe siècle, comme un déséquilibre énergétique et

émotionnel induit par des évènements de vie. L'état de fragilité nerveuse des enfants et des adolescentes facilitant ce déséquilibre, les réformes sanitaires et éducatives soutiennent la commercialisation de produits pharmaceutiques, ainsi que l'essor d'un « marché du renforcement » promettant aux femmes, et par elles aux enfants, l'accès à une vie saine.

L'anorexie hormonale : une molécularisation du développement ? (1920-1938)

Par le biais de manipulations d'extraction de cellules, d'analyses biologiques par réactions biochimiques des tissus et d'expérimentations in-vivo de greffes organiques et tissulaires, les hormones de croissance et sexuelles constituent, au cours de la première moitié du XXe siècle, de nouveaux agents du développement autour desquels se coordonnent les acteurs du champ médical et de l'industrie. La radiologie – dont l'usage se déploie dans la médecine européenne dans les années 1920 – donne accès à l'intérieur des corps, multipliant ainsi les possibilités techniques d'objectivation des rythmes corporels de développement, qui sont dès lors rattachés à des phénomènes biologiques internes de maturation (ossification, taille de l'hypophyse). À l'instar de l'estomac quelques décennies plus tôt, le fonctionnement vital de l'hypophyse est placé au cœur des débats étiologiques sur l'anorexie. Les pédiatres s'attèlent notamment à distinguer l'anorexie mentale des anorexies hypophysaires, ou de la maladie de Simmonds, tout en reconnaissant le rôle central des sécrétions hypophysaires dans les troubles anorexiques.

L'anorexie n'est donc plus seulement classifiée parmi les déséquilibres énergétiques, elle l'est aussi, par les pédiatres, parmi les troubles de la croissance relevant d'une mauvaise synchronisation des activités glandulaires et organiques. Le manque de vitalité des individus anorexiques (maigreur, petitesse, fatigue) est notamment associé à une *a-concordance* des temporalités de circulation organique de sécrétions hormonales et glandulaires d'origine hypophysaire, thyroïdienne ou ovarienne. D'un point de vue thérapeutique, il s'agit pour les médecins de donner la bonne molécule, en des quantités suffisantes, au « bon moment ». Les malades sont de ce fait soumises à des cures hormonales d'injection ou de consommation d'extraits hormonaux et de substances hormonales pharmaceutiques (par exemple, la Thyroïdine), censées remplacer, activer ou favoriser ces sécrétions moléculaires.

Se dessine ainsi dans les publications scientifiques, dès la fin des années 1920, une anorexie moléculaire, dont les principes étiologiques et thérapeutiques concordent avec ce que Nikolas Rose (2006) associe à une « molécularisation » de la vie « elle-même ». L'arrêt des bornes chronologiques de cette thèse au milieu des années 1930 ne permet cependant pas de développer plus avant l'effet de cette molécularisation sur la catégorisation de l'anorexie. Il semble qu'il

serait cependant intéressant d'interroger les mutations de la question anorexique au prisme des évolutions de la théorie cellulaire et de l'application, tout au long du XXe siècle, des principes biologiques de l'hérédité génétique dans le champ psychiatrique.

Et après : une anorexie génétique ? (1950 - …)

Si notre étude de l'anorexie se situe chronologiquement avant l'arrivée de l'épigénétique, et même avant la fusion entre les sciences de la génétique et l'embryologie, notre travail invite toutefois à poursuivre une étude de la variation des seuils diagnostiques de l'anorexie depuis les continuités et les ruptures socio-techniques qui traversent la biomédecine. En effet, depuis le milieu du XXe siècle, l'épigénétique (Landecker & Panofsky, 2012) se donne pour objet d'étude l'influence de l'environnement sur l'expression des gènes. Dans cette perspective, l'épigénétique conduit selon Stéphanie Lloyd et Eugène Raikhel (2014 : 5) à une « molécularisation du biographique et du milieu » qui « génère une conception singulière du corps, qualifiée d'*embedded body* par l'anthropologue Jorg Niewöhner », et que ce dernier définit, selon Lloyd et Raikhel (*ibidem*.), en ces termes :

> « *Un corps profondément imprégné de son propre passé, perméable à son environnement social et matériel. C'est un corps qui porte l'empreinte de l'évolution et des générations successives, de la "vie primitive", un corps hautement sensible aux modifications de son environnement social et matériel* ».

Ces recherches s'appuient notamment sur la reconnaissance de la plasticité neuronale et cellulaire, laquelle serait plus élevée durant certaines « périodes critiques », dont la période de vie intra-utérine et l'enfance. Cette conception d'un corps plastique durant l'enfance conduit les chercheurs à identifier les mauvais traitements subis durant les premières années de vie comme l'une des causes majeures des conduites suicidaires pouvant survenir à l'âge adolescent ou adulte. Cet intérêt pour les évènements de l'enfance en tant que marqueurs explicatifs de la santé future imprègne des politiques publiques de santé, à l'image du programme des « 1000 premiers jours de vie » (Fournier & Jarty, 2019 ; Fournier & Poulain, 2018). Dans ce programme, la période intra-utérine et les trois premières années de vie extra-utérine sont identifiées comme « une fenêtre d'exposition critique » des enfants à leur environnement. Tristan Fournier et Julie Jarty (2019) montrent que la diffusion d'un tel programme dans les politiques publiques sert un gouvernement des conduites alimentaires des femmes, en même temps qu'il responsabilise les mères vis-à-vis de la santé de leur progéniture. De plus, les recherches en épigénétique se sont associées depuis plusieurs décennies à des explorations neurobiologiques des conduites pathologiques (Moutaud, 2015 ; Young, 1997), si bien que

l'hypothèse d'une origine environnementale des troubles anorexiques et du comportement alimentaire est aujourd'hui défendue par certains scientifiques français ou nord-américains[775]. Ces travaux laissent entendre qu'il existerait, comme pour le « cerveau suicidaire » théorisé par Stéphanie Lloyd et Eugène Raikhel (2014), un « cerveau anorexique » façonné par les évènements rencontrés au cours de l'ontogenèse et durant l'enfance. À l'aune de ces travaux, nous pourrions ainsi questionner la manière avec laquelle l'anorexie, chez les adolescentes ou chez les nourrissons, est aujourd'hui cliniquement appréhendée.

Retour sur les mutations de l'anorexie : des catégorisations socio-techniques de la vitalité

Notre proposition de chronologie des mutations de la question anorexique suggère que la variation des seuils diagnostiques de la catégorie découle moins de renouvellements théoriques relatifs à la personne humaine que de « manipulations matérielles » du vivant (Pitrou, 2024 : 226). Ces dernières donnent aux scientifiques et aux médecins à penser, mais aussi à voir de nouvelles localités corporelles, ainsi qu'à interagir avec de nouveaux acteurs du vivant (les nerfs, les cellules, l'estomac, l'hypophyse). Ces manipulations sont donc ainsi des opérations d'objectivation de localités corporelles fixées par le calcul, l'écriture textuelle, les inscriptions graphiques ou iconographiques. À mesure que ces localités sont fixées et « donn[ées] à voir à d'autres » (Coupaye, 2020 : 91), de nouveaux agents non-humains (hormones, vitamines) prennent part à la chaîne technique de production de la vitalité, reconfigurant les frontières des missions des professions et spécialités médicales (pédiatrie, endocrinologie).

Depuis les années 1870 et jusqu'au milieu des années 1930, le centre de la vitalité se déplace et devient de plus en plus diffus à mesure que la science décrit des mouvements et des processus vitaux internes et interdépendants. D'abord logée dans les nerfs, la vitalité désigne ensuite un processus large et complexe de maturation et d'activation glandulaire et organique. Les mutations des seuils de l'anorexie correspondent alors à un enchevêtrement d'opérations techniques d'objectivation et de production de processus développementaux, métaboliques, énergétiques et moléculaires. Les pratiques savantes d'observation et de mesure des corps, par le biais d'instruments de visualisation, se présentent alors comme des « actions techniques de cadrage » (Pitrou, 2020 : 17) qui orientent le regard scientifique, clinique et médical et dont les déplacements dévoilent, sous divers aspects, des processus vitaux inédits et autrement inaccessibles. Autrement dit, l'instabilité des seuils diagnostiques de l'anorexie découlerait

[775] Par exemple : Booij, L. & Steiger, H. (2020). « Applying epigenetic science to the understanding of eating disorders: a promising paradigm for research and practice », *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), p. 515-520; Ramoz, N. & *al*. (2017). « Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires », *Biologie Aujourd'hui*, 211(1), p. 97-102.

d'une large variation des phénomènes de la vitalité, rendus plus ou moins visibles suivant l'influence des cadres politiques, des innovations biotechnologiques et des techniques scientifiques de connaissance et de contrôle du vivant. La chronologie proposée ici a ainsi mis en lumière combien les critères cliniques et les normes corporelles de la vitalité sont au cœur des catégorisations médicales de l'anorexie.

À partir d'une échelle analytique macrosociologique, notre étude a permis de dégager de grandes opérations médicales et scientifiques appliquées sur les corps (mesurer, classer, catégoriser, quantifier, observer, renforcer), mais a aussi laissé dans l'ombre les opérations techniques et scientifiques plus microsociologiques. Une telle échelle d'analyse demanderait, par exemple, de saisir plus finement, au niveau de chaque acteur, les agentivités et les opérations techniques d'interaction des humains avec les entités qui « font vivre » (Pitrou, 2019, 2022). Il me semble que les sources documentaires de notre enquête ne permettent pas directement un tel travail. Néanmoins, une étude ethnographique contemporaine permettrait sans doute de mettre à l'épreuve notre intuition d'une mutation des seuils de l'anorexie inhérente à des « configurations agentives » (Pitrou, 2016, 2022 : 98), qui se nouent autour de ce qui constitue la vitalité et la manière de la « faire ».

Des tensions classificatoires

Le second apport de cette thèse concerne l'identification de tensions classificatoires de la catégorisation de l'anorexie issues des diverses conceptualisations et interventions médicales de régulation du « développement ». En effet, plutôt que de définir ce qui caractérise l'anorexie pour les médecins et scientifiques, cette étude a finalement proposé d'explorer ce que cette catégorie médicale désigne de manque. Autrement dit, ce que ne seraient pas les individus qui y sont classifiés, à savoir : des humains complets, pleinement développés, parfaits, ou encore des organismes reproducteurs et productifs, en somme des personnes humaines « parachevées » (Voléry, 2021 : 184), ayant atteint l'âge adulte de plein « développement » physique et psychique. Cette définition en négatif de la catégorie d'anorexie suggère, en lien avec le propos précédent, que les anorexiques présenteraient une vitalité altérée, du moins non concordante avec leur sexe et leur âge chronologique. Mais, elle a aussi permis d'éviter tout au long de cette thèse un écueil – décrit par des auteurs comme Jean-Christophe Coffin (2003) ou Claude-Olivier Doron (2012) – qui consiste à faire de la dégénération et de ses références psychiatriques la marque d'un seul pessimisme scientifique et politique quant à l'avenir de la nation. En effet, si les théories et mobilisations de la « dégénération/dégénérescence » s'enracinent bien, en

France, dans une peur du déclin et du tarissement de l'espèce humaine – qui prend lui-même forme, comme le montre Foucault (1997 : 228), dans l'instauration d'un « biopouvoir » où l'élimination de l'autre « dégénéré » permet de multiplier les chances de se faire vivre « soi » comme espèce –, la dégénérescence repose aussi sur un espoir politique. Un espoir empli de promesses, celles du perfectionnement et de la régénération de la nation par la discipline, l'apprentissage et la prévention sanitaire.

Une catégorie à l'épreuve d'un « dispositif de développement »

La démarche cartographique poursuivie dans ce travail a mis en lumière une diversité d'acteurs, de pratiques, de discours et d'instruments – ancrés dans le champ médical, mais pas seulement, issus de pratiques scientifiques, mais pas uniquement – engagés dans un « dispositif de développement ». Si ce travail de thèse s'est principalement référé à l'approche foucaldienne des dispositifs comme à un « ensemble hétérogène » d'éléments discursifs, idéaux et matériels, l'approche processuelle du dispositif – en tant qu'« enchaînement préparé de séquences, destiné à qualifier ou transformer des états de choses par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers » (Dodier & Barbot, 2016 : 431) – offre à l'issue de notre parcours une clé sociologique de lecture et une piste de possible prolongement.

En effet, si les principaux acteurs de la production médicale de l'anorexie au tournant des XIXe et XXe siècles partagent le même objectif biopolitique, celui de faire vivre et de faire se développer le corps des individus et celui de la nation, tous les groupes professionnels ne définissent néanmoins pas de la même manière les moyens d'y parvenir, ni les types de savoirs les plus à même d'y conduire. Les psychiatres font du système nerveux central et périphérique le support physique du développement ; les pédiatres rattachent le développement à la croissance organique et à ses rythmes sexués ; les psychologues expérimentaux défendent une approche comportementale du développement comme maturation cognitive et émotionnelle ; les psychiatres et psychologues du développement ancrent la maturation dans la reconfiguration des forces psychiques induites par l'éveil de la sexualité. Pour ces professionnels médicaux, il s'agit autant de faire vivre les malades que de les « faire croître », de « renforcer » les corps que de les « redresser ». Il est autant question d'« éduquer » des sujets que de les « soigner » ou de les « réadapter ». Les interventions médicales privilégiées par les médecins suivent ainsi au sein d'un même dispositif une multiplicité de visées, et ceci, en fonction de ce qui représenterait, pour chacun, la norme d'un corps humain entièrement développé. Est-ce avant tout grandir physiquement et présenter des caractéristiques sexuées et sexuelles « bonnes », c'est-à-

dire clairement définies et concordantes sur un plan bi-catégoriel ? Est-ce être autonome vis-à-vis des parents ou d'un dispositif d'alimentation artificiel ? Est-ce acquérir des automatismes et des sensations rythmées et rationnelles ? Autant de critères de ce qui ferait la complétude humaine, qui s'entrecroisent, s'accumulent ou s'opposent selon les professions médicales, l'état des connaissances biologiques et les volontés politiques de réformes sociales entourant les périodes de l'enfance et de l'adolescence.

La prise en charge médicale des maladies nerveuses et mentales, en particulier l'anorexie, vise alors autant à limiter la dégénérescence nationale qu'à accompagner le développement des enfants et des adolescentes « anormaux » vers un âge adulte. Le dispositif de développement est à ce titre un dispositif d'encadrement du « passage » à l'âge adulte, en tant que jalon de la perfectibilité humaine. Néanmoins, les sujets malades représentent également des acteurs à part entière du dispositif de développement. Nous avons observé combien les patientes ne partagent pas toujours les mêmes ambitions que les médecins. Le dispositif se mue tantôt en levier de résistance et de production de nouvelles normes, tantôt en cadre matériel et langagier de soumission des malades à une autorité médicale jugée la plus légitime en ce qui concerne la définition des normes de santé.

Une catégorie façonnée par la spécialisation médicale

Notre étude a également montré que la catégorie d'anorexie s'offre comme un lieu d'étude privilégié de l'émergence d'une médecine des âges et de la spécialisation, en ce sens, du champ médical. Les tensions classificatoires de l'anorexie peuvent donc aussi être lues au prisme des restructurations des spécialités qui composent le champ médical entre les années 1870 et l'entre-deux-guerres.

La thèse a en effet mis en avant une diversité de disciplines et de spécialités professionnelles et médicales impliquées dans la définition des seuils diagnostiques de l'anorexie (neurologie, psychologie du développement, psychologie, psychophysiologie, pédiatrie, psychanalyse, prophylaxie et hygiène mentale). Mais elle a aussi suggéré l'implication d'une diversité d'institutions médicales universitaires, étatiques ou privées, d'hygiène, de soin ou encore médico-éducatives, qui dialoguent entre elles, tout en se distinguant par les relations qu'elles entretiennent vis-à-vis de la médecine clinique, sociale ou biologique. Au contact de chacune de ces spécialités et institutions, les seuils de l'anorexie se déplacent, et la catégorie est intégrée à divers classements psychiatriques et médicaux. Ainsi, si la catégorie d'anorexie hystérique émerge dans les années 1870 en étant discutée au sein du modèle clinique hospitalo-

universitaire de la psychiatrie neurologique, elle évolue aussi dès le début des années 1880 au sein d'un modèle de médecine sociale et biologique qui s'exerce en dehors des chaires et facultés de médecine (laboratoires, dispensaires). En d'autres termes, les frontières de l'anorexie – qu'elle soit qualifiée de juvénile, infantile, nerveuse, adolescente ou encore de mentale – sont théorisées et mises à l'épreuve depuis des observations de cas cliniques relevant de la médecine hospitalière, mais aussi au sein d'espaces d'expérimentation biologique, tel le laboratoire du physiologiste Charles Richet.

S'il m'a semblé, au début de mon enquête, particulièrement étonnant de constater l'apparition de la question anorexique dans *La Pédiatrie pratique*. Il apparait, cependant, à l'issue de ce travail, que cette émergence marque à la fois une redéfinition après 1870 du « champ médical » (Pinell, 2009), ainsi qu'une reconfiguration des relations entre l'espace de la médecine clinique, celui des sciences biologiques et celui de la médecine sociale. Cette dernière, en tant que « vecteur de médicalisation » (Pinell, 2005 : 10), implique, par exemple, l'entrée de l'alimentation dans le giron de la médecine générale, puis pédiatrique. Les politiques de protection de l'enfance portées par les gouvernements de la IIIe République favorisent la création d'espaces institutionnels et de dispositifs matériels de surveillance de la croissance, à l'échelle des territoires et dans des espaces locaux d'accueil des enfants (maternelles, écoles, Gouttes de lait). Avec la psychologie expérimentale, l'étude scientifique des phénomènes cognitifs et biologiques d'apprentissage rencontre le champ médical et éducatif. La défense de l'éducabilité des enfants anormaux est alors au cœur de la structuration d'un champ scolaire organisé au début du XXe siècle autour du repérage des retards intellectuels ou de croissance, ainsi que de l'orientation, en conséquence, des élèves anormaux vers des structures spécialisées (école de plein air, classe de perfectionnement). Dans ce contexte, l'anorexie est tantôt catégorisée en maladie de l'enfance anormale – engageant autant les médecins psychiatres que les psychologues, les parents ou les éducateurs dans le repérage et le redressement des corps –, tantôt en maladie nerveuse dégénérative pour laquelle les diagnostics, pronostics et traitements reviennent en premier lieu à une médecine clinique hospitalo-universitaire. Rappelons par exemple ici que Pierre Nobécourt, dont les observations ont été réalisées entre 1929 à 1935 ont été décisives pour notre enquête, est professeur de clinique médicale des enfants à la faculté de médecine de Paris.

La médecine prophylactique favorise, enfin, dès les années 1880, une division entre les maladies héréditaires dont relèverait l'hystérie – qui s'ancre dans une temporalité généalogique

de la dégénérescence – et les maladies acquises au cours du développement – qui s'ancrent davantage dans une temporalité de développement ontogénique. Cette division favorise, en psychiatrie, une tension classificatoire entre une anorexie hystérique dégénérative et une anorexie développementale survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence. Les psychiatres et cliniciens débattent de l'origine développementale de l'anorexie, ou du degré d'importance à accorder aux prédispositions héréditaires dans l'apparition de la maladie. Ces débats rejouent en certains points les positionnements théoriques et pratiques défendus par chaque spécialité médicale, que cela soit vis-à-vis d'une approche anatomopathologique ou fonctionnelle de la maladie, de la place accordée au facteur d'hérédité, ou encore de la manière d'appréhender les âges de la vie. S'agissant de l'anorexie, cette tension semble toutefois se résoudre au cours des années 1920, avec la spécialisation de l'hygiène mentale à Sainte-Anne. Sous l'égide d'Édouard Toulouse, la mise en œuvre des cures libres au sein du Centre de prophylaxie mentale de Sainte-Anne redéfinit les modalités de traitement des malades mentaux, qui ne sont plus assignés à un isolement strict. Ceci bouleverse également les modalités des diagnostics et pronostics psychiatriques. Les malades deviennent des inadaptées, l'anorexie sort des débats qui rassemblent la médecine clinique et la médecine biologique pour entrer pleinement dans le champ d'une médecine sociale prophylactique.

Nous pouvons à ce titre postuler que si l'anorexie semble disparaître des centres d'intérêt des médecins dans les années 1940 (Darmon, 2001 : 55), cela est sans doute moins dû à une entente générale de ces derniers autour de sa catégorisation, qu'à une restructuration des institutions et des spécialités autour d'une « santé mentale » (Doron, 2015) qui ne restreint pas ses champs d'action à la folie et à l'asile, mais qui s'immisce dans tous les pans de la société (travail, école, famille). Autrement dit, si l'anorexie n'apparait pas avant 1920 dans les diagnostics d'institutions hospitalières, peut-être est-ce parce que la production de la catégorie n'a jamais vraiment été le fait d'une spécialisation asilaire autour de la folie, mais toujours celui d'une restructuration clinique de la médecine sociale tournée vers des politiques publiques de santé, qui sont aussi dès le milieu du XIXe siècle des politiques de prévention sanitaire et d'âge (par exemple : âge légal de travail à l'usine, âge d'entrée à l'école, programme d'éducation physique obligatoire). De plus, si l'anorexie fait moins l'objet de débats à partir des années 1940, c'est peut-être parce qu'il parait évident que l'État doive déployer des dispositifs de surveillance et d'interventions médicales relatifs aux périodes de l'enfance, mais aussi à celle de l'adolescence, et plus encore avec l'émergence de l'hygiène mentale, à tous les âges de la vie. Par exemple, à la suite de la période étudiée, en 1950, la question anorexique est traitée par des acteurs centraux

des politiques de santé de la petite enfance et de la psychiatrie de l'enfant au milieu du XXe siècle (Coffin, 2010), tels Robert Debré ou Louis Le Guillant, qui consacre un article[776] à l'anorexie nerveuse du nourrisson.

En tout état de cause, notre étude invite à regarder plus en avant comment, au tournant de la Seconde Guerre mondiale, l'imbrication des enjeux politiques et économiques d'encadrement du « développement » (ici, au sens large, qu'il soit économique ou corporel) avec les restructurations étatiques des spécialités psychiatriques autour de l'enfance et de l'adolescence, a façonné les mutations des seuils diagnostiques de l'anorexie et les possibles tensions et relâchements classificatoires de la catégorie.

Quelle naturalité pour l'anorexie ?

Tel que je l'ai montré dans ce travail, les seuils diagnostiques de l'anorexie émergent d'une mise en concordance – par le biais de standards de développement – de données biologiques et corporelles avec des seuils d'âge civils, légaux, juridiques et administratifs régissant les frontières institutionnelles et d'intervention de l'État (armée, école, mariage). Au fil de l'analyse, la thèse a ainsi montré que les médecins ne diagnostiquent pas l'anorexie à partir de bornes d'âges stables, mais à partir de phénomènes corporels, biochimiques ou physiologiques qu'ils inscrivent dans un temps développemental, à l'issue d'incessantes interprétations sociales et médicales des processus vitaux et des données biologiques. L'anorexie s'offre alors comme une catégorie médicale façonnée par des visées économiques et politiques de régulation des comportements alimentaires des enfants et des adolescentes, mais aussi par des pratiques de gouvernement des populations et des temporalités d'entrée dans la sexualité. De cette manière, les sciences médicales de la IIIe République ne produisent pas seulement leurs objets, mais également leurs malades, à travers des opérations de naturalisation des temps de vie et des rythmes sexués de développement.

Une médecine qui produit ses malades

La catégorie d'anorexie émerge en tant que catégorie pathologique à un moment où la définition des « bons » et des « mauvais » mangeurs et mangeuses revient avant tout aux médecins. Ce mandat n'est néanmoins pas exclusivement de l'ordre de la médicalisation de l'alimentation, puisqu'il ne vise pas seulement à redéfinir en termes médicaux ce qui n'était pas traité jadis sous cet angle (Conrad, 1992 : 209-210). La définition des bons et des mauvais mangeurs se

[776] Le Guillant, L. (Vers 1950) « Étude sur la faim et l'appétit. L'anorexie nerveuse du nourrisson et la soif élective », *Sauvegarde de l'enfance*, La Semaine des Hôpitaux de Paris. Article issu du fonds Louis Le Guillant (AS/208 [VIII]/6).

fait aussi suivant un récit prométhéen qui, comme nous l'avons vu, est conforté par un « marché du renforcement » offrant aux individus des substances, des pratiques et des objets de distinction. Derrière les promesses nutritionnelles colportées par les médecins pédiatres et l'industrie alimentaire et pharmaceutique, se dressent des promesses d'artificialisation des temps biologiques de l'existence. En interrogeant l'anorexie au prisme de la catégorisation médicale des âges, notre étude a donc aussi fait émerger des formes de problématisations médicales de ce qui relèverait du naturel ou de l'artificiel (Voléry, 2021).

Dans le cadre de l'anorexie, le traitement par opothérapie vise à déclencher les menstruations, à favoriser l'accroissement des os ou la poussée de la poitrine. Autant de manifestations d'un corps qui « grandit », et qui sont comprises par les sciences biologiques et médicales du début du XXe siècle comme des étapes « naturelles ». En pédiatrie, les poudres carnées et les adjuvants alimentaires doivent durcir la dentition et favoriser son éruption. L'arrivée inopinée d'une dent à un âge standard n'est alors qu'un leurre, car toujours corrélée à des actions favorisant son apparition. Les processus vitaux ne sont pas seulement accompagnés par ces interventions médicales qu'on pourrait dire biopolitiques, ils sont aussi dirigés, orientés, scandés, limités, par elles. La médecine produit alors ses malades à mesure qu'elle produit les âges et leurs temps de passage. Les seuils « métaboliques » et les seuils de « croissance » de l'anorexie identifiés dans ce travail suggèrent que ces temps de passage sont conçus comme biologiquement naturels, mais aussi comme des moments à provoquer artificiellement par des pratiques rationnelles de sevrage et d'éloignement des enfants des figures maternelles et familiales. Les « seuils esthétiques de genre » et de « sexualisation » de l'anorexie sont aussi soumis à des artificialisations de la sexualité féminine, puisque ses temporalités d'apparition ou ses manifestations corporelles seraient, en partie, conditionnées à la consommation de certains aliments ou produits pharmaceutiques. Enfin, les thérapeutiques mêmes de l'anorexie supposent une naturalité des apprentissages et du modelage des corps, de ses techniques et de ses sensations, mais elles reposent aussi sur toute une artificialisation instrumentale et matérielle de ces apprentissages. La médecine des âges produit donc ses malades depuis des standards de développement bâtis sur des définitions instables de ce qui relèverait, pour la médecine et relativement aux processus de développement et d'apprentissage, du naturel et de l'artificiel.

Sexuation, âgisation et racialisation d'une catégorie médicale

Nous avons observé tout au long de ce travail que l'élaboration médicale et scientifique de rythmes et de temporalités corporelles de développement, qui seraient propres aux filles, tend à inscrire ces dernières plus rapidement dans le temps institutionnel et biographique de l'âge adulte. En effet, les chiffres statistiques et les techniques anthropométriques de mesure et de comparaison des corps entérinent une naturalisation des inégalités de développement entre les femmes et les hommes, mais aussi entre les populations occidentales et les populations colonisées. L'homme adulte blanc, occidental et urbanisé est en effet érigé, dès le XIXe siècle, en parangon de l'état de développement de l'humanité le plus avancé, tandis que les autres groupes sociaux sont pensés comme « sous-développés » ou « en retard » (Gould, 1996 [1981]). Cependant, au regard d'une sociologie des rapports d'âge, notre étude a aussi suggéré que la standardisation médicale des âges calendaires et biologiques tend à maintenir certains groupes sociaux, notamment les femmes, dans une position minoritaire, et alors même que ces groupes atteignent prématurément, selon ces mêmes savoirs médicaux, l'âge adulte. En d'autres termes, et au regard des autres rapports sociaux, l'assignation à l'âge adulte n'est pas toujours synonyme de position de domination. L'âge adulte n'est alors pas seulement un seuil d'âge institutionnel, chronologique ou biologique, il est aussi un outil temporel de naturalisation d'un certain ordre social. Le diagnostic d'anorexie repose donc sur un ordre social des corps qui est centré autour d'une catégorisation médicale des âges. L'étude a aussi évoqué l'impact des conceptions médicales de la classe sociale sur la définition du temps de l'adolescence féminine. L'identification au fil de la thèse de « seuils esthétiques de genre », de « sexualisation » et de « rendement » a de cette manière mis en lumière le rôle des rapports sociaux de classe et de genre dans la construction de l'anorexie hystérique et mentale en tant que catégorie pathologique, féminine et adolescente.

À partir de ces résultats, il serait porteur de s'interroger sur les variations des seuils diagnostiques de l'anorexie sous l'effet d'une actuelle recatégorisation médicale des âges et des sexes. Par exemple, la prévalence féminine de l'anorexie est aujourd'hui remise en question, à travers notamment la multiplication des travaux psychiatriques ou d'endocrinologues portant sur l'anorexie masculine[777]. Elle demeure néanmoins en pratique un critère central d'orientation

[777] Par exemple : Skolnick, A. & *al*. (2016). « The Endocrinopathies Of Male Anorexia Nervosa: Case Series », *Aace clinical case reports*, *2*(4), p. 351-357, Rio, M. (2006). « Un cas d'anorexie masculine », *L'information psychiatrique*, 82(8), p. 669-681.

des diagnostics d'anorexie et a fait l'objet de plusieurs études épidémiologiques[778]. Les présentations contemporaines de cas d'anorexies masculines remettent par ailleurs en question les seuils d'âge de la catégorie, dans la mesure où la valeur diagnostique de certains critères centraux de l'anorexie, comme l'aménorrhée, s'en trouve minimisée. De plus, les définitions des frontières d'âge et des critères subséquents de l'anorexie sont travaillées, depuis les années 1980, par l'émergence de nouvelles catégorisations médicales de l'âge[779], comme la catégorie des prépubères[780].

De plus, si dans ce travail, la question de la « race » a été principalement étudiée au prisme des discours sur l'altération, il est certain que notre histoire de la catégorisation de l'anorexie interroge en creux celle de la blanchité féminine. Elsa Dorlin (2009) a montré que l'entreprise principale de la médecine moderne est historiquement attachée à la différenciation des « sexes » et des « races » pour bâtir, par observation et par comparaison, des typologies pathogènes relatives aux critères sociaux et environnementaux. De ce point de vue, le silence de l'objet de cette thèse quant à la « race » mériterait d'être interrogé et étudié plus en détail.

Plusieurs travaux sociologiques mentionnent une mobilisation contemporaine différenciée de l'anorexie par les médecins et les femmes présentant des troubles alimentaires, suivant un processus de racialisation et d'assignation à la classe sociale (Gremillion, 2003 ; Moreno Pestaña, 2006). Il semblerait ainsi qu'en étant forgée depuis des corps féminins blancs, la catégorie d'anorexie ait donc bien été produite dès la fin du XIXe siècle comme un désordre propre à la physiologie des enfants et des femmes blanches. Mais alors, que faire d'une vision anthropologique transculturelle de l'anorexie (Vilhem, 2024a), ou même des travaux discutant la classification de la pathologie parmi les « culture-bound syndromes »[781] ? John Law et Annemarie Mol (1995) ont par exemple montré que la définition de l'anémie évolue lorsque la médecine tropicale s'empare de cette catégorie et cherche à la rendre efficiente sur ses terrains cliniques. Une telle analyse peut-elle être transposée à la catégorie d'anorexie ? Et dans ce cas, qu'est-ce que son « exportation » sur d'autres territoires, notamment coloniaux, a pu faire aux

[778] Par exemple : Hoek, H. W. (2006). « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders », *Current Opinion Psychiatry*, 19(4), p. 389-394.

[779] Les actuelles remises en question des frontières d'âge et de genre de l'anorexie sont à mon sens à interroger au prisme de l'incursion récente, dans le champ de la santé, des réflexions sur les catégories amenées par les études de genre. Les travaux actuels autour de l'anorexie des prépubères font aussi écho aux discours médicaux évoquant une précocité accrue de l'âge de début de la puberté (Vinel, 2014a).

[780] Par exemple : Thibault, I. & *al*. (2017). « Quelles sont les caractéristiques individuelles, familiales et sociales distinguant l'anorexie mentale prépubère et pubère ? », *Revue canadienne de psychiatrie*, 62(12), p. 837-844.

[781] Voir par exemple : Hoek, H. W & *al*. (1998). « Lack of Relation between Culture and Anorexia Nervosa - Results of an Incidence Study on Curaçao », *The New England Journal of Medicine*, 23, p. 1231-1232.

seuils diagnostiques de la catégorie ? Qu'en serait-il alors des anorexies du nourrisson et des anorexies des enfants ? Autant de questions qu'une anthropologie et une sociologie des sciences et de la médecine permettraient, à mon sens, de discuter, depuis l'exploration d'archives et de publications produites par la médecine coloniale, ou encore depuis une enquête ethnographique menée au sein d'actuels services de psychiatrie dédiés aux troubles du comportement alimentaire.

Vers une recherche sur les opérations de « datation » en biomédecine et en santé

Pour clore cette thèse, j'aimerais esquisser une possible poursuite de recherche à partir des principaux résultats et prolongements exposés précédemment ici.

En étudiant les catégorisations médicales des âges de la vie au regard des pratiques scientifiques et cliniques d'observation et de mesure du vivant, je me suis interrogée tout au long de ce travail sur ce que « dater » pouvait signifier. La démarche d'enquête centrée sur la question anorexique a en effet montré que les instruments et les espaces matériels de visibilisation de données biologiques, par des images et des inscriptions, sont le support d'opérations de datation visant à objectiver les effets du temps qui passe sur les corps et sur la matière vivante. Par « datation », j'entends ici toutes les formes de *chronologisation* ou d'inscription dans un temps développemental de symptômes, de signes ou de données corporelles et biologiques. Par exemple, la mesure du taux d'urée dans les vomissements des hystériques, ou celle du taux de globules rouges chez des enfants anorexiques réalimentés, constituent des formes de datation de l'anorexie et de ses effets au long cours sur les corps et les physiologies. De la même manière, dans le cadre de l'anamnèse, la parole et le récit des malades amènent les praticiens à dater l'apparition des symptômes anorexiques ou des signes avant-coureurs de la maladie. Par ailleurs, dans les récits cliniques, le temps générationnel de l'hérédité côtoie celui individuel de la prédisposition à la maladie, mais aussi le temps évènementiel avec l'identification d'un « évènement déclencheur » de l'anorexie, la plupart du temps situé durant l'enfance ou l'adolescence. Le calcul anthropométrique des écarts à la norme statistique, de poids ou de taille, permet, quant à lui, de dater les corps, en rabattant les données biologiques sur des scansions chronologiques représentant les années écoulées depuis la naissance. Mais ce sont aussi les patientes elles-mêmes qui sont les actrices de cette datation. Par la mise en récit de leurs troubles et de leurs sensations, elles associent l'apparition de leurs maux à des évènements passés et précis de leur biographie, que les médecins relient alors à des transitions existentielles de vie.

En dehors du strict cadre de notre étude, la datation est aujourd'hui au cœur des pratiques biomédicales. Concernant par exemple la procréation, il s'agit de dater le temps de grossesse depuis les dernières règles, de prévoir la date d'accouchement, ou encore de discuter de la « condition fœtale » au regard de ce qui fait un humain (Boltanski, 2004). Les résultats de ces opérations de datation ouvrent ou réduisent l'accès à certains droits comme l'IVG, ou à certaines interventions médicales comme le déclenchement de l'accouchement. Dans le champ politique, attribuer une date de naissance, même approximative, aux personnes en situation de migration, constitue l'une des clés de voûte des pratiques de gouvernement des flux migratoires et du travail de normalisation de l'âge social (A. Perrot, 2019). La datation des cadavres est quant à elle centrale dans les pratiques médico-légales de production de preuves (Juston Morival, 2020), pour lesquelles ce n'est pas la naissance, mais la mort ou l'acte criminel qui sert de butoir.

Plus largement, une telle recherche conduirait à interroger la datation comme une production technique dense, émergeant d'une circulation, entre le champ scientifique et médical, de savoirs et de techniques corporelles d'objectivation et de manipulation du temps, reposant sur des mises en relations temporelles entre des données biologiques et des environnements matériels. En effet, bien que les exemples présentés ci-dessus se réfèrent à des réalités sociales distinctes – ce qui demanderait un travail plus approfondi pour pouvoir les étudier sur un même plan –, ils amènent toutefois à questionner les usages et les effets pratiques dans le champ biomédical, clinique et thérapeutique, de la datation. Par exemple, comment les opérations de datation des signes et des symptômes orientent-elles les délais diagnostiques, les parcours ou encore les formes de prises en charge médicales de maladies associées à des âges de la vie précis, comme la maladie d'Alzheimer étudiée par Aude Béliard (2019) ? Comment ces datations font-elles dialoguer une identification scientifique de la maladie avec le récit des patients et patientes sur « leur » maladie ? Il serait riche, à mon sens, de poser ces questions depuis des terrains centrés sur les maladies chroniques (maladies inflammatoires, diabète) ou concernant des pathologies contestées (endométriose, fibromyalgie), dont les catégorisations médicales reposent sur une datation multisituée, aussi bien dans les corps que selon les disciplines médicales, ou encore selon les signes corporels jugés significatifs pour soi ou pour les autres.

De surcroît, si la datation est au cœur des pratiques diagnostiques et de catégorisation des maladies et des âges, elle semble tout aussi centrale dans les pratiques scientifiques d'objectivation et de mesure de la matière vivante ou d'artefacts. Ainsi, une étude de la

circulation des techniques et des savoirs sur la datation de la matière, depuis les sciences naturelles jusque dans le champ médical, pourrait être menée de manière à circonscrire le rôle et l'influence de ces pratiques et de ces savoirs scientifiques sur les manières de penser et de « faire » le temps, en biomédecine et en santé. Par exemple, il apparait pertinent de se demander ce que la documentation du vivant en biologie évolutive ou en génétique induit d'expériences sensibles et de manipulations temporelles de données biologiques, à l'instar de ce qu'Hannah Landecker (2007) a pu proposer autour du travail laborantin des tissus cellulaires. Comment les techniques de datation de matière inerte ou cellulaire bouleversent-elles les savoirs sur le vivant, ainsi que les manières de se représenter, en clinique, la personne humaine, son achèvement et son développement « naturel » ? Quelles techniques et quels savoir-faire ces méthodes demandent-elles, et de quelles manières certaines innovations biotechnologiques reconfigurent-elles la construction ou les relations entre des « prises » corporelles ou instrumentales (Bessy & Chateauraynaud, 1993 ; Millepied, 2020), aussi bien chez les médecins que chez les patients et les patientes ? Le concept issu de la sociologie pragmatique de « prise » me parait en effet ici particulièrement utile pour étudier la manière dont la datation met « en présence des personnes et des choses » autour de « problèmes d'identification », de « caractérisation » ou d'« évaluation » (Bessy & Chateauraynaud, 2010). Comment dans cette mise en présence, le temps, ses durées et ses rythmes permettent-ils d'expliquer ou de catégoriser les processus vitaux et leurs anormalités perçues ?

La datation semble ainsi pouvoir être problématisée en tant qu'ensemble d'opérations de catégorisation du vivant, de l'humain, de ses âges et de ses pathologies. Dans le champ biomédical et de la santé, cet ensemble entretient des liens forts avec la quantification du vivant ou de soi. Par exemple, concernant les maladies chroniques digestives, les douleurs perçues résultent, comme le suggère Virginie Córdoba-Wolff (2022 : 100) avec les termes de Thomas Csordas, « d'opérations d'attention somatique » individuelles et sociales à partir desquelles la datation se mêle à l'identification d'évènements de vie ou d'éléments précis de l'environnement (aliments, allergènes). En d'autres termes, le « à partir de quand » s'appuie sur un « à partir de quoi ». Du point de vue de la santé environnementale, nous pourrions ainsi nous demander comment les expositions à certaines matières (alimentaires, industrielles) et substances (microparticules, additifs alimentaires) sont datées par les différents acteurs impliqués dans la définition « sécuritaire » des risques (Berlivet, 2013) ou des pathologies qui sont associées à ces risques, mais aussi ce que cette opération produit comme tensions entre les différents savoirs et pratiques savantes ou expérientielles impliquées. Par exemple, les opérations de datation des

symptômes préfigurant un diagnostic ne renforcent-elles pas une responsabilisation des individus quant à leur santé future ? Et dans ce cas, comment les représentations concernant le genre, les âges et les classes sociales modélisent-elles cette responsabilisation sanitaire ? Ces entrelacements interrogatifs forment des questionnements transversaux qui reprennent les éléments centraux développés dans cette thèse. Notamment, quelles données biologiques sont interprétées dans les opérations de datation et selon quels critères d'objectivité ? Quels liens entretiennent ces opérations de datation avec les opérations de quantification, celles diagnostiques ou pronostiques ?

Les éléments empiriques et théoriques qui résulteraient de cette recherche pourraient éclairer les manières de concevoir et de produire, en biomédecine, des transitions biologiques et sociales existentielles d'âge et de développement. Et ceci, selon un double regard sur l'humain, d'abord dans une perspective foucaldienne, en tant que corps individuel et en tant qu'espèce aux prises avec son environnement (Boullant, 2009), mais aussi en tant qu'acteur central de cet environnement, comme le suggèrent certaines réflexions anthropologiques actuelles portant sur les inégalités territoriales et genrées de santé, ou sur les politiques de santé globale (Chabrol & Gaudillière, 2023).

Conduire un projet de recherche sur la datation en biomédecine et en santé permettrait ainsi d'interroger la catégorisation temporelle du vivant, qui ne consiste pas seulement à attribuer un âge ou à déterminer un temps de vie à une matière, mais aussi à interpréter, qualitativement et quantitativement, les manifestations corporelles et biologiques, au regard des conceptions évolutives du temps et des relations que l'humain entretient avec son environnement. Il s'agirait de cette manière de mettre au jour les tensions catégorielles de la personne humaine et de ses pathologies, découlant des manipulations temporelles du vivant par les opérations de datation. L'analyse de la production des seuils diagnostiques de l'anorexie proposée dans ce travail a, je l'espère, fait émerger les apports potentiels d'une telle approche.

SOURCES DOCUMENTAIRES

Ouvrages

Ouvrages scientifiques et médicaux

- Alaize, P. (1906). *Le Rôle de la fonction interne de l'ovaire et les essais d'opothérapie ovarienne en pathologie nerveuse et mentale*, Montpellier : Impr. Générale du Midi.
- Azam, M. (1883). *Double Conscience, état actuel de Félida X*, Paris : Impr. de Chaix.
- Babinski, J. (1909). *Démembrement de l'hystérie traditionnelle : pithiatisme*, Paris : impr. de la Semaine médicale.
- Bezy, P. (1900). *L'hystérie infantile et juvénile*, Paris : Vigot frères.
- Bonneff, L., Bonneff, M. (1908). *La Vie tragique des Travailleurs : enquêtes sur la condition économique et morale des ouvriers et ouvrières d'industrie*, Paris : Rouff et Cie.
- Brès, M. (1877). *L'allaitement artificiel et le biberon*, Paris : Masson.
- Broca, P. (1868). *Sur le stéréographe : nouvel instrument craniographique destiné à dessiner tous les détails du relief des corps solides*, Paris : Hennuyer et fils.
- Camus, J., Pagniez P. (1904). *Isolement et psychothérapie, traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, pratique de la rééducation morale et physique*, Paris : Alcan.
- Capuron, J. (1812). *Traité des maladies des femmes*, Paris : Croullebois.
- Capuron, J. (1820). *Traité des maladies des enfants jusqu'à la puberté*, Paris : Croullebois.
- Charcot, J.-M. (1888). « Seizième Leçon. Policliniques du Mardi 17 décembre 1988. Leçons du mardi à la Salpêtrière », *Le Progrès médical*, Paris : Lecrosnier et Babé, p. 241-263.
- Comte, A. (1998 [1848]). *Discours sur l'ensemble du positivisme*, Paris : Flammarion.
- Dejerine, J. (1900). *Sémiologie des affections du système nerveux* (première édition), Paris : Masson et Cie.
- Dejerine, J., Gauckler, E. (1911). *Les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie*, Paris : Masson et Cie.
- Dubois, P. -C. (1904). *Les psychonévroses et leur traitement moral*, Paris : Masson et Cie.
- Esquirol, J.-E. D. (1805). *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de la maladie mentale*, Paris : Didot.
- Féré, C. (1892). *La pathologie des émotions : études physiologiques et cliniques*, Paris : Alcan.
- Gilles de La Tourette, G. (1891). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* Paris : E. Plon : Nourrit et Cie.
- Gilles de La Tourette, G. (1895). « Chapitre onzième. De l'état mental des hystériques », *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* vol.1, Paris : E. Plon, Nourrit et Cie, p. 486- 555.
- Gilles de La Tourette, G. (1895). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Hystérie paroxystique, vol. 2, Paris : E. Plon, Nourrit et Cie, p. 282-295.
- Gilles de La Tourette, G., Cathelineau, H. (1890). *La nutrition dans l'hystérie,* Paris : E. Lecrosnier et Babé.
- Godin, P. (1903). *Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps,* Paris : A. Maloine.
- Godin, P. (1913). *La croissance pendant l'âge scolaire*, Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Haeckel, E. (1877). *Anthropogénie, ou Histoire de l'évolution humaine : leçons familières sur les principes de l'embryologie et de la phylogénie humaines*, (traduit de l'allemand sur la 2e édition par le Dr Ch. Letourneau) Paris : C. Reinwald.

- Hall, G. S. (1904). *Adolescence, its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, t.1, New York: Appleton and C.
- Hutinel, V. (1924). *Les dystrophies de l'adolescence. Études cliniques*, Paris : Masson et Cie.
- Janet, P. (1892). *État mental des hystériques : les stigmates mentaux*, Paris, Rueff.
- Jayle, F. (1918). *La gynécologie. L'anatomie morphologique de la femme*, t.1, Paris : Masson et Cie.
- Lamarck, J.-B. (1809). « Chapitre VII. Influence des circonstances sur les actions des animaux », dans Lamarck, J.-B. (éd.), *Philosophie zoologique, ou Exposition des considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux*, (t.1, pp. 218-269), Paris : Dentu.
- Leven, M. (1887). *La névrose : Étude clinique et thérapeutique*. Paris : Masson.
- Lévy, P. (1905). *L'éducation rationnelle de la volonté : son emploi thérapeutique*, Paris : Alcan.
- Linné, C. (1792 [1735]). *Système de la nature, Classe 1re du règne animal contenant les quadrupèdes vivipares et les cétacés*, (traduction française par Mr. Vanderstegen de Putte, d'après la 13e édition latine revue, augmentée et corrigée par J.-F. Gmelin), Bruxelles : Lemaire.
- Londe, A. (1893). *La Photographie médicale, application aux sciences médicales et physiologiques*, Paris : Gauthier Villars et Fils.
- Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). *Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique*, Paris : Doin.
- Magitot, E. (1877). *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*, Paris : Masson.
- Mairet, A., Salager, E. (1910). *La folie hystérique*, Montpellier : Coulet.
- Manto, G. (1899). *Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement*, Paris : Steinheil.
- Mathieu, A. (1892). *Neurasthénie (épuisement nerveux*), Paris : Rueff et Cie.
- Maurel, É. (1909). *Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique*, Paris : Doin.
- Morel, B.-A (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris : J. B. Baillière.
- Nobécourt, P. (1923). *Le système endocrinien dans l'enfance et la jeunesse*, Paris : Flammarion.
- Nobécourt, P. (1929). *Les enfants trop petits*, Paris : L'expansion scientifique française.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* (seconde édition, entièrement refondue), Paris : Brosson.
- Proust, A., Ballet, G. (1897). *L'hygiène du neurasthénique,* Paris : Masson et Cie.
- Prunier, M. (1913). *L'hypoalimentation chez le nourrisson et ses rapports avec l'hypotrophie*, Paris : A. Maloine.
- Quetelet, A. (1870). *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*, Bruxelles : C. Muquard.
- Ribot, T. (1896). *La psychologie des sentiments*, Paris : Alcan.
- Sénac-Lagrange, C. (1877). *La Dyspepsie aux eaux sulfureuses*, Extrait des annales de la Société d'hydrologie de Paris, t.XXII, Paris : Germer-Baillière.
- Simon, J. (1861). *L'Ouvrière*, Paris : Hachette.
- Sollier, P. (1897). *Genèse et nature de l'hystérie : Recherches cliniques et expérimentales de psycho-physiologie*, Paris, Alcan.
- Tissot, A. (1760). *L'Onanisme ; ou Dissertation physique, sur les maladies produites par la masturbation,* Lausanne : A. Chapuis.

Dictionnaires, manuels, traités médicaux

- Axenfeld, A., Huchard, H. (1883). *Traité des névroses*, deuxième édition augmentée par H. Huchard, Paris : Germer-Baillière.
- Banu, G., Marfan, A.-B.-J. (1933). *L'hygiène sociale de l'enfance*, Paris : Masson.
- Beni-Barde, J.-M.-A. (1894). *Hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses*, Paris : Masson.
- Bernheim, H. (1913). *L'hystérie : Définition et conception*, Paris : Doin.
- Binet A., Simon, Th. (1907). *Les enfants anormaux. Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, Paris, Armand Colin.
- Bouveret, L. (1893). *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, J.-B. Baillière et fils.
- Debove, M., Pouchet, G., Sallard, A. (1908) « Anorexie », in *Aide-mémoire thérapeutique*, Debove, M., Pouchet, G., Sallard, A. (éd.), Paris : Masson et Cie, p. 42-44.
- Einhorn, M., Labadie, F. T. (1901). *Maladies de l'estomac : Manuel pratique à l'usage des médecins et des étudiants*, Paris : Masson.
- Grancher, J., Comby, J., Marfan, A.-B. (1897). *Traité des maladies de l'enfance : Maladies générales de la nutrition. Maladies du tube digestif,* Paris : Masson et Cie.
- Grasset, J., (1893). *Thérapeutique appliquée, consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, Montpellier, Coulet.
- Galtier-Boissière (dir.), *Larousse médical illustré* (édition entièrement refondue et augmentée par le Dr Burnier), Paris, Larousse.
- Régis, E. (1906). *Précis de psychiatrie,* (3e édition, entièrement refondue) Paris, Doin.

Thèses de médecine et essais

- Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, Thèse, Paris.
- Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *L'anorexie mentale : ses caractères psychologiques*, Thèse, Bordeaux.
- Empereur, C. (1876). *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, Thèse, Paris.
- Evard, M. (1914). *L'adolescente : essai de psychologie expérimentale*, Paris : Delachaux et Niestl, Neuchâtel, Fischbacher.
- Francillon, M. (1906). *Essai sur la puberté chez les femmes*, Thèse, Paris.
- Grasse, A. (1876). *De l'alimentation forcée chez les aliénés*, Thèse, Nancy.
- Labiche, A. (1934). *Contribution à l'étude de l'anorexie mentale*, Thèse, Paris.
- Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* Toulouse, Ch. Dirion.
- Paingault, M.-H. (1937). *Maladie de Simmonds : Discussion des rapports entre la cachexie hypophysaire et l'anorexie mentale*, Thèse, Paris.
- Pellevoisin, M. (1862). *De l'alimentation forcée chez les aliénés*, Thèse, Strasbourg.
- Planques, J. (1895). *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies*, Thèse, Toulouse.
- Raimbault, A. (1914). *Le syndrome « anorexie mentale ». Etude séméiologique et pronostic*, thèse, Paris.
- Ritti, A. (1876). *Alimentation forcée des aliénés, procédé par l'électricité*, Thèse, Paris.
- Rivet, M. (1875). *Les aliénés dans la famille et dans la maison de santé*, Paris : Masson.
- Roux, M. (1924). *Les appétits et le jeûne devant l'hygiène et la thérapeutique*, Thèse, Paris.
- Samy Kamal, M. (1911). *L'anorexie mentale*, Thèse, Lyon.
- Stéfani, V. (1912). *Les délires hystériques*, Thèse, Bordeaux.

- Sollier, A. (1887). *L'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine avec 32 figures dans le texte*, Thèse, Paris.
- Stoerr, É. E. (1932). *L'anorexie mentale*, Thèse, Strasbourg.
- Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*. Prix Civrieux, Académie de médecine.
- Touroude, A. (1894). *L'Hystérie, sa nature, sa fréquence, ses causes, ses symptômes et ses effets*, La Chapelle-Montligeon : Imprimerie de l'Œuvre expiatoire.

Ouvrages éducatifs et de vulgarisation

- Fonssagrives, J.-B. (1881). *L'éducation physique des jeunes filles, ou Avis aux mères sur l'art de diriger leur santé et leur développement*, Ch. Delagrave.
- Juranville, C. (1879). *Le savoir-faire et le savoir-vivre dans les diverses circonstances de la vie : guide pratique de la vie usuelle à l'usage des jeunes filles*, Paris : A. Boyer.
- Mestadier, Dr. (1911). *La beauté : hygiène féminine, moyens pratiques d'acquérir, de conserver et d'augmenter la beauté*, Paris : Ficker.
- Monin, E. (1891). *L'hygiène des riches*, Paris : Doin.
- Monin, E. (1895). *L'hygiène de l'estomac : guide pratique de l'alimentation*, Paris : Doin.
- Monin, E. (1907). *Hygiène de la femme : Préceptes médicaux pratiques pour le teint, la peau, les dents, la chevelure*, Paris : Flammarion.
- Rivet, M. (1875). *Les aliénés dans la famille et dans la maison de santé*, Paris, G. Masson.
- Schultz, M. (1902). *Hygiène génitale de la femme, menstruation, fécondation, stérilité, grossesse, accouchement, suites de couches, principales maladies de la femme, d'après l'enseignement et la pratique du Dr Auvard*, Paris : Doin.
- Schultz, M. (1903). *Hygiène générale de la femme, alimentation, vêtements, soins corporels, d'après l'enseignement et la pratique du Dr Auvard,* Paris : Doin.

Ouvrages généraux, catalogues et livrets sanitaires

- Drapier et fils (maison). (1912). *Instruments de chirurgie, orthopédie - prothèse – bandage*, Paris.
- Drapier et Fils (maison). (1929). *Catalogue d'instruments de chirurgie, mobilier chirurgical, appareils de stérilisation et de laboratoires, électricité médicale, orthopédie, prothèse, bandages*, Paris.
- *Le livret médical et sanitaire (carnet de santé, individuel et privé)*. (1923). Paris : Bureau des commandes.
- Pankhurst, S. (1911). *The suffragette. The History of the Women's Militant Suffrage Movement, 1905-1910,* New York Sturgis & Walton Company.
- Vaucaire, R. (1898). *Livret médical*, Paris : Fasquelle.

Titres et articles de revues médicales et professionnelles

Bulletins des sociétés d'anthropologie de Paris et de Lyon

- Broca, P. (1861). « Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, t.2, p. 139-207.

- Broca, P. (1873). « Sur la question celtique. Crânes des Bas-Bretons et des Auvergnats », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, IIe Série, t.8, p. 313-328.
- Broca, P. (1879). « Instructions relatives à l'étude anthropologique du système dentaire », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, III° Série. t.2, p. 128-163.
- Chaumet Ed., Variot G. (1906). « Tables de croissance des enfants parisiens de 1 à 16 ans », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, Ve Série, t.7, p. 51-65.
- Friant, M. (1931). « La croissance en taille et en poids des écoliers mosellans de dix à treize ans », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, VIIIe série, t.2, p. 11-17.
- Godin, P. (1901). « Du rôle de l'anthropométrie en éducation physique », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, Ve Série, t.2, p. 110-134.
- Godin, P. (1910). « Les proportions du corps pendant la croissance », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, VIe Série, t.1, p. 268-297.
- Maurel, É. (1887). « Méthode de mensuration de la cage thoracique », *Bulletin de la société d'anthropologie,* IIIe série, t.10, p. 345-366.
- Mayet, L. (1912). « Le développement physique de l'enfant », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.31, p. 98-112.
- Quatrefages (de), A. (1875). « Les crania Ethnica », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 2e Série. t.10, p. 612-619.
- Roux, J. (1897). « La Faim, étude psycho-physiologique », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t.16/2, p. 409-455.
- Rusesco, A. (1925). « Courbes graphiques de la taille des enfants de la naissance à un an montrant la synergie entre le développement du poids et de la taille », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, t.6, p. 110-121.
- Variot, Dr., Rusesco, Dr. (1925). « Tables de croissance des enfants parisiens de 1 à 2 ans », *Bulletins et mémoires de la société d'anthropologie de Paris*, Ve Série, t.7, p. 217-222.

La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles

- Ausset, E. (1903). « Hygiène alimentaire du nourrisson », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°3, p. 8-13.
- Ausset, E. (1903). « Les consultations des nourrissons et les médecins de la protection de l'enfance du premier âge », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°4, p. 46-47.
- Ausset, E. (1903). « Sevrage et ablactation hygiène alimentaire de la seconde enfance », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°3, p. 33-36.
- Ausset, E. (1907). « L'anémie du nourrisson et des enfants dyspepsiques. À propos de l'oligosidérémie des jeunes enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°92, p. 37-43.
- Ausset, E. (1908). « Association de la presse médicale française et le congrès des praticiens de 1908 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°113, p. 12.
- Bergougnian, L. (1903). « La cure d'Évian dans les maladies infantiles », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°4, p. 149.
- Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°249, p. 155-159.
- Calvet de Valence, Dr. (1907). « Note sur le coefficient de robusticité applicable aux enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°93, p. 56-58.

- Comby, J. (1932). « Traitement de la maigreur chez les enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* nº776, p. 240-241.
- Coulon, Dr. (1903). « De l'augmentation du poids dans les jours qui précèdent la mort du nourrisson », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº7, p. 74-84.
- Dufestel, L. (1907). « Appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº108, p. 229-235.
- Dufestel, L. (1907). « Mensurations anthropométriques chez l'enfant », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº105, p. 193-198.
- Dufestel, L. (1912) « L'éducation physique à l'école primaire », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº262, p. 386-421.
- Epagneul, Dr. (1927). « Traitement de l'anorexie par sulfarsénol », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº605, p. 294-296.
- Galli, P. (1908). « Syndrome dû à la croissance et au dysthyroïdisme », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº133, p. 257-264.
- Gillot, V. (1937). « Anorexie infantile d'origine thérapeutique », *La Pédiatrie pratique journal de clinique et de thérapeutique infantile*, nº856, p. 18-20.
- Gourichon, H. (1912). « À propos de l'inspection des écoles en France », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº260, p. 370.
- Guaita, R. (1907). « La tuberculose gangliopulmonaire dans les écoles », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº89, p. 1-7
- Guedras, M. (1907). « L'alimentation des enfants par le lait concentré », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº91, p. 31-36.
- Josias, A. (1903). « Sérothérapie de la fièvre typhoïde chez les enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº4, p. 26-30.
- Kirmisson, E. (1903). « Importance de la chirurgie infantile dans la pratique journalière », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº1, p. 5-8.
- Kirmisson, E. (1903). « Traitement de l'appendicite aigüe », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº16, p. 181-184.
- Lereboullet, Pr. (1937). « À propos de l'alimentation lactée », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº853, p. 6-8.
- Mathieu, R. (1935). « L'anorexie des nourrissons alimentés avec du lait de vache », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº833, p. 15-25.
- Nobécourt, P. (1928). « Vomissements habituels par spasmes », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº613, p. 19-28.
- Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº822, p. 239-245.
- Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* nº824, p. 11-19.
- Nobécourt, P. (1936). « La sous-alimentation dans la petite enfance », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº836, p. 5-12.
- Perret, Dr. (1903). « Travaux originaux les enfants nés en état de faiblesse congénitale », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº6, p. 61-66.
- Richon, L. (1903). « Cas d'anémie splénique chez un enfant de onze mois », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº6, p. 61-69.
- s.a. (1903). « Introduction », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* nº1, p. 1.

- s.a. (1903). « Le scorbut infantile », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°4, p. 46-47.
- s.a. (1903). « Ligue contre la mortalité infantile », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°4, p. 46.
- s.a. (1903). « Premier congrès international d'hygiène scolaire », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°13, p. 156.
- s.a. (1904). « Congrès national périodique de gynécologie », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°40, p. 191.
- s.a. (1906). « Inauguration du nouvel établissement thermal de Vichy », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°4, p. 48-49.
- s.a. (1937). « Compte rendu société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, Séance du 3 décembre 1936 », *La Pédiatrie Pratique journal de clinique et de thérapeutique infantile*, n°856, p. II-III.
- Tournay, G. (1903). « Stérilisation et pasteurisation du lait pour l'alimentation des enfants du premier âge », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°13, p. 152-154.
- Vitry, G. (1925). « Anorexie des écoliers », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°507, p. 45.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens

- Basseraud, E. (1874). « Hopital Saint-Antoine, conférences cliniques de M. Péter. Cardiodynie hystérique, troubles cardiaques chez les hystériques », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, n°45, 3e serie, p. 56-59.
- Chaillou, H. (1873). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.44, p. 3-5.
- Comby, J. (1932). « Traitement de la maigreur chez les enfants », *La Pédiatrie Pratique : Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, p. 240.
- Durand, Dr. (1920). « Méthodes et indications de la psychothérapie », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.91, p. 263-264.
- Gallard, T. (1873). « Leçon clinique sur les maladies des femmes », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.44, p. 474.
- Lucas-Championnière, J. (1908). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.79, p. 3-7.
- Lucas-Championnière, J. (1909). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.80, p. 4-7.
- Lucas-Championnière, J. (1910). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 3-9.
- Lucas-Championnière, J. (1912). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.83, p. 3-8.
- Lucas-Championnière, J., Lucas-Championnière, P. (1920). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, p. 4.
- Lucas-Championnière, P. (1905). « Anorexie hystérique, Hospice de la Salpêtrière (clinique de M. le Professeur Raymond) », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.76, p. 646-648.
- Lucas-Championnière, P. (1905). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.76, p. 3-6.
- Lucas-Championnière, P. (1911). « Leçons cliniques de M. le Dr Paul Le Gendre. Sur le traitement du diabète. Dosage clinique du sucre. Anorexie des nourrissons », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.82, p. 172-177.

- Lucas-Championnière, P. (1908). « Clinique de M. le Professeur Raymond. Spasme œsophagien », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.79, p. 489-493.
- Lucas-Championnière, P. (1908). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.79, p. 4-7.
- Lucas-Championnière, P. (1910). « Clinique de M. le Professeur Hutinel - Anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 495-497.
- Lucas-Championnière, P. (1910). « Hôpital des enfants malades (Clinique de M. le Professeur Hutinel) - Anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 495.
- s.a. (1830). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t.1, p. 1.
- s.a. (1873). « D'un nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, de l'anémie, de la chlorose et des vomissements opiniâtres de la grossesse », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.44, p. 217-218.
- s.a. (1873). « Remarques sur l'anorexie hystérique », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.44, p. 212-215.
- s.a. (1874). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.45, p. 3-5.
- s.a. (1905). « Dyspepsie de la puberté », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.76, p. 769-771.
- s.a. (1908). « Anorexie nerveuse », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.79, p. 671-672.
- s.a. (1908). « Dyspepsie considérée à tort comme tuberculeux », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.79, p. 592-593.
- s.a. (1909). « Boulimie réapparaissant à chaque grossesse », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.80, p. 354-355.
- s.a. (1909). « Cure d'horizontalité et épreuve du lit dans la dyspepsie nerveuse », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.80, p. 342-346.
- s.a. (1909). « Traitement des anorexies chez l'enfant », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.80, p. 594-595.
- s.a. (1910). « Introduction », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 3-9.
- s.a. (1910). « La criminalité et la ménopause », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 933-933.
- s.a. (1910). « Menstruation et puberté précoces ; femmes fécondes », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 765-766.
- s.a. (1911). « Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.82, p. 281-283.
- s.a. (1911). « L'enfance anormale : les classes spéciales pour les enfants anormaux », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.82, p. 20-21.
- s.a. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.83, p. 197-198.
- s.a. (1912). « Leçon clinique de M. le Dr Dalché. Dysménorrhée intermenstruelle », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.83, p. 9-17.
- s.a. (1912). « Traitement symptomatique du cancer de l'estomac », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.83, p. 987-990.
- s.a. (1914). « Sémiologie des affections du système nerveux par Dejerine », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.85, p. 373-374.

- s.a. (1916). « Traitement de l'anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.87, p. 94-96.
- s.a. (1920). « Méthodes et indications de la psychothérapie, par le Dr Durand », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.91, p. 256-266.

La Presse Médicale

- Barzotti, J. (1898). « Thérapeutique et matière médicale, Limpert. Traitement de l'anorexie des enfants (Bayern, aertz, Correspondaenz-blatt, 1898, nº6) », *La presse Médicale*, semestre 01, p. 300.
- Basch, G. (1935). « Loewy. Anorexie de la petite et de la seconde enfance (Wiener medizinische Wochenshrift, t.85, nº9, 23 février 1935, pp. 231-234) », *La Presse Médicale*, octobre, p. 195-196.
- Broïodo, S. (1896). « Cas d'anorexie grave chez une fillette de 14 ans par A. Kissel », *La Presse Médicale*, juin, p. 32.
- Buvat, J.-B. (1905). « L'anorexie psychasthénique », *La Presse Médicale,* juin : 394.
- Clément, R. (1927). « Croissance et alimentation chez l'enfant », *La Presse Médicale*, juillet, p. 869-870.
- Clément, R. (1932). « P. Nobécourt. Obésité simple des filles à la période pubertaire », *La Presse Médicale,* février, p. 41.
- Clément, R. (1932). « René Mathieu et E. Leroy. Le traitement des anorexies de cause névropathiques chez le nourrisson », *Presse Médicale*, janvier, p. 81.
- Comby, J. (1927). « Anorexie infantile et juvénile (nº377) », *La presse médicale*, mars, p. 40.
- Dejerine J., Gauckler, E. (1908). « La rééducation des faux gastropathes », *La Presse Médicale*, avril, p. 225-227.
- Deschamps, P.-N. (1930). « F. Schultz. Le problème de l'anorexie chronique de l'enfance », *La Presse Médicale*, nº55, p. 803.
- Dumont, J. (1927). « Traitement de l'anorexie par le sulfarsénol d'après Epagneul », *La Presse Médicale,* novembre, p. 294.
- Hanot, M. (1894). « Considérations générales sur la chlorose », *La Presse Médicale*, 2e année, nº1, p. 1-3.
- Janet, P. (1899). « Un cas d'hémianopsie hystérique », *La Presse Médicale*, 7e année, p. 241-243.
- Kissel, A. (1896). « Cas d'anorexie grave chez une fillette de 14 ans », *La Presse médicale*, p. 32.
- Laignel-Lavastine, M. (1905). « J.-B. Buvat. L'anorexie psychasthénique (Gazette des hôpitaux, 11 mai 1905, p. 639) », *La Presse Médicale*, nº49, p. 391-392.
- Martinet, A. (1901). « Emploi de la persodine dans l'anorexie des tuberculeux », *La Presse Médicale,* novembre, p. 295-296.
- Martinet, A. (1921). « Anorexie (formules contre) », *La Presse Médicale*, avril, p. 627.
- Meunier, L. (1927). « Anorexie provoquée », *La Presse Médicale*, mai, p. 72.
- Meunier, L. (1931). « Anorexie médio-prandiale », La *Presse Médicale*, juin, p. 112.
- Nathan, M. (1926). « Anorexies mentales de l'adolescence et de l'âge adulte », *La Presse Médicale*, nº34, p. 390-391.
- Nathan, M. (1926). « Idées actuelles sur l'hystérie », *La Presse Médicale*, janvier, p. 69-71.
- Nathan, M. (1928). « Une forme tardive d'anorexie mentale », *La Presse Médicale*, nº100, p. 1603-1605.
- Rivet, L. (1922). « Carnot P. et Libert E. La goutte duodénale dans l'anorexie mentale et les vomissements incoercibles », *La Presse Médicale*, p. 491.

- s.a. (1894). « Anorexie et son traitement chez les phtisique », *La Presse Médicale*, 2e année, no41, p. 329.
- s.a. (1894). « Considérations générales sur la chlorose par M. Hanot, leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Antoine », *La Presse Médicale*, semestre 01, p. 1-3.
- s.a. (1895). « Communications diverses. L'anorexie mentale, Paul Sollier. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France », *La Presse Médicale*, p. 208-209.
- s.a. (1898). « Pratique médicale. Traitement de l'anorexie chez l'enfant par la tannate d'orexine », *La Presse Médicale*, janvier, no22, p. 110.
- s.a. (1913). « Analyses. L'anorexie mentale ses rapports avec la psychopathologie de la faim », *La Presse Médicale*, novembre, p. 904.
- s.a. (1927). « Traitement de l'anorexie par le sulfarsénol d'après Epagneul », *La Presse Médicale*, novembre, p. 294-296.
- Schreiber, G. (1912). « Notes de cliniques et de thérapeutiques. Anorexie mentale chez les nourrissons (Archives médicales de médecine des enfants, Mars 1912, p. 180) », *La Presse médicale*, no71, p. 841.
- Sigard, A. (1901). « Gasne G. Un cas d'anorexie hystérique », *La Presse Médicale*, janvier.
- Van Der Elst, R. (1927). « L'anorexie "nerveuse" (no378) », *La Presse Médicale*, mars, p. 40.

Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie

- Joffroy, A. (1898). « Sur un cas de paralysie générale juvénile à début spinal. (Leçon recueillie par M. Édouard Toulouse, chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'Asile Sainte-Anne, décembre 1894.) », *Revue de Psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.1, p. 166-176.
- Juquelier, P. (1913). « Société médico-psychologique - Séance du 27 octobre 1913 », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.17, p. 480.
- Toulouse, E. (1900). « Traitement de l'épilepsie par les bromures », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* t.3, p. 4-5.
- Schnyder, L. (1913). « Les anorexies de la puberté », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.17, p. 259-261.
- Vupras, Cl. (1903). « XIIIe congrès français des aliénistes et neurologistes », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.7, p. 413-444.
- Juquelier, P. (1906). « Les faux gastropathes », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.10, p. 216.
- Mathieu, A., Roux, J.-C.-H. (1906). « Sur quelques variétés de vomissements hystériques », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.10, p. 167.
- Marie, A. « La tuberculose dans les asiles », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* 01/1905, p. 353-375
- s.a. (1906). « Mlle Lipinska. Gastrite hystérique traité par la psychothérapie », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* 10e année, no1, p. 163.
- s.a. (1912). « Buffet Delmas, Société médicale des hôpitaux. Anorexie mentale chez un nourrisson », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, p. 213-214.
- s.a. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson selon Buffet-Delmas », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, p. 329
- s.a. (1903). « Trouble de la vision chez les hystériques par Sollier », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* 01, p. 295.

- s.a. (1907). « Prix Civrieux. De l'anorexie hystérique », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* Bulletin bibliographique mensuel, p. XII.
- Girou, M.-J. (1905). « Anorexie suite arrêt volontaire de l'alimentation », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* t.09, p. 345-346.
- Genty, M. (1909). « André Thomas - L'anorexie mentale », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.13, p. 77.
- Colin, Dr. (1903). « Trois nouvelles théories de l'hystérie », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* t.7, p. 89-98.
- s.a. (1898). « Thérapeutique alimentation des mélancoliques par la sonde (extrait de La Mélancolie, par Roubinovitch J. et Toulouse E., 1898, p. 403) », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.1, p. 17-22.
- s.a. (1906). « MM. Sollier et Duhem : Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.10, p. 157-158.
- s.a. (1908). « Hutinel. L'anorexie mentale », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.12, p. 215
- s.a. (1913). « Anorexie mentale par Brelet », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.17, p. 305-307.
- s.a. (1911) « Le traitement éducateur des névroses en cure libre, par Paul Emile Lévy », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.15, p. 328-329.
- Toulouse É., Roubinovitch J. (1898). « Thérapeutique alimentation des mélancoliques par la sonde », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.1, p. 17-36.
- Joffroy, A. (1898). « Cas de paralysie générale à début spinal », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.1, p. 166-176.

Revue des maladies de la nutrition

- De Grandmaison, Dr. (1904). « Le terrain morbide et la nutrition », *Revue des maladies de la nutrition*, t.2, 2e série, 8e année, p. 433-441.
- F. de Grandmaison, Dr. (1908). « Pathologie générale. De l'obésité », *Revue des maladies de la nutrition*, t.5, 12e série, 2e année, p. 337-347.
- F. de Grandmaison, Dr. (1909). « Hygiène Alimentaire. L'importance du choix du lait dans l'alimentation artificielle », *Revue des maladies de la nutrition,* t.7, 2e série, 3e année, p. 433-445.
- Frey, Dr. (1905). « Les accidents d'éruptions dentaire et le terrain », *Revue des maladies de la nutrition*, t.2, 2e série, 9e année, p. 218-225.
- Lagrange, F. (1904). Le repos et la nutrition », *Revue des maladies de la nutrition*, t.2, 2e série, 8e année, p. 5-17.
- Lagrange, F. (1907). « Pathologie générale. Le traitement de la fatigue », *Revue des maladies de la nutrition*, t.5, 2e série, 11e année, p. 289-300.
- Lagrange, F. (1911). « La physiologie du repos », *Revue des maladies de la nutrition*, t.9, 2e série, 15e année, p. 289-302
- Mollière, A. (1909). « Alimentation et éducation », *Revue des maladies de la nutrition*, t.9, t.7, 2e série, 3e année, p. 314-321.
- Pierra, L. (1907). « Pédiatre. Les manifestations extérieures de l'activité nutritive chez le nourrisson », *Revue des maladies de la nutrition*, t.5, 2e série, 11e année, p. 19-30.

Revue neurologique

- Feindel, E. (1903). « Anorexie hystérique et anorexie mentale », *Revue neurologique*, t.11, p. 277-278.
- Feindel, E. (1905). « L'anorexie psychasthénique de Buvat », *Revue neurologique*, t.13, p. 950.
- Feindel, E. (1909). « Anorexie nerveuse chez une fille de 9 ans, par Boulade-Périgois », *Revue neurologique*, t.17, p. 1003.
- Feindel, E. (1909). « Anorexie nerveuse, par Jules Comby », *Revue neurologique*, t.17, p. 141-142.
- Feindel, E. (1909). « L'anorexie mentale par André Thomas », *Revue neurologique*, t.17, p. 1003.
- Feindel, E. (1912). « Névroses. Anorexie mentale par G. Poix », *Revue neurologique*, t.23, p. 515-516.
- s.a. (1905). « Anorexie suite d'arrêt volontaire de l'alimentation, par Dr. Girou », *Revue neurologique*, t.3, p. 145-146.
- Société de pédiatrie de Moscou, (1894). « Kissel communique sur un cas d'anorexie hystérique grave », *Revue neurologique*, p. 575.

Autres revues (françaises)

- Amiable, L. (1861). « Essai historique et critique sur l'âge de la majorité », *Revue historique de droit français et étranger*, t.7, p. 205-271.
- Arnozan, C.-L.-X. (1908). « Le régime alimentaire des collégiens », *La revue pédagogique*, t.53, Juillet-Décembre, p. 301-325.
- Barbé, A. (1906). « Le refus d'alimentation dans la démence catatonique », *Archives de neurologie. Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, n°123, p. 161-167.
- Bérillon, E. (1909). « L'anorexie des adolescents – Particularités mentales et traitement psychologique », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, juillet, 24e année, n°1, p. 40-49.
- Bernheim, H. (1891). « Hypnotisme et suggestion : doctrine de la Salpêtrière et doctrine de Nancy », *Bulletin de psychologie*, t.55, n°460, p. 417.
- Bernheim, H. (1914). « De la psychothérapie », *L'Enfance anormale, bulletin officiel du Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance*, n°26, p. 71-87.
- Bernheim, H. (2002 [1891]). « Hypnotisme et suggestion : Doctrine de la Salpêtrière et doctrine de Nancy », *Bulletin de psychologie*, t.55, p. 414-419.
- Bertrand, J. (1934). « Les injections intraveineuses de chlorure de sodium, traitement symptomatique de l'anorexie et des vomissements », *Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, n°27, p. 1118.
- Binet, M.-E. (de Vichy) (1926). « Sur l'anorexie », *Le progrès médical*, n°22, p. 851.
- Brissaud, É., Souques, A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* Paris*,* Lecrosnier et Babè, p. 327-337.
- Comby, J. (1908). « Anorexie nerveuse », *Archives de médecine des enfants*, t.11, p. 562-566.
- Comby, J. (1938). « Société de pédiatrie de Paris. Maladie de Simmonds et Anorexie mentale », *Archives de médecine des enfants*, t.41, p. 638-645.
- Demenÿ, G. (1908). « L'éducation physique », *Manuel général de l'instruction primaire, Manuel général de l'instruction primaire : journal hebdomadaire des instituteurs*, t.45, 76e année, p. 558-559.

- Dubois, S. (1896). « Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine », *Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, t.3, p. 119-120.
- Gasne, G. (1900). « Un cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, Paris, Lecrosnier et Babè, n°1, p. 51-56.
- Gerne, P. (1883). « De l'hystérie viscérale », *Le concours médical*, 5e année, n°1, p. 218-222.
- Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants / organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, 3e année, n°5, p. 67-72.
- J. L. (1886). « L'inspection médicale des écoles », *La revue pédagogique*, t.8, p. 519-521.
- Janet, J. (1889). « Un cas d'hystérie grave - Communication à la Société clinique de Paris », *La France médicale : historique, scientifique, littéraire*, n°42/6, p. 472-475.
- Janet, P. (1910). « Une felida artificielle », *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, t.69, p. 329-357.
- Lasègue, E.-C. (1873). « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, 6e Série, n°21, p. 384-404.
- Lasègue, E.-C. (1874). « Des bains chauds », *Archives générales de médecine*, 6e Série, n°24, p. 513-527.
- Leven, G. (1919). « Amaigrissement qui inquiète à tort le médecin », *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, t.92, p. 325-326.
- Linpinska, Dr. (1906). « Un cas de gastrite hystérique traité par la psychothérapie », *Archives de neurologie. Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, n°123, p. 105-108.
- Marcé, L.-V. (1860). « Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments, Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859 », *Annales médico-psychologiques,* t.6, p. 15-28.
- Mathieu, A., Roux, J. C.-H. (1906). « L'hystérie gastrique et ses stigmates périphériques », *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, p. 39-44.
- Mathieu, A., Roux, J.-C. (1913). *Pathologie gastro-intestinale. Première série. Clinique et thérapeutique* (4e édition), Paris : Doin.
- Millous, P. (1933). « Le coefficient de robustesse ou indice Pignet chez les Noirs de la côte occidentale d'Afrique », *Journal de la Société des Africanistes*, t.3/1 : 57-72.
- Nadeau, M. (1789). « Observation d'une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments », *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, n°80, p. 197-200.
- Nobécourt, P. (1935). « La maigreur et l'amaigrissement pendant la première enfance », *Le progrès médical, journal de médecine et de pharmacie,* n°1, p. 9-17.
- Petit, A. (1885). « Société médicale des hôpitaux. Recherche expérimentale sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie) : M. Debove », *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 2e Série, t.22, p. 556-557.
- Richet, C. (1930). « À propos de Thérèse Neumann. Les jeûnes prolongés », *Revue Métapsychiques*, n°5, p. 385-395.
- Richet, C. (1884). « Un paradoxe sur la nutrition : jeûne prolongé dans l'hystérie », *Bulletin de la société de biologie*, (Fonds Charles Richet III, Académie de médecine), p. 657-659.
- s.a. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson par le Dr Buffet Delmas », *Archives médicales de médecine des enfants,* t.15, p. 180-192.
- s.a. (1913). « L'anorexie mentale, par Brelet », *Gazette des Hôpitaux*, n°12, p. 306.
- s.a. (1920). « Une maison de régime modèle : L'Ermitage d'Évian-les-Bains », *Le Paris médical : la semaine du clinicien*, p. 425.

- s.a. (1922). « Pharyngo-spasme infantile ou anorexie-mentale par le Dr. E. Weil, Professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Médecine de Lyon », *Pédiatrie : revue mensuelle de médecine et de chirurgie infantile, de puériculture, d'hygiène sociale et d'éducation physiques*, n°5, p. 53-59.
- Société d'hypnologie et psychologie (1906). « Vomissements incoercibles datant de 3 ans guéris par l'hypnotisme », *Archives de neurologie. Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, n°123, p. 59-63.
- Société de médecine de la Vienne. (1912). « Anorexie mentale chez les nourrissons, docteur Buffet-Delmas. Séance du 20 mars 1912 », *Le Poitou médical : revue mensuelle*, 27e année, n°4, p. 75-86.
- Société de neurologie. (1939). « Syndrome de cachexie progressive par tumeur (spongio-blastome) du troisième ventricule. Le problème anatomique de la maladie de Simmonds. MM. Lhermitte, de Martel, Guillaume et Ajuriaguerra », *Gazette des hôpitaux civils et militaires (Lancette française)*, 112e année, n°40, p. 716.
- Société de pédiatrie de Paris. (1912). « Anorexie mentale chez les nourrissons par le Dr Buffet Delmas », *Archives de médecine des enfants*, t.15, p. 180-192.
- Société médicale des hôpitaux de Paris. (1885). « Séance du 14 aout 1885. Recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie), par M. Le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral, et M. A. Flamand, licencié ès sciences physiques », *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, p. 299-304.
- Sollier, P. (1891). « Anorexie hystérique (Sitieirgie hystérique) », *Revue de médecine,* n°8, p. 525.
- Tarrius, J. (1909). « Un cas grave d'anorexie mentale : guérison », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, juillet, 24e année, n°1, p. 43-44.
- Vignes, H. (1925). « Quelques considérations sur la puberté », *Le Progrès Médical*, n°40 (3 octobre), p. 1464-1472.
- Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* Paris : Lecrosnier et Babè, p. 276-280.
- Weill, E. (1922). « Pharago-spasme infantile ou anorexie mentale », *Pédiatrie : revue mensuelle de médecine et de chirurgie infantile, de puériculture, d'hygiène sociale et d'éducation physiques*, 11e année, n°5, p. 53-59.
- Weill, E., Mouriquand, G. (1917). « La notion de carence en pathologie infantile », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, n°23, p. 92-96.

Autres revues (étrangères)

- Collins, W. J. (1894). « Anorexia Nervosa », *The Lancet*, n°143, p. 202-203.
- Dowse, S. T. (1881). « Anorexia Nervosa », *Medical Press and Circular*, august 17th, p. 147-148.
- Goix, Dr. (1892) « Review of Anorexie hystérique traitée avec succès par la suggestion hypnotique », *The American Journal of Psychology*, vol. 4, n°3, p. 467-468.
- Gull, W. W. (1868). « Address in medicine delivered before the Annual Meeting of the British Medical Association at Oxford », *The Lancet*, n°2345, p. 171-176.
- Gull, W.W. (1874). « Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) », *Transactions of the Clinical Society of London*, n°7, p. 22-28.
- Harrison, R. G. (1906). « Observations on the living developing nerve fiber », *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 4(1), p. 140-143.
- Seltmann, O. (1895). « Anorexie cérébrale. Cenlralblatt, f.innerc méd., 2 mars 1895, p. 227 », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 383.

- Simmonds, M. (1914). « Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang », *Deutsche Medicinische Wochenschrift,* Berlin, t.40, p. 322-323.

Articles de revues scientifiques contemporaines

- Booij, L. & Steiger, H. (2020). « Applying epigenetic science to the understanding of eating disorders: a promising paradigm for research and practice », *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), p. 515–520
- Hoek, H. W & *al*. (1998). « Lack of Relation between Culture and Anorexia Nervosa - Results of an Incidence Study on Curaçao », *The New England Journal of Medicine*, 23, p. 1231-1232.
- Hoek, H. W. (2006). « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders », *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), p. 389-394.
- Le Cozannet, B. (2002). « L'isolement de l'anorexique : une limite à la toute-puissance », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence,* n°48(2), p. 77-81.
- Le Heuzey, M.-F. (2002). « Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol.60/4, p. 327-331.
- Ramoz, N., Clarke J. & Gorwood P. (2017). « Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires », *Biologie Aujourd'hui*, 211(1), p. 97-102.
- Rio, M. (2006). « Un cas d'anorexie masculine », *L'information psychiatrique*, 82(8), p. 669-681.
- Skolnick, A., Schulman, R. C., Galindo, R. J., & Mechanick, J. I. (2016). « The Endocrinopathies Of Male Anorexia Nervosa: Case Series », *Aace clinical case reports*, 2(4).
- Thibault, I. & *al*. (2017). « Quelles sont les caractéristiques individuelles, familiales et sociales distinguant l'anorexie mentale prépubère et pubère ? », *Revue canadienne de psychiatrie*, 62(12), p. 837-844.

Congrès, enquêtes (articles, rapports, comptes rendus)

- Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXII°). (1912), « Comptes-rendus », (Tunis 1er-7 avril 1912), Paris : Masson.
- Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XLIII°), « Comptes rendus », (Montpellier 28, 29, 30 octobre 1942), Paris : Masson.
- Congrès international de l'hygiène scolaire. (1910). « Comptes rendus, communications », Paris : A. Maloine.
- Crémieux, A. (1942). « Les anorexies mentales (résumé) », XLIII° Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, « Comptes rendus », (Montpellier 28, 29, 30 octobre 1942), Paris : Masson, p. 47-48.
- Cullerre, M. (1903). « Note sur une forme particulière de Sitiophobie », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : XIII° session tenue à Bruxelles du 1er au 8 août 1903.* Vol. 2 : Comptes rendus, p. 466-469.
- Landouzy, L. (1900). *1er Congrès international de presse médicale juillet 1900 : inauguration, le jeudi 20 juillet, au pavillon de la Presse*, Exposition universelle, Paris : Carré, G., Naud, C. (éds.).
- Landouzy, L. (1908). *L'alimentation rationnelle : Conférence faite à la Sorbonne, mars 1908 par le professeur L. Landouzy*, Paris : Masson.

- Landouzy, L., Labbé H. & Labbé M. (1905). *Enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et d'employés parisiens : Ce qu'elle est : irraisonnée, insuffisante, insalubre, dispendieuse ; ce qu'elle pourrait être : rationnelle, suffisante, salubre, économique*, Enquête présentée à la IVe section du Congrès international de la tuberculose (2-7 octobre), Paris : Masson.
- Lereboullet, J. (1937). « III° Journées médicales internationales de Paris (26-30 juin 1937). Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique » (résumés des exposés), *La Presse Médicale*, n°63, p. 1151-1553.
- Monin, E. (1893). *La Vulgarisation médicale, allocution prononcée le 17 avril 1893*, prononcée par le Dr E. Monin, président du CLIe au banquet de la Réunion amicale de la presse scientifique.
- Sollier, P. (1896). « L'anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895,* vol. 2 : Comptes rendus, Paris : Masson, p. 360-372.
- Sollier, P. (1910). « L'hydrothérapie chez les neurasthéniques », *Rapports du IIIe Congrès international de physiothérapie,* Paris : Masson, p. 57-63.

Presse générale et revues littéraires

Titres des revues consultées

- *L'illustration* : *journal universel*. (1914, 1916). Paris : J.-J. Dubochet.
- *La mode illustrée, journal de la famille*. (1898, 1909). Paris : Firmin Didot
- *L'Art d'être jolie : publication hebdomadaire illustrée*. (1904, 1905). Paris : Librairie universelle.

Articles

- *Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration : ou almanach des 500.000 adresses de Paris, des départements et des pays étrangers*, (1888). « Hydrothérapie scientifique », A91, part. 1, Paris : Firmin Didot frères, p. 1566.
- Archambault, R. (1928). « Sur 150.000 écoliers, 100.000 sont malades ou menacent de l'être », *Paris Soir*, 15 décembre, p. 3-6.
- Dastre, A. (1900). « Revue scientifique : Les membres et l'estomac, la fable et la physiologie ». *Revue des deux mondes (1829-1971)*, quatrième période, 162/1, p. 214-227
- Geneslay, F. (1919). « Physiologie de l'adolescence », *Mercure de France*, octobre, p. 437-465.
- Justin-Besançon, L. (1959) « Le pronostic », *Revue des deux mondes (1829-1971)*, p. 413-22.

Publications officielles, législatives et administratives

- Alliance nationale pour l'accroissement de la population française. (1897). *Programmes, Statuts*.
- American psychiatry association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I).*

- INSERM. (2020 [2017]). *Anorexie mentale : Un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie*.
- Journal officiel de la République française. (2 août 1882). « Programmes - Education physique et préparation à la vie professionnelle, 5° travaux manuels (pour les filles) », *Lois et décrets*, p. 4162-4164.
- Journal officiel de la République française. (3 juin 1914). « Loi du 1er juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », *Lois et décrets*, p. 5026.
- Journal officiel de la République française. (3 juin 1924). « Loi du 1er juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », *Lois et décrets*, p. 5026-5050.
- Journal officiel de la République française. (6 mars 1914). *Sénat, rapport - suite de la 1ère délibération sur la proposition de loi relative à la dépopulation*.
- Légifrance. (2006). *Loi* n°*2006-399 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs*.
- Légifrance. *Loi du 19 mai 1874 relative au travail des enfants et des filles mineures dans l'industrie.*
- Légifrance. *Loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles et de femmes dans les établissements industriels.*
- Légifrance. *Loi du 28 mars 1882 portant sur l'organisation de l'enseignement primaire*.
- Roussel, T. (1884). *Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le Projet de loi portant révision de la loi du 30 Juin 1838 sur les Aliénés*, Paris : P. Mouillot, t.1, n°157.

ARCHIVES CONSULTÉES

Archives départementales de la Seine maritime, Rouen

Asile Saint-Yon, Quatre-Mares

X/SAINT-YON/78-79 : Aliénés. Section des femmes – état nominatif des malades, registres (1910 -1924)

X/SAINT-YON/95 : Mouvement de population – demande de transfert, correspondances, certificats médicaux (1908 - 1941)

X/SAINT-YON/98 : Affection d'enfants aliénés et prise en charge d'enfants aliénés (1923 - 1930)

X/SAINT-YON/104-106 : Dossiers individuels d'aliénés – correspondances, certificats de placement, avis d'admission (1877-1941)

Archives de l'AP-HP

Hôpital de la Salpêtrière

SALPE/6/R/89 : Registres d'observations (1880)

SALPE/6/R/90 : Registre de diagnostics (1880 -1883)

SALPE/1432 W2 : Registre d'entrée du personnel (1907-1914)

SALP 6R/54 : Registres d'entrée (1901-1902)

SALP 6R/55 : Registres d'entrée (1905-1909)

SALP 6R/18 : Registres des observations médicales, 5e division – 1e section (1899-1905)

SALP 6R/19 : Registres des observations médicales, 5e division – 1e section (1905-1908)

SALP 6R/20 : Registres des observations médicales, 5e division – 1e section (1908-1910)

SALP 6R/43 : Registres des observations médicales, 5e division – 2e section (1899-1922)

SALP 6R/87 : Registre des observations médicales, division Pinel (1919-1921)

SALP/1/Q/1/159 : Répertoires généraux (1893-1897)

SLP/1/Q/2/182 : Registres généraux (5 avril 1894 -14 octobre 1895)

SLP/5/Q/1BIS : Registres d'entrée, école de réforme de la Salpêtrière (1891-1914)

SALP/6/Q/1/26 : Registres de sortie (1901-1913)

SLP/6/R/42 : Registres des observations médicales, 5e division – 2e section (1885-1891)

SALP/6/R/86 : Registres des observations médicales, 5e division – 5e section (1876-1877)

SALP/6/R/90 : Registres diagnostics et observations (1880-1883)

Archives départementales de Paris

Asile de Maison Blanche

D4X3/851/854 : Journal d'inventaire (1906, 1924-1925)

D4X3/875 : Comestibles (1912)

D4X3/907 : Prescriptions médicales alimentaires (1922-1923)

D4X3/1070 : Dossiers individuels de patientes (1919)

D4X3/1075 : Dossiers individuels de patientes (1922-1923)

D4X3/1213 : Répertoire des personnes présentes et des entrées, diagnostics (1900-1912)

D4X3/120 : Dossiers individuels de patientes (1920)

D4X3/1220 : Décès, S à Z (1940)

D4X3/1057 : Dossiers individuels de patientes (1909-1911)

D4X3/3 : Dossiers individuels de patientes (1901)

D4X3/56 : Dossiers individuels de patientes (1909-1910)

Asile clinique Sainte-Anne, hôpital Henri Rousselle

3302W-5 : Clinique des maladies mentales et de l'encéphale : dossiers d'hospitalisation et de consultation (1892)

3302W-12 : Registre des entrées, A à V – Hospitalisations : dossiers médicaux (classement par date d'entrée) (1902)

3302W-25 : Registre des entrées – Hospitalisations : dossiers médicaux (classement par date d'entrée) (1925)

D3X3 52 : Répertoires femmes (1905)

D3X3 350 : Tables de la loi, hommes (1890)

D5X3 62 : Sorties et placements – Pavillon Perras, femmes (26 juin 1922-13 octobre 1928)

D5X3 40 : Registres d'entrée et de sortie, femmes (octobre 1922-octobre 1926)

D5X3 41 : Registres d'entrée et de sortie, femmes (19 octobre 1926-juin 1928)

D5X3 42 : Registres d'entrée et de sortie, femmes (4 juin 1928-11 septembre 1929)

D5X3 43 : Registres d'entrée et de sortie, femmes (22 octobre 1929-14 octobre 1930)

3MI2 22 : Dossiers médicaux de patients microfilmés (n°5863- n°6080) (1924)

3MI2 73 : Dossiers médicaux de patients microfilmés (n°8562- n°18815) (1928)

3MI2 76 : Dossiers médicaux de patients microfilmés (n°19549- n°19743) (1928)

3MI2 116 : Dossiers médicaux de patients microfilmés (n°30969- n°31253) (1930)

3MI2 119 : Dossiers médicaux de patients microfilmés (n°31867- n°32230) (1930)

Fonds Protection maternelle et infantile

1910 W 1 : Protection maternelle infantile - comité consultatif des crèches (1920)

Hôpital Necker enfants malades

33/1Q283 : Répertoires entrées/sorties (1895)

913 W 22 : Orthopédie, répertoire (1915)

ENM/1/Q/2/78 : Registre des entrées (1890-1891)

Archives nationales, Pierrefitte-sur-Seine

Fonds du ministère de l'Instruction publique

F/17/75/87 : Statistiques et mortalité dans les lycées et cours d'hygiène (1875-1876)

F/17/9393/1 : Missions concernant l'Enseignement primaire (1877-1974)

F/17/7586 : Cours d'hygiène Instruction publique (1872-1875)

F/17/6834 : Rapports des inspecteurs d'académie sur la situation de l'enseignement secondaire public et libre (1875-1876)

F/17/6865 : Statistique de la population scolaire des établissements publics d'enseignement secondaire au 5 avril 1884 (1884)

F/17/11782 : Hygiène scolaire et enseignement élémentaire de l'hygiène (1874-1893)

AJ/16/8787 : Commission de surmenage scolaire (1929-1930)

AJ/16/8784 : Vaccination et carnet de santé – Académie de Paris, enseignement secondaire (1883-1934)

AJ/16/8782 : Contrôle médical et sanitaire des établissements – Académie de paris, enseignement secondaire (1882-1930)

Santé, direction générale de la santé

19800279/95 - DGS 274 : Haut Rhin, Guebwiller : Clinique "Solisana", Dr Schoch (1945-1974)

19800279/15-DGS 194 : Maison de régime pour femmes, M. Ferrero (1946-1974)

19800279/104-DGS 283 : Seine, Maison de santé pour étudiants des deux sexes atteints de troubles mentaux (1947-1974)

360AP/32 : Correspondances, carnet et colloques - Wallon, Henri (1914-1923)

20000071/61 : Enquête médecin en France École des hautes études en sciences sociales (1972-1974)

Sous-fonds Louis Le Guillant (1932-1968) (FRAN_IR_054871)

AS/208(VIII)/6 : « Étude sur la faim et l'appétit. L'anorexie nerveuse du nourrisson et la soif élective », 6 p. , dact., vers 1950. (publié dans). Sauvegarde de l'enfance, La Semaine des Hôpitaux de Paris. Conservé par le CNAHES (1936- 1967)

Bureau des programmes du secteur privé (maisons de santé, sanatoriums)

19800279/104 1945-1974 : Dossiers maison de santé, conversion des sanatorium (direction des hôpitaux) (1980-1981)

19800279/15 : Dossiers maison de santé, conversion des sanatorium (1946-1974)

Bibliothèque de l'Académie de médecine de Paris

Acad. Méd. Prix Godard, Ernest : Deniau, Lucien. Lettre d'envoi et de candidature – ouvrage sur l'hystérie gastrique (1886)

Acad. Med - Prix – Civrieux : Tinel, Jules. Question de l'anorexie hystérique (1909)

Acad. Méd. Prix Saintour : Godin, Paul. La croissance pendant l'âge scolaire (suite). Applications éducatives. Technique auxanologique (de croissance), n°8 (boîte n°16) (1918)

Acad. Méd. Prix Larrey : Travaux sur l'adolescence, n°10 (boîte n°4) (1898)

Acad. Méd. Mémoires : Godin, Paul. Un diagnostic morphologique au moyen de l'anthropométrie, n°25 (1906). ancienne cote : Fontainebleau liasse 300 (boîte 1906-1)

Collège de France, Paris

Fonds Fonssagrives

16 CD F 133/ 16 : Lettre officielle du ministère de l'Instruction Publique (1870) 1870, ministère de l'instruction publique, demande d'avis, cours d'hygiène au Collège de France, cad cours supplémentaire accepté par le Ministre.

Fonds Pierre Janet

55CDF6D : Lettres et correspondances

55CDF6a_i : Articles publiés

Collections iconographiques en ligne

(Cartes postales, photographies de maisons de santé et de cliniques privées ou municipales)

Arts graphiques, collection musée Carnavalet, Histoire de Paris - Paris musées collections

Collection de cartes postales - Archives départementales de Seine-Saint-Denis

Cartes postales et photographies - Archives départementales de l'Essonne

Documents vidéographiques

(Disponibles sur MedFilm, DHVS – Université de Strasbourg)

« La future maman » de Jean Benoit-Lévy (1925). Cinémathèque du ministère de l'Agriculture, France. URL : https://medfilm.unistra.fr/wiki/La_future_maman.

« École en plein air de Pantin » de Jean Benoit-Lévy (1927). Edition française cinématographique, France. Url: https://medfilm.unistra.fr/wiki/L%27%C3%A9cole_en_plein_air_de_Pantin.

« L'école de plein air du 19e arrondissement à Pavillon-sous-Bois pour enfants chétifs » de Jean Benoit-Lévy (1927). Gaumont, France (Série enseignement). Url : https://medfilm.unistra.fr/wiki/L%27%C3%A9cole_de_plein_air_du_19e_arrondissement_%C3%A0_Pavillon-sous-Bois_pour_enfants_ch%C3%A9tifs

« Classe aérée : l'école des filles de la rue des Épinettes à Paris », s.a. (1919). ECPAD, France. Url: https://medfilm.unistra.fr/wiki/Classe_a%C3%A9r%C3%A9e_:_l%27%C3%A9cole_des_filles_de_la_rue_des_Epinettes_%C3%A0_Paris

Pages web

Anaïs, N. « TCA : mon isolement n'était pas thérapeutique » [en ligne] (page consultée le 15/03/2025) Url : https://zep.media/textes/tca-isolement-pas-therapeutique/

Association anorexie boulimie. « Contre l'isolement des malades souffrant d'anorexie ou de boulimie » [en ligne] (page consultée le 15/03/2025) Url : https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-91-contre-l-isolement-des-malades-souffrant-d-anorexie-et-ou-de-boulimie.htm

INSERM. (2020). « Anorexie mentale : Un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie » [en ligne] (page consultée le 14/04/2024) URL : https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/#:~:text=L'anorexie%20mentale%20se%20d%C3%A9clenche,plus%20tard%2C%20apr%C3%A8s%2018%20ans.

Le Hameau Fleuri. « Le Sanatorium – l'Hôpital Ambroise Paré » [en ligne] (page consulté le 21/04/2025) URL : https://lehameaufleuri.wordpress.com/2014/10/31/le-sanatorium-hopital-ambroise-pare/

Société Médico-psychologique. « Qui sommes-nous » [en ligne] (page consultée le 11/09/2023) Url : https://www.medicopsy.com/qui-sommes-nous

BIBLIOGRAPHIE

About, I., Denis, V. (2010). *Histoire de l'identification des personnes*, Paris : La Découverte, Coll. « Repères ».

Agamben, G. (2006). « Théorie des dispositifs » (M. Rueff, Trad.), *Po&sie*, 115(1), p. 25-33.

Aigrain, A. (2023). *Des corps malades sous l'objectif : La photographie médicale dans les musées hospitaliers parisiens (1866-1945)*, Thèse de doctorat, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Albert, A. (2013). « Les midinettes parisiennes à la Belle Époque : Bon goût ou mauvais genre ? », *Histoire, économie & société*, 32(3), p. 61-74.

Andrieu, B. (2003). *Le laboratoire du cerveau psychologique : Histoire et modèles*, Paris : CNRS éditions, Coll. « Histoire des Sciences ».

Apple, R. D. (1995). « *Science Gendered: Nutrition in the United States, 1840–1940* », *Clio medica (Amsterdam, Netherlands)*, 32, p. 129-154.

Ariès, P. (1973 [1960]). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris : Éditions du Seuil, Coll. « Points Histoire ».

Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century*, Cambridge: Cambridge University Press.

Armstrong, D. (1986). « The invention of infant mortality », *Sociology of Health & Illness*, 8(3), p. 211-232.

Armstrong, D. (1995). « The rise of surveillance medicine », *Sociology of Health & Illness*, 17(3), p. 393-404.

Aron, P. (2017). « La sociabilité des chaises longues », *COnTEXTES*, 19 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/contextes.6289

Artières, P., Vérillon, V. (2022). *Histoire de l'intime*, Paris, CNRS éditions, Coll. « À l'œil nu ».

Arveiller, J. (2009). « La loi de 1909 et la définition de l'instituteur spécialisé », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 42(1), p. 119-142.

Arveiller, J. (2010). « Les idées médicales et la construction de la catégorie moderne d'adolescence (XVIIIe-XIXe siècles) », *Le Télémaque*, 38(2), p. 111-128.

Asdal, K. (2015). « What is the issue? The transformative capacity of documents », *Distinktion: Journal of Social Theory*, 16(1), p. 74-90.

Asdal, K., Reinertsen, H. (2021). *Doing Document Analysis: A Practice-Oriented Method*, London: SAGE.

Bantigny, L. (2011). « Usages, mésusages et contre-usages de l'expertise. Une perspective historique », *Histoire@Politique*, 14(2), p. 3-3.

Bantigny, L., Jablonka, I. (2009). « Le mot « jeune », un mot de vieux ? : La jeunesse du mythe à l'histoire », in Bantigny L. & Jablonka, I., *Jeunesse oblige Une histoire des jeunes en France (XIXe-XXIe siècle)* (pp. 5-18), Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Le nœud gordien ».

Barbas, S. (2014). « Gloire et déclin de l'hystérie infantile au XIXe siècle. Chronique illustrée. Rubrique dirigée par Eduardo Mahieu et Jacques Postel », *L'information psychiatrique*, 90(1), p. 65-77.

Baroni, M. (2012). *L'hôpital des Enfants malades de Paris, 1802-1914 : Du soin maternel à la pédiatrie*, Thèse de doctorat, Université Paris Est.

Baubérot, A. (2004). « Chapitre III. Les vicissitudes de l'hydrothérapie en France », in *Histoire du naturisme. Le mythe du retour à la nature* (pp. 61-80), Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Histoire ».

Beauvalet-Boutouyrie, S. (2003). « La mise en place des hôpitaux pour enfants malades à Paris (fin XVIIIe-début XIXe siècle) », *Histoire, économie & société*, 22(4), p. 487-498.

Becchi, E. (1998a). « Le XIXe siècle », in Becchi, E., Julia, D. (dir.), *Histoire de l'enfance en occident. Du XVIIIe siècle à nos jours*, Tome II (pp. 147-223), Paris : Éditions du Seuil.

Becchi, E. (1998b). « Le XXe siècle », in Becchi, E., Julia, D. (dir.), *Histoire de l'enfance en occident. Du XVIIIe siècle à nos jours*, Tome II (pp. 358-432), Éditions du Seuil.

Becchi, E., Julia, D. (dir.) (1998). *Histoire de l'enfance en Occident*, Paris : Éditions du Seuil.

Becchia, A. (1986). « Les milieux parlementaires et la dépopulation de 1900 à 1914 », *Communications*, 44(1), p. 201-246.

Beck, N. (2014). « Premier chapitre. Les enjeux de la philosophie spencérienne », in Beck, N. *La gauche évolutionniste : Spencer et ses lecteurs en France et en Italie* (pp. 17-47), Besançon : Presses universitaires de Franche-Comté.

Béliard, A. (2019). *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer*, Toulouse : Variations sociales, Erès, Coll. « Pratiques du champ social ».

Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*, Chicago: The University of Chicago Press.

Bénard, D., Guignard, B. (2010). *La carte postale : Des origines aux années 1920*, France : Éditions Sutton, Coll. « Mémoire en Images ».

Bensaude-Vincent, B. (2016). « Comment sortir du piège de la flèche du temps ? », *Revue française d'éthique appliquée*, 2(2), p. 90-98.

Bentouhami-Molino, H. (2023). « Qu'est-ce que digérer ? Métabolisme, gastro-nationalisme et reproduction sociale », *Nouvelles Questions Féministes,* 42(2), p. 48-63 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/nqf.422.0048

Berlivet, L. (2013). « Les ressorts de la "biopolitique" : "dispositifs de sécurité" et processus de "subjectivation" au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne & contemporaine,* 60-4/4bis(4), p. 97-121 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rhmc.604.0097

Bernard, L. (2019). « La médecine néo-hippocratique des années 1930 : Le temps d'une rencontre », *Histoire, médecine et santé*, 14, p. 63-81.

Bert, J.-F. (2017). *Une histoire de la fiche érudite*, Villeurbanne : Presses de l'enssib.

Bert, J.-F. (2023). *Le corps qui pense : Une anthropologie historique des pratiques savantes,* Basel : Schwabe Verlag, Coll. « Heuristiques ».

Bert, J.-F. (éd.). (2022). *Lire « Les techniques du corps », relire Marcel Mauss*, Paris : Éditions de la Sorbonne.

Bert, J.-F., Lamy, J. (2021). *Voir les savoirs. Lieux, objets et gestes de la science*, Paris : Anamosa

Berthiaud, E., Léger, F. & Van Wijland, J. (dir.) (2021). *Prévenir, accueillir, guérir : La médecine des enfants de l'époque moderne à nos jours*, Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Bessière, C., Houseaux, F. (1997). « Suivre des enquêteurs », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 29(1), p. 100-114.

Bessy, C., Chateauraynaud, F. (1993). « Le savoir-prendre », *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, 20 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/tc.648

Bessy, C., Chateauraynaud, F. (2010). « Retour sur "Le savoir-prendre" », *Techniques & Culture*, 54-55, p. 686-688.

Blais, H. (2023). *L'empire de la nature : Une histoire des jardins botaniques coloniaux, fin XVIIIe siècle-années 1930*, Ceyzérieu : Champ Vallon.

Blanchard, V. (2019). *Vagabondes, voleuses, vicieuses : Adolescentes sous contrôle, de la Libération à la libération sexuelle*, Paris : ÉFB, Coll. « Genre ! ».

Blanckaert, C. (2001). « La crise de l'anthropométrie. Des arts anthropotechniques aux dérives militantes (1860-1920) », *Les politiques de l'anthropologie : Discours, pratiques en France (1860-1940)*, Paris : L'Harmattan.

Boltanski, L. (1984). *Prime éducation et morale de classe*, Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Boltanski, L. (dir.) (2004). *La Condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris : Gallimard, Coll. « NRF Essais ».

Bonah, C., Lederer, S. (2007). *L'expérimentation humaine : Discours et pratiques en France, 1900-1940*, Paris : Les Belles Lettres.

Bordiec, S. (2018). « Chapitre 1. La jeunesse comme catégorie sociale et catégorie d'action publique : détour historique », in *La fabrique sociale des jeunes Socialisations et institutions* (pp. 25-30), Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, Coll. « Ouvertures Sociologiques ».

Bouillon, M.-È. (2024). « Anatomie d'une entreprise photographique », *Photographica*, 8, [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/11pb6

Boullant, F. (2009). « Michel Foucault. Le réseau des corps », in Memmi, D., Dominique Guillo, D. & Martin, O. (éds), *La tentation du corps* (pp. 47-69), Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Coll. « Cas de figure ».

Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*, Paris : Les Éditions de minuit, Coll. « Le sens commun ».

Bozon, M. (1981). *Les conscrits*, Paris : Éditions Berger-Levrault, Coll. « Arts et traditions populaires ».

Bozon, M., Rennes, J. (2015). « Histoire des normes sexuelles : L'emprise de l'âge et du genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 42(2), p. 7-23.

Bret, P., Lanoë, C. (2016). « Laboratoires et ateliers, des espaces de travail entre sciences et arts et métiers, XVIe-XVIIIe siècle », in Hilaire-Pérez, L., Simon, F. & Thébaud-Sorger, M. (éds.), *L'Europe des sciences et des techniques : Un dialogue des savoirs, XVe-XVIIIe siècle* (pp. 149-155), Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Histoire ».

Briet, S. (1951) 2024. *Qu'est-ce que la documentation*, Paris : Éditions documentaires, industrielles et techniques ? Édition numérique : Arthur Perret.

Brightman, R. (1996). « The Sexual Division of Foraging Labor: Biology, Taboo, and Gender Politics », *Comparative Studies in Society and History*, 38(4), p. 687-729.

Bromberger, C. (2012). « 2 - Masculin et féminin aux champs. Les outils et le corps dans la riziculture du Gilân – Iran septentrional », in Anstett, É., Gélard, M. (dir.), *Les objets ont-ils un genre ? Culture matérielle et production sociale des identités sexuées* (pp. 35-46), Paris : Armand Colin, Coll. « Recherches ».

Bruegel, M. (2013). « Un distant miroir. La campagne pour l'alimentation rationnelle et la fabrication du "consommateur" en France au tournant du XXe siècle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 199(4), p. 28-45.

Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*, Cambridge: Harvard University Press.

Brumberg, J. J. (2000 [1988]). *Fasting girls: The history of anorexia nervosa* (édition révisée), Knopf Doubleday Publishing Group, Coll. « Vintage Séries ».

Brumberg, J. J. (2012). « Chlorotic Girls, 1870 - 1920: A Historical Perspective on Female Adolescence », *Child development*, 53(6), p. 1468-1477.

Brumberg, J. J. (2012). *Fasting Girls: Then and Now*, conference at Cornell University (2012, février 20) [online] URL : https://www.youtube.com/watch?v=ahbhPLMrN_U

Brunet, F. (1999). « Traduire le paysage absolu. À propos des cartes postales de Niagara », *Revue Française d'Études Américaines,* 80, p. 33-55.

Bynum, C. W. (1987). *Holy feast and holy fast: The religious significance of food to medieval women*, Berkeley: University of California Press.

Cahon, J. (2020). « Réformer les rythmes scolaires en France (1848-2017) », *Histoire de l'éducation*, 154 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/histoire-education.5790

Canguilhem, G. (1989 [1952]). *La Connaissance de la vie*, J. Vrin, Bibliothèque des Textes Philosophiques.

Canguilhem, G. (2009 [1966]). *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Quadrige ».

Canguilhem, G., Lapassade, G., Piquemal, J., & Ulmann, J. (2003 [1962]). *Du développement à l'évolution au XIXe siècle*, Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Quadrige ».

Carbonel, F. (2010). « Folles et vagabondes dans les asiles de la Seine-Inférieure (1880-1914) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 32, p. 233-252.

Carol, A. (2002). « Les médecins et la stigmatisation du vice solitaire (fin XVIIIe-début XIXe siècle) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 49-1(1), p. 156-172.

Carol, A. (2012). *Physiologie de la veuve. Une histoire médicale de la guillotine*, Lonrai : Champ Vallon, Coll. « Les choses publiques ».

Carpenter, K. J. (1994). *Protein and energy: A study of changing ideas in nutrition*, New York: Cambridge University Press.

Carpentier, N. (2001). « Le long voyage des familles : La relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences Sociales et Santé*, 19(1), p. 79-106.

Carroy, J. (1991). *Hypnose, suggestion et psychologie : L'invention de sujets*, Paris : Presses universitaires de France, « Hors collection ».

Carroy, J. (2000). « "Mon cerveau est, comme dans un crâne de verre" : Emile Zola sujet d'Édouard Toulouse », *Revue d'histoire du XIXe siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIXe siècle*, 20/21, p. 181-202.

Carroy, J. (2018). « Jeux d'écoles hypnotiques : Paris-Nancy fin de siècle », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 32, p. 73-97.

Cascales, T. (2013). « Anorexie du nourrisson : Un diagnostic différentiel compliqué », *Devenir*, 25(1), p. 5-25 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/dev.131.0005

Castel, P., Dalgalarrondo, S. (2005). « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences Sociales et Santé*, 23/4, p. 5-40.

Castro, T. (2011). « Une cartographie du crime : Les images d'Alphonse Bertillon », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, « Identification, contrôle et surveillance des personnes », [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/criminocorpus.354

Chabrol, F., Gaudillière, J.-P. (2023). *Introduction à la santé globale*, Paris : La Découverte, Coll. « Repères Histoire ».

Chadarevian, S. (de) (1993). « Graphical Method and Discipline: Self-Recording Instruments in XIXth Century Physiology », *Studies in the History and Philosophy of Science*, 24(2), p. 267-291 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1016/0039-3681(93)90048-O.

Chantseva, V. (2020). « Normes de l'éducation de la "propreté" en France au XXe siècle », *Revue internationale de l'éducation familiale*, 47(1), p. 169-189.

Chaperon, S. (2008). *La médecine du sexe et les femmes : Anthologie des perversions féminines au XIXe siècle*, La Musardine, Coll. « L'attrape-corps ».

Chaperon, S. (2010). Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle. *Recherches en psychanalyse,* 10(2), p. 276-285 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rep.010.0276

Charlap, C., Pache, S., & Piccand, L. (dir.) (2015). « La construction scientifique des sexes », *Émulations*, n°15, Presses universitaires de Louvain.

Charlap, C. (2019). *La Fabrique de la ménopause*, Paris : CNRS Editions.

Cherkaoui, M. (1979). « Les effets sociaux de l'école selon Paul Lapie », *Revue française de sociologie*, 20/1, p. 239-255.

Chevandier, C. (2011). *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession,* Paris : Éditions de la Sorbonne.

Claisse, F., Balancier, P. (2008). « Chapitre 7. Sociologie des sciences : Du principe de symétrie à la notion de traduction », in Jacquemain, M., Frère, B. (dir.), *Épistémologie de la sociologie. Paradigmes pour le XXIe siècle* (pp. 143-155), De Boeck Supérieur, Coll. « Ouvertures sociologiques ».

Clauzade, L. (2002). « Auguste Comte et la naturalisation de l'esprit », *Methodos. Savoirs et textes*, 2 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/methodos.61

Clément, A. (2015). « L'analyse du déclin dans la seconde moitié du XIXe siècle. Le point de vue des économistes français », *Revue économique*, 66(5), p. 843-872.

Coffin, J.-C. (1994). « L'hérédité et la médecine mentale française au XIXe siècle », *Ethnologie française*, 24(1), p. 70-80.

Coffin, J.-C. (2000). « Sexe, hérédité et pathologie : hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890 », in Gardey, D., Löwy, I. (dir.), *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin* (pp. 159-186), Paris : Éditions des archives contemporaines.

Coffin, J.-C. (2003). *La transmission de la folie : 1850-1914*, Paris : L'Harmattan, Coll. « L'histoire du social ».

Coffin, J.-C. (2010). « La construction d'une identité professionnelle : l'exemple de la psychiatrie de l'enfant dans la France des années 1950 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière ». Le Temps de l'histoire*, 12, p. 65-83 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/rhei.3186

Coffin, J.-C. (2020, 2021). « Bénédict-Augustin Morel et Cesare Lombroso », *Beccaria VI*, p. 339-360.

Conrad, P. (1992). « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18(1), p. 209-232 [en ligne] DOI : 10.1146/annurev.so.18.080192.001233

Córdoba-Wolff, V. (2022). *Devenir "sensible au gluten". Émergence d'une affection et d'une alimentation contestées en France et en Allemagne*, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.

Coupaye, L. (2020). « Images arrêtées. Les cérémonies de présentation de grandes ignames décorées chez les Abelam de Papouasie-Nouvelle-Guinée », in Castro, T., Pitrou, P., Rebecchi, M. (éds.) *Puissance du végétal et cinéma animiste – La vitalité révélée par la technique* (pp. 75-92), Dijon : les presses du réel.

Courtine, J.-J. (dir.), Corbin, A., Vigarello, G., Audoin-Rouzeau, S., Baecque, A. de, & Becker, A. (2006). *Histoire du corps : Le XXe siècle*, Paris : Éditions du Seuil.

Dalgalarrondo, S., Fournier, T. (2019). « Introduction. Les morales de l'optimisation ou les routes du soi », *Ethnologie française*, 49(4), p. 639-651.

Dalgalarrondo, S., Fournier, T. (éds.). (2022). *Promesses alimentaires : Injonctions, bricolages, résistances*, Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Darmon, M. (2001). *Approche sociologique de l'anorexie : Un travail de soi*, Thèse de doctorat, Université Paris Descartes.

Darmon, M. (2005). « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses,* n°58(1), p. 98-112 [en ligne] https://doi.org/10.3917/gen.058.0098

Darmon, M. (2006). « Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps », *Adolescence*, t.24, 2(2), p. 437-452.

Darmon, M. (2007). « Chapitre VI. Traitement de l'anorexie et clivages de genre », in Eckert, H., Faure, S. (dir.), *Les jeunes et l'agencement entre les sexes* (pp. 95-111), Paris : La Dispute, Coll. « Le genre du monde ».

Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique : Une approche sociologique*, Paris : La Découverte, Coll. « Poche / Sciences humaines et sociales ».

Daston, L., Galison, P. (2007). *Objectivity*, New York : Zone Books.

De Luca Barrusse, V. (2009). « La revanche des familles nombreuses : Les premiers jalons d'une politique familiale (1896-1939) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2(1), p. 47-63.

Defrance, J., El Boujjoufi, T., & Hoibian, O. (2021). « Chapitre 1. Une campagne sanitaire appelant à l'activité physique : De la fatigue et du "surmenage" des écoliers, 1885-1890 », in Defrance, J., El Boujjoufi, T., & Hoibian, O. (éds.), *Le Sport au secours de la Santé* (pp. 33-74), Vulaines-sur-Seine : Éditions du Croquant, « Hors collection ».

Delanoë, D. (2006). *Sexe, croyances et ménopause*, Paris : Hachette Littératures.

Depecker, T. (2024). *Les comptes du salut. Quantifier et réformer l'alimentation au XIXe siècle*, Tours : Presses universitaires François Rabelais, Coll. « Tables des Hommes ».

Depecker, T., Lhuissier, A., & Maurice, A. (2013). *La juste mesure : Une sociologie historique des normes alimentaires*, Rennes/Tours : Presses universitaires de Rennes/ Presses universitaires François Rabelais, Coll. « Tables des Hommes ».

Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*, Paris : Folio, Gallimard.

Descola, P. (2021). *Les formes du visible : Une anthropologie de la figuration*, Paris : Éditions du Seuil, Coll. « Les livres du nouveau monde ».

Desrosières, A. (1993). *La politique des grands nombres : Histoire de la raison statistique*, Paris : La Découverte, Coll. « Sciences humaines et sociales ».

Desrosières, A. (2002, décembre). « Adolphe Quetelet », *Courrier des statistiques,* n°104, p. 3-7.

Desrosières, A. (2008). « Chapitre 14. Quetelet et la sociologie quantitative : Du piédestal à l'oubli », in Desrosières, A., *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I* (pp. 239-256), Paris : Presses des Mines.

Desrosières, A. (2013). *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I* , Paris : Presses des Mines [en ligne] DOI : 10.4000/books.pressesmines.901

Desrosières, A., Kott, S. (2005). « Quantifier », *Genèses*, 58(1), p. 2-3.

Dessberg, L. (2010). « La notion de croissance chez Dewey et Rorty », *Le Télémaque,* 37(1), p. 47-60 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/tele.037.0047

Di Spurio, L. (2019). *Du côté des jeunes filles : Discours, (contre-)modèles et histoires de l'adolescence féminine, Belgique, 1919-1965*, Éditions de l'Université de Bruxelles.

Dias, N. (1994). « Photographier et mesurer : Les portraits anthropologiques », *Romantisme*, 24(84), p. 37-49.

Diasio, N. (1999). *La Science impure : Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*, Paris : Presses universitaires de France.

Diasio, N. (2009). « La liaison tumultueuse des choses et des corps : Un positionnement théorique », in Julien, M.-P., Rosselin C. (dir.), *Le sujet contre les objets... tout contre : Ethnographies de cultures matérielles* (pp. 21-84), Orientations et méthodes, Lille, CTHS.

Diasio, N. (2019). « Une biopolitique à bas bruit », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 50-1, p. 45-76.

Diasio, N. (2020). « Producing Otherness through Resemblance. Bodily Orifices and the Measuring of the Human (1800-1860) », in Voléry, I., Julien, M. (éds.), *From Measuring Rods to DNA Sequencing: Assessing the Human* (pp.31-64), London, New York: Palgrave.

Diasio, N., Sirota, R., & Hamelin-Brabant, L. (2019). « The Personal and the Political. The Child's Body: Scientific Research and Public Policy », *Enfances, Familles, Générations*, n°33 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.7202/1067806ar

Didi-Huberman, G. (1981). *Invention de l'hystérie : L'iconographie photographique de la Salpêtrière* (1-8), Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales.

Dinet, D. (2011). « L'éducation des filles de la fin du 18e siècle jusqu'en 1918 », *Revue des sciences religieuses*, 85(4), p. 457-490 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/rsr.1795

Dodier, N. (1991). « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail », *Sciences Sociales et Santé*, vol.9, n°2, « Professionnels en acte », p. 79-121.

Dodier, N., Barbot, J. (2016). « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 71(2), p. 421-450.

Donzelot, J. (2005). *La police des familles*, Paris : Les éditions de Minuit, Coll. « Reprise »

Dorlin, E. (2008). « L'historicité du sexe », in *Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe* (pp. 33-54), Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Philosophie ».

Dorlin, E. (2009). *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris : La Découverte, Coll. « Sciences humaines et sociales ».

Doron, C.-O. (2012). *Races et dégénérescence : L'émergence des savoirs sur l'homme anormal*, Thèse de doctorat, Université Paris-Diderot - Paris VII.

Doron, C.-O. (2015). « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940-1960 : Genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, 61e année (1), p. 3-16.

Doron, C.-O. (2018a). « Dégénérescence et dissolution du système nerveux. Modèle neurologique et catégories psychiatriques à la fin du XIXe siècle », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), p. 11-32.

Doron, C.-O. (2018b). « Histoire épistémologique et histoire politique de la race », *Archives de Philosophie*, 81(3), p. 477-499 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/aphi.813.0477

Drouin-Hans, A.-M. (2001). « La physiognomonie et les anthropologues : Art divinatoire ou discipline légitime ? », in Blanckaert, C., *Les politiques de l'anthropologie. Discours et pratiques en France (1860-1940)* (pp. 42-44), Paris : L'Harmattan, Coll. « Histoire des Sciences Humaines ».

Dubesset, M., Zancarini-Fournel, M. (1993). « Chapitre II. L'école républicaine, un modèle séparatiste », in *Parcours de femmes : Réalités et représentations : Saint-Étienne, 1880-1950* (pp. 29-49), Lyon : Presses universitaires de Lyon, Coll. « Collection du centre Pierre Léon ».

Dubus, Z. (2022). *Médicament ou poison ? : Médecins, médecine et psychotropes de la fin du XIXe siècle à nos jours en France*, Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille.

Dufaud, G., Henckes, N., & Scarfone, M. (2024). « Psychiatry, Modernity and the Politics of the Individual: The Historical Contours of Mental Hygiene », *Social History of Medicine*, 37(2), p.255-268 [en ligne] DOI : 10.1093/shm/hkae015

Dupouy, S. (2010). « Charles Féré et l'énergétique du système nerveux », in Ghesquier-Pourcin, D., Guedj, M., Gohau G., & Patyeds, M. (dir.), *Energie, science et philosophie au tournant des 19e et 20e siècles* (pp. 291-305), Hermann, Coll. « Philosophie, Politique et Économie - Sciences humaines, Philosophie, Religion ».

Dupras, A., Valles, G. (1991). « Édouard Toulouse et l'émergence de la sexologie française », *Histoire des sciences médicales*, 25(2), p. 91-96 [en ligne] (page consultée le 29/03/2025). URL : https://numerabilis.u-paris.fr/ressources/pdf/sfhm/hsm/HSMx1991x025x002/HSMx1991x025x002x0091.pdf

Duvernay Bolens, J. (2001). « La théorie de la récapitulation de Haeckel à Freud », *Topique*, 75(2), p. 13-34 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/top.075.0013

Edelman, N. (2003). *Les métamorphoses de l'hystérique*, Paris : La Découverte, Coll. « L'espace de l'Histoire ».

Ehrenberg, A. (1983). *Le corps militaire : Politique et pédagogie en démocratie*, Aubier Montaigne, Coll. « Résonnance ».

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*, Paris : Odile Jacob, « Hors collection ».

Eideliman, J.-S. (2012). « La jeunesse éternelle. Le difficile passage à l'âge adulte des personnes dites handicapées mentales », in Chamaian, A., Lefrançois, C., *Vivre les âges de la vie. De l'adolescence au grand âge* (pp. 209-230), Paris : L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales ».

Elias, N. (1973 [1939]). *La civilisation des mœurs,* (Kamnitzer, P., trad.), Paris : Calmann-Lévy.

Epstein, R. (2022). *On est bien arrivés : Un tour de France des grands ensembles*, Paris : Le Nouvel Attila.

Ermakoff, A. (2014). « Trier, soigner, administrer. Savoirs et pratiques du conseil général des hospices civils de Paris (1801-1848) », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 6(1), p. 27-46 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/ccgc.006.0027

Ey, H. (2014 [1950]). « La psychiatrie française de 1900 à 1950 », *L'information psychiatrique*, 90(8), p. 691-697 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1255

Fabian, J., (2017). *Le temps et les autres : Comment l'anthropologie construit son objet* (Henry-Bossoney, E., Müller, B., trad.), Toulouse : Anacharsis.

Faure, M.-R. (2003). « La photographie scientifique de Bourneville », *Communication & Langages*, 135(1), p. 104-124.

Faure, O. (2019). « Naissance et premiers développements des cliniques et hôpitaux privés en France (XIXe-début XXe siècle) », in Belmas, É, Nonnis-Vigilante, S. (éds.), *La santé des populations civiles et militaires : Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, xviie-xviiie siècles* (pp. 261-275), Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Faure, O., Dessertine, D. (2012). *Les cliniques privées : Deux siècles de succès*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Histoire ».

Fauvel, A. (2002). « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 49-1(1), p. 195-216 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rhmc.491.0195

Fauvel, A. (2012). « Pinel et les aliénistes. Aux origines de la psychiatrie », in Marmion, J. (dir.), *Histoire de la psychologie* (pp. 7-11), Auxerre : Éditions Sciences Humaines, Coll. « Petite bibliothèque ».

Fau-Vincenti, V. (2019). « Des femmes difficiles en psychiatrie (1933-1960) », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/criminocorpus.6120

Fayet-Scribe, S. (2012). *Connaissez-vous Suzanne Briet ?* [en ligne] URL : https://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2012-01-0040-007 (page consultée le 10/05/2025).

Feys, J.-L. (2021). « Le retour de l'approche dimensionnelle des classifications en psychiatrie. Rappels historiques et problématiques contemporaines », *L'information psychiatrique*, 97(3), p. 231-240 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2234

Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses : Une archéologie des sciences humaines*, Paris : Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences humaines ».

Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris : Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences humaines ».

Foucault, M. (1994a [1977]). « La naissance de la médecine sociale (n°196) », in *Dits et écrits : Vol. III* (pp. 207-228), Paris : Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences humaines ».

Foucault, M. (1994b [1977]). « Le jeu de Michel Foucault », in *Dits et écrits : Vol. III* (pp. 298-329), Paris : Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences humaines ».

Foucault, M. (1994c [1977]). « Conférence sur les mailles du pouvoir », in *Dits et écrits : Vol. III* (pp. 298-329), Paris : Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences humaines ».

Foucault, M. (1997). « Cours du 17 mars 1976 », *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France (1975-1976)* (Ewald, F., Bertani, M., Fontana, A. & Association pour le Centre Michel Foucault (éds.) (pp. 213-263), Paris, Gallimard : Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Foucault, M. (2001). « Les techniques de soi », in *Dits et écrits : Vol. II. 1976-1988* (pp. 1602-1632), Paris : Gallimard, Coll. « Quarto ».

Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France, 1978-1979* (Senellart, M., éd.), Paris : EHESS, Gallimard, Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France, 1977-1978* (Senellart, M., éd.), Paris : EHESS, Gallimard, Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Foucault, M. (2004c). « Leçon du 11 janvier 1978 », *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France, 1977-1978* (Senellart, M., éd.) (pp. 3-29), Paris : Gallimard, EHESS, Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Foucault, M. (2004d). « Leçon du 25 janvier 1978 », *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France, 1977-1978* (Senellart, M., éd.) (pp. 57-166), Paris : Gallimard, EHESS, Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Foucault, M. (2008 [1969]). *L'archéologie du savoir*, Paris : Gallimard, Coll. « Tel ».

Foucault, M. (2013). *La société punitive. Cours au Collège de France. 1972-1973*, Paris : Gallimard, Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Foucault, M. (2014 [1976]). *Histoire de la sexualité. Tome I : la volonté de savoir*, Paris : Gallimard, Coll. « Tel ».

Foucault, M. (2015 [1963]). *Naissance de la clinique*, Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Quadrige ».

Foucault, M., (1999). *Les anormaux : Cours au Collège de France (1974-1975)* (Marchetti, V., Salomoni, A., éds.), Paris : Gallimard, EHESS, Seuil, Coll. « Hautes Études ».

Fournier, T., Dalgalarrondo, S. (2022). « Introduction. Sociologie des promesses d'optimisation alimentaire », in *Promesses alimentaires : Injonctions, bricolages, résistances* (pp. 13-25). Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Coll. « 54 ».

Fournier, T., Jarty, J. (2019). « Gouverner les 'mille premiers jours de vie' », *Revue des sciences sociales*, 61 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/revss.3793

Fournier, T., Poulain, J.-P. (2018). « Épigénétique et alimentation », in Poulain, J.-P. (dir.) *Dictionnaire des cultures alimentaires*, 2e édition augmentée (pp. 516-521), Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Quadrige dicos poche ».

Gardet, M. (2010). « De la prévention au dépistage ou l'affirmation des médecins scolaires (1879-1939) », *Informations sociales*, 161(5), p. 14-21 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/inso.161.0014.

Gardey, D. (2008). *Écrire, calculer, classer : Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines, 1800-1940*, Paris : La Découverte, Coll. « Textes à l'appui ».

Gardey, D., Löwy, I. (dir.) (2000). « Introduction », in *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin* (pp. 9-28), Paris : Éditions des archives contemporaines.

Gardier, J. (2019). *La Belle Époque de l'anorexie. Genèse, traitements et analyse socioculturelle de l'anorexie mentale en France entre 1873 et 1914*, mémoire de master, Université Grenoble Alpes.

Garrabé, J. (2013). « La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : Historique comparatif », *L'information psychiatrique*, 89(4), p. 319-326 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1058

Gaudillière, J.-P. (2003). « La fabrique moléculaire du genre : Hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du Genre*, *34*(1), p. 57-80 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/cdge.034.0057.

Geerkens, É., Hatzfeld, N., Lespinet-Moret, I., & Vigna, X. (2019). *Les enquêtes ouvrières dans l'Europe contemporaine : Entre pratiques scientifiques et passions politiques*, Paris : La Découverte, Coll. « Recherches ».

Gerbod, P. (1993). « À propos du loisir parisien au XIXe siècle », *Ethnologie française*, 23(4), p. 613-622.

Ghesquier-Pourcin, D., Guedj, M., Gohau, G., & Paty, M. (2010). *Énergie, science et philosophie au tournant des XIXe et XXe siècles*, Tome I, Hermann, Coll. « Philosophie, Politique et Économie - Sciences humaines, Philosophie, Religion ».

Ginzburg, C. (1980). « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, 6(6), p. 3-44 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/deba.006.0003

Goldstein, J. (1997). *Consoler et classifier : L'essor de la psychiatrie française* (F. Bouillot, trad.), Le Plessis-Robinson : Synthélabo, Coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

Goody, J. (1978). *La raison graphique : La domestication de la pensée sauvage*, Éditions de Minuit, Coll. « Le sens commun ».

Gould, S. (1996 [1981]). *The mismeasure of man*, New York: W.W. Norton.

Gradmann, C., Simon, J. (éds.). (2010). *Evaluating and standardizing therapeutic agents, 1890-1950*, Palgrave macmillan UK.

Granger, C. (2010). « Du relâchement des mœurs en régime tempéré : Corps et civilisation dans l'entre-deux-guerres », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 106(2), p. 115-125. [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/vin.106.0115

Gremillion, H. (2003). *Feeding anorexia: Gender and power at a treatment center*, Michigan: Duke University Press.

Grignon, C. (2013). « Préface. Sociologie et histoire », in Lhuissier, A., *Alimentation populaire et réforme sociale : Les consommations ouvrières dans le second XIXe siècle* (pp. 1-10), Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Éditions Quae, Coll. « Natures sociales ».

Grue, L., Heiberg, A. (2006). « Notes on the History of Normality – Reflections on the Work of Quetelet and Galton», *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), p. 232-246 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1080/15017410600608491

Guattari, F. (2004). « Microphysique des pouvoirs et micropolitique des désirs », *Chimères. Revue des schizoanalyses*, n°54-55 « Michel Foucault : Généalogie, esthétique, contrôle », p.73-83 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/chime.2004.1350

Guedj, M. (2006). « Du concept de travail vers celui d'énergie : L'apport de Thomson », *Revue d'histoire des sciences*, 59(1), p. 29-50.

Guedj, M., Mayrargue, A. (2014). « Éclairages historiques sur l'émergence du concept d'énergie », *Recherches en didactique des sciences et des technologies*, 10, p. 35-61 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/rdst.925

Guédron, M. (2009). « Nature, idéal et caricature. La perception des types physiques chez les premiers anthropologues », *Les actes de colloques du musée du quai Branly Jacques Chirac*, 1 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/actesbranly.262

Guillemain, H. (2006a). *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris : La Découverte, Coll. « L'espace de l'Histoire ».

Guillemain, H. (2006b). « Médecine et religion au XIXe siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860) », *Le Mouvement Social*, 215(2), p. 35-49.

Guillemain, H. (2009). « Devenir médecin au XIXe siècle », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 116-3, p. 109-123 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/abpo.501

Guillemain, H. (2018). *Schizophrènes au XXe siècle : Des effets secondaires de l'histoire*, Paris : Alma éditeur, Coll. « Essai-Histoire ».

Guillemain, H., Serina, F., & Trochu, T. (2019). « Histoire de la Psychologie », in J.-F. Marmion (dir.), *Psychologie : Une exploration* (pp. 7-28), Auxerre : Éditions Sciences Humaines, Coll. « Synthèse ».

Habermas, T. (1992). « Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme fasting. The background to Giovanni Brugnoli's description of two cases of anorexia nervosa in 1875 », *History of Psychiatry*, 3(12), p. 431-455 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1177/0957154X9200301203

Hacking, I. (1981). « Do We See Through a Microscope? », *Pacific Philosophical Quarterly*, *62*(4), p. 305-322 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1111/j.1468-0114.1981.tb00070.x

Hacking, I. (1990). *The taming of chance*, Cambridge: Cambridge University Press.

Hacking, I. (2002 [1998]). *Les fous voyageurs* (Bouillot, F., trad.), Paris : Seuil, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».

Hacking, I. (2005). « Normalisation. L'épidémie d'obésité », *Façonner les gens II., cours au Collège de France* [en ligne] (page consultée le 29/03/2025). URL : https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/cours/faconner-les-gens-ii/normalisation-epidemie-obesite.

Hacking, I. (2008 [2000]). *Entre science et réalité : La construction sociale de quoi ?* (Baudouin, J., trad.), Paris : La Découverte, Coll. « Sciences humaines et Sociales ».

Hamelin-Brabant, L., Turmel, A. (dir.) (2012). *Les figures de l'enfance : un regard sociologique*, Québec : Presses Inter Universitaires.

Hartmann, H. (2011). *The body populace: Military statistics and demography in Europe before the First World War* (Yutzy Glebe, E., trad.), Cambridge/Massachusetts, London/England: The MIT Press.

Hartmann, H. (2016). « Une affaire de marges. L'anthropométrie au conseil de révision, France-Allemagne, 1880-1900 », *Le Mouvement Social*, 256(3), p. 81-99.

Henckes, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de doctorat, École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Henckes, N. (2009). « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, 76(3), p. 76-98.

Henckes, N. (2017). « Entre tutelle et assistance : le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910 », *Sciences sociales et santé*, 35(2), p. 81-108 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1684/sss.2017.0205

Henckes, N., Majerus, B. (2022). « I / Espaces », in *Maladies mentales et sociétés XIXe-XXIe siècle* (pp. 11-38), Paris : La Découverte, Coll. « Repères ».

Hepworth, J. (1999). « The Late Nineteenth Century Medical Discovery of Anorexia Nervosa », in *The social construction of anorexia nervosa* (pp. 26-44), London; Thousand Oaks: SAGE.

Hess, V. (2005). « *Standardizing body temperature: Quantification in hospitals and daily life* », in Jorland, G., Opinel, A., Weisz, G., (éds.), *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives* (pp. 109-126), Montreal & Kingston, London, Ithaca: McGill-Queen's University Press.

Heyberger, L. (2011). *L'histoire anthropométrique*, Berne : Peter Lang.

Heynen, F.-X. (2014). *Herbert Spencer, penseur paradoxal : Entre socio-darwinisme, évolutionnisme finalisé et naturalisation de la sympathie*, Paris : L'Harmattan, Coll. « Ouverture philosophique ».

Hoibian, O., Vaucelle, S. (2019). « Les exercices « au grand air » des lycéens (1820-1880) : Un effet des campagnes hygiénistes du début du XIXe siècle ? », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 66-2(2), p. 116-140 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rhmc.662.0116

Hondermarck, A. (2022). « La preuve par l'enquête : médecins et promotion du végétarisme en France et en Belgique autour de 1900 », *Histoire, médecine et santé*, 19, p. 39-56 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/hms.4529

Hopkins-Loféron, F. (2023). *Voir l'invisible : Histoire visuelle du mouvement merveilleux-scientifique, 1909-1930*, Ceyzérieu : Champ Vallon, Coll. « Détours ».

Huard, P. (1963). « J.-M. Prigent, Contribution à l'étude du journalisme médical français au XIXe siècle », *Revue d'histoire des sciences*, 16(3), p. 286-287.

Huteau, M. (2002). Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième République : La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947), Paris : L'Harmattan, Coll. « Histoire des sciences humaines ».

Ingold, T. (2007). *Lines. A Brief History*, London, New York: Routledge.

Israël, L. (2012), « 8 – L'usage des archives en sociologie », in Paugam, S. (dir.), *L'enquête sociologique* (pp. 167-185), Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Quadrige ».

Jacob, C. (2007). *Lieux de savoir, tome I : espaces et communautés*, Paris : Albin Michel.

Jacob, C. (2011). *Lieux de savoir, tome II : les mains de l'intellect*, Paris : Albin Michel.

Jacob, C. (2014a). « Les inscriptions », in *Qu'est-ce qu'un lieu de savoir ?*, Marseille : OpenEdition Press, « Encyclopédie numérique » [en ligne], DOI : https://doi.org/10.4000/books.oep.423

Jacob, C. (2014b). « Lieux de mémoire, lieux de savoir **»,** in *Qu'est-ce qu'un lieu de savoir ?*, Marseille : OpenEdition Press, « Encyclopédie numérique » [en ligne], DOI : https://doi.org/10.4000/books.oep.655

Jacob, C. (2014c). « Practical turn », in *Qu'est-ce qu'un lieu de savoir ?*, Marseille : OpenEdition Press, « Encyclopédie numérique » [en ligne], DOI : https://doi.org/10.4000/books.oep.653

Janas, H.-E. (1994). *Aspects historiques et évolutifs de la notion d'anorexie mentale et de ses stratégies thérapeutiques : revue de la littérature et analyse*, Thèse de médecine, Université de Lyon 1.

Jorland, G., Opinel, A., Weisz, G. (éds.), *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montreal & Kingston, London, Ithaca: McGill-Queen's University Press.

Joseph, C. (2018). « Des images typiques. L'anthropologie physique et la photographie aux États-Unis dans les années 1920-1930. *Gradhiva. Revue d'anthropologie et d'histoire des arts*, 27, [en ligne], DOI : https://doi.org/10.4000/gradhiva.3532

Julien, M.-P., Rosselin, C. (2009). *Le sujet contre les objets... tout contre : Ethnographies de cultures matérielles*, Lille : CTHS, Coll. « Orientations et méthodes ».

Julien, M.-P., Rosselin, C., & Warnier, J.-P. (2006). « Le corps : Matière à décrire », *Corps*, *1*(1), p. 45-52 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/corp.001.0045

Julien, M.-P., Voléry, I. (2019). « Présentation. Donner corps au temps. Les relations corps-temps en sociologie et en anthropologie », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 50-1, p. 5-22.

Julien, M.-P., Warnier, J.-P. (1999). *Approches de la culture matérielle. Corps à corps avec l'objet*, Paris : L'Harmattan, Coll. « Connaissance des hommes ».

Juston Morival, R. (2020). *Médecins légistes. Une enquête sociologique : Une enquête sociologique*, Paris : Presses de Sciences Po, Coll. « Académique ».

King, V., Gerisch, B., & Rosa, H. (éds.). (2018). *Lost in Perfection: Impacts of Optimisation on Culture and Psyche*, London: Routledge.

Knibiehler, Y. (1976). *Le discours sur la femme : Constantes et ruptures*, in *Romantisme*, n°13-14, p. 41-55 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/roman.1976.5051

Knibiehler, Y. (2004). « Modes de garde : Permanences et changements à travers l'histoire », *Spirale*, 30(2), p. 15-22 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/spi.030.0015

Knorr Cetina, K. (1995). « Laboratory Studies: The Cultural Approach to the Study of Science », in Jasanoff, S. (ed.), *Handbook of Science and Technology Studies*, Thousand Oaks: Sage.

Lachenal, G., Lefève, C., & Nguyen, V.-K. (2014). *La médecine du tri : Histoire, éthique, anthropologie*, Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Science, histoire et société ».

Lafortune, J.-M. (2007). « Les règles de l'ostentation : L'œuvre-phare de Veblen : source et guide de la sociologie du loisir », *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, 36, [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.537

Lalanne Berdouticq, A.-M. (2020). *Aptitude militaire et sélection médicale des recrues. France-Angleterre (1900-1918)*, Thèse de doctorat, Université Paris Nanterre.

Lalanne Berdouticq, A.-M. (2022). « La politique des indicateurs », *Histoire, médecine et santé*, 22, p. 105-122 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/hms.6183

Lalanne Berdouticq, A.-M. (2025). *Des hommes pour la guerre : La sélection médicale des soldats : France-Grande-Bretagne 1900-1923*, Paris : CNRS éditions, Coll. « Nationalismes et guerres mondiales ».

Lamy, J. (2022). « Le renouveau de l'histoire des instruments scientifiques », *Artefact. Techniques, histoire et sciences humaines*, 17, p. 9-38 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/artefact.13018

Landecker, H. (2007). *Culturing life: How cells became technologies*, Cambridge/ Massachusetts, London/England: Harvard University Press.

Landecker, H. (2017). « Metabolism, Autonomy, and Individuality », in Lidgard, S., Nyhart, L. (éds.), *Biological Individuality: Integrating Scientific, Philosophical, and Historical Perspectives* (pp. 225-248), Chicago: University of Chicago Press, Coll. « History of Science ».

Landecker, H., Panofsky, A. (2012). « From Social Structure to Gene Regulation, and Back : A Critical Introduction to Environmental Epigenetics for Sociology », *Annual Review of Sociology*, 39 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145707

Laqueur, T. (1992). *La fabrique du sexe : Essai sur le corps et le genre en Occident* (Gautier, M., trad.), Paris : Gallimard, Coll. « NRF Essais ».

Laroche, J. (2020). *Freud à Paris*, Hachette, Vérone éditions.

Latour, B. (1987). « Les "vues" de l'esprit », *Réseaux*, vol. 5, n°27, « Questions de méthode », p. 79-96 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/reso.1987.1322

Latour, B. (2011). *Pasteur : Guerre et paix des microbes. Suivi de Irréductions*, Paris : La Découverte, Coll. « Sciences humaines et sociales ».

Latour, B., Woolgar, S. (1996 [1979]). *La vie de laboratoire : La production des faits scientifiques* (Biezunski, M., trad.), Paris : La Découverte, Coll. « Sciences humaines et sociales ».

Law, J. (2019). *Material Semiotics*, The Open University, Milton Keynes, UK and Sámi Allaskuvla [en ligne]

URL : http://www.heterogeneities.net/publications/Law2019MaterialSemiotics.pdf (page consultée le 29/03/2025).

Law, J., Mol, A. (1995). « Régions, réseaux et fluides : l'anémie et la topologie sociale », *Réseaux,* 72-73(4), p. 195-218.

Le Bras, A. (2024). *Aliénés. Une histoire sociale de la folie au XIXe siècle*, Paris : CNRS Éditions.

Le Bras, H. (2003). « Les politiques de l'âge », *L'Homme,* 167-168(3), p. 25-48.

Le Breton, D. (2013). *Une brève histoire de l'adolescence*, J.-C. Béhar, Coll. « L'œil ».

Le Maléfan, P. (2011). « La psychothérapie naissante au sanatorium du Dr Sollier (1861-1933). À propos de Cam. S., délirante spirite », *Bulletin de psychologie*, n°516(6), p. 559-571 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/bupsy.516.0559

Lellouch, A. (2004). « Charcot, Freud et l'inconscient. Un nouveau paradigme médical est-il né à Paris, à la Salpêtrière, entre 1880-1890 ? », *Histoire des sciences médicales*, 4, p. 411-418.

Lemieux, C. (2012). « 2 – Problématiser », in Paugam, S. (dir.), *L'enquête sociologique* (pp. 27-51), Paris : Presses universitaires de France, Coll. « Quadrige ».

Leroi-Gourhan, A. (1977 [1965]). *Le Geste et la Parole, II. La Mémoire et les rythmes*, Paris : Albin Michel.

Lhuissier, A. (2007). *Alimentation populaire et réforme sociale : Les consommations ouvrières dans le second XIXe siècle*, Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Éditions Quae, Coll. « Natures sociales ».

Lhuissier, A. (2013). « Étudier les coutumes alimentaires françaises, dépister les insuffisances : Le Service des enquêtes nationales sur l'alimentation (1936-1941) », in Lhuissier, A., Maurice, A. & Depecker, T. (dir.), *La juste mesure : Une sociologie historique des normes alimentaires* (pp. 191-214), Tours : Presses universitaires François-Rabelais, Presses universitaires de Rennes, Coll. « Tables des Hommes ».

Lignier, W. (2012). *La petite noblesse de l'intelligence : Une sociologie des enfants surdoués*, Paris : La Découverte, Coll. « SH / Laboratoire des sciences sociales ».

Lloyd, S., Raikhel, E. (2014). « L'épigénétique environnementale et le risque suicidaire : Reconsidérer la notion de contexte dans un style de raisonnement émergent », *Anthropologie & Santé*, 9 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1568

Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue : La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris : Anthropos, Coll. « Sociologiques ».

Luc, J.-N. (1997). *L'invention du jeune enfant au XIXe siècle : De la salle d'asile à l'école maternelle*, Paris : Belin, Coll. « Histoire et Société - Temps Présents ».

Mahrer, R., Turin, G., & Zanardo, M. (2018). « La liste ou l'invention graphique », *Genesis. Manuscrits – Recherche – Invention*, 47, p. 7-11 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/genesis.3159

Maître, J. (1999). « Façons anorectiques d'être au monde : Anorexie mystique et anorexie mentale », *Socio-anthropologie*, 5, [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.53

Maître, J. (2000). *Anorexies religieuses, anorexie mentale : Essai de psychanalyse sociohistorique*, Paris : Les Éditions du Cerf, Coll. « Sciences humaines et religions ».

Majerus, B. (2011). « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses*, 82(1), p. 95-119.

Malaurie, C. (2003). *La carte postale, une œuvre : Ethnographie d'une collection*, Paris : L'Harmattan, Coll. « Psycho-logiques ».

Mandressi, R. (2003). *Le regard de l'anatomiste : Dissections et invention du corps en Occident*, Paris : Éditions du Seuil, Coll. « L'Univers historique ».

Mandressi, R. (2007). « Réseaux, généalogies, contrats : Collectifs savants », in Jacob, C. (dir.) *Lieux de savoir. Tome I : Espaces et communautés* (pp. 433-439), Paris : Albin Michel.

Marks, H. (1999). *La médecine des preuves : Histoire et anthropologie des essais cliniques : 1900-1990* (Bouillot, F., trad)., Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Marquer, B. (éd.). (2015). « 14. Édouard Toulouse, Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Émile Zola, Paris, Flammarion, 1896 », in *Savants et écrivains : Portraits croisés dans la France du XIXe siècle* (pp. 97-104), Arras : Artois Presses Université.

Mathieu, M., Rameau, P., & Ruault, L. (2017). « La maternité et le "travail reproductif" en questions », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/rsa.2127

Mauger, G. (2015). « IV. Âges de la vie : le cas de la jeunesse », in *Âges et générations* (pp. 73-98), Paris : La Découverte, Coll. « Repères ».

Mauss, M. (1993 [1934]). « Les techniques du corps, [extrait du Journal de Psychologie, XXXII, 3-4, 15 mars-15 avril 1936] », texte numérisé par Jean-Marie Tremblay, Coll. « Les classiques des Sciences Sociales » [en ligne] (page consulté le 31/03/2025) URL : https://classiques.uqam.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html.

Mayer, A. (2018). « Freud à Paris : Souvenirs du musée Charcot », in Clair, J. (dir.), *Freud. Du regard à l'écoute* (pp. 51-60), Paris : Gallimard.

Mayeur, F. (2002 [1990]). « L'éducation des filles : le modèle laïque », in Duby G., Perrot M. (dir.) *Histoire des femmes en Occident : Vol. tome 4 : le XIXe siècle* (pp. 281-301), Paris : Plon, Coll. « Tempus ».

Mazeron, A. (2020). « Énergie cérébrale et mémoire spirituelle », *Socio-anthropologie*, 42, p.107-121 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.7527

Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible* (C. Lefort, éd.), Paris : Gallimard.

Merllié, D. (1995). « Les travaux empiriques sur la mobilité sociale avant la Première Guerre mondiale », *Revue française de sociologie*, 36-1, p. 5-31 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.2307/3322309

Micale, M. S. (1993). « On the Disappearance » of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis », *Isis*, 84(3), p. 496-526.

Millepied, A.-C. (2020). « Visualiser l'endométriose. La construction de la vision professionnelle en radiologie », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 14(14-3) [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/rac.6867.

Millepied, A.-C. (2024). *Composer avec l'endométriose : parcours de femmes et travail médical aux prises avec une entité problématique*, Thèse de doctorat, EHESS.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*, Durham/London: Duke university press.

Molinier, P. (2016). *Charcot, le travail et l'hystérie virile. Une relecture des leçons du mardi à partir de la psychodynamique du travail* [en ligne] (page consulté le 31/03/2025) URL : https://hal.science/hal-03950210

Moreau, D. (2005). « "Dispositifs de sécurité" et épidémie de sida », *Labyrinthe*, 22, p. 101-110 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/labyrinthe.1038

Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris : La Dispute.

Moreno Pestaña, J. L. (2006). « Un cas de déviance dans les classes populaires : Les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires », *Cahiers d'Economie et de Sociologie Rurales*, 79, p. 67-95.

Moreno Pestaña, J. L. (2016). *La classe du corps : Morale corporelle et troubles alimentaires*, Pulim, Coll. « Sociologie & Science sociales ».

Moulin, S., Beaud, J.-P. (2017). « Quantification et mesure », in Bouchard, F., Doray, P. & Prud'homme, J. (éds.), *Sciences, technologies et sociétés de A à Z* (pp. 186-188), Montréal : Presses de l'Université de Montréal [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/books.pum.4341

Moulinié, V. (1998). *La chirurgie des âges : Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Coll. « Ethnologie de la France ».

Moutaud, B. (2015). « Un "alien" dans le cerveau. Expérience sociale de la maladie mentale et idiome naturaliste des neurosciences », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11, [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1879

Munz, H. (2019). « Fabriquer la visibilité », *Techniques & Culture*, nº71, p. 144-159 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/tc.11757

Nicolas, S., Ferrand, L. (2011). « La psychologie cognitive d'Alfred Binet », *L'Année psychologique*, 111(1), p. 87-116 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/anpsy.111.0087

Nourrisson, D. (2002). *Éducation à la santé : XIXe-XXe siècle*, Rennes : Éditions de l'Ecole nationale de la santé publique, Coll. « Santé, social, histoire ».

Nourrisson, D. (2004). « Manger à l'école : Une histoire morale », *Food and History*, 2(1), p. 227-240.

O'Connor, E. (1995). « Pictures of Health: Medical Photography and the Emergence of Anorexia Nervosa », *Journal of the History of Sexuality*, 5(4), p. 535-572.

Orme, N. (2003). *Medieval Children*, New Haven: Yale University Press.

Ottavi, D. (2000). « *De la psychologie de l'enfant à la pédagogie », Bulletin de psychologie,* t.53 nº449, « Quelle histoire pour la psychologie de l'enfant ? », p. 547-552 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/bupsy.2000.14947

Ottavi, D. (2009). *De Darwin à Piaget : Pour une histoire de la psychologie de l'enfant*, Paris : CNRS Éditions, Coll. « Philosophie et histoire des idées ».

Oudshoorn, N., Morel, G. (1998). « Hormones, technique et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) », *Annales*, 53(4), p. 775-793 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/ahess.1998.279697

Paillette, C., Griset, P., & Agid, Y. (2021). « Aux origines des neurosciences - L'héritage et les fondations, du XIXe siècle aux années 1940 », *médecine/sciences*, « Repères », 37(8-9) [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1051/medsci/2021121

Pancino, C. (2021). *« De morbis puerorum : les traités des maladies des enfants (XVIe XVIIIe siècle) »,* in Berthiaud, E., Léger, F. & van Wijland, J. (éd.). *Prévenir, accueillir, guérir : La médecine des enfants de l'époque moderne à nos jours* (pp. 29-40), Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Panese, F., Barras, V. (2008). « Médicalisation de la "vie" et reconfigurations médicales », *Revue des Sciences Sociales*, n°39, « Éthique et santé », p. 20-29.

Parayre, S. (2008). « L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : Vers la création d'une éducation à la santé », *Recherches & éducations*, 1, p.177-185

Parayre, S. (2019). « Des pratiques alimentaires qui renforcent à celles qui font grossir. Construction d'un problème de santé publique à l'école (xviiie-xxie siècles) », *La Pensée d'Ailleurs. Pour une reconstruction de la forme scolaire*, 1, p. 70-83.

Pécaud, D. (2016). « Énergie », in Zawieja, P. *Dictionnaire de la fatigue* (pp. 222-231), Librairie Droz, Coll. « Travaux de Sciences Sociales ».

Perrot, A. (2019). « Temps et corps en action », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 50-1, p. 137-155.

Perrot, M. (2001). *Les femmes ou Les silences de l'histoire*, Malesherbes : Flammarion, Coll. « Champs Histoire ».

Perrot, P. (1984). *Le travail des apparences ou Les transformations du corps féminin : XVIIIe-XIXe siècle*, Paris : Éditions du Seuil.

Piccand, L. (2015). « Mesurer la puberté. La médicalisation de l'adolescence, Suisse 1950-1970 », *Travail, genre et sociétés*, 34(2), p. 57-72.

Pigeard-Micault, N. (2013). « « Nature féminine » et doctoresses (1868-1930) », *Histoire, médecine et santé*, 3 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/hms.507

Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris : Éditions Métailié.

Pinell, P. (2005). « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1-2), p. 4-36 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/arss.156.0004.

Pinell, P. (2009). « La genèse du champ médical : Le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50(2), p. 315-349 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rfs.502.0315

Pitrou, P. (2016). « Processus, configurations agentives et cosmobiopolitique », *Les actes de colloques du musée du quai Branly Jacques Chirac*, 6 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/actesbranly.677

Pitrou, P. (2019). « Figuration, Configuration, Reconfiguration. Le vivant entre métonymie et métaphore », *Cahiers d'anthropologie sociale*, 19(2), p. 13-33 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/cas.019.0013

Pitrou, P. (2020). « La vitalité du végétal révélée par la technique », in Castro, T., Pitrou, P. & Rebecchi, M. (éds.) *Puissance du végétal et cinéma animiste – La vitalité révélée par la technique* (pp. 11-39), Dijon : les presses du réel.

Pitrou, P. (2022). *Les anthropologues et la vie*, Éditions Mimésis, Coll. « Philosophie ».

Pitrou, P. (2024). *Ce que les humains font avec la vie*, Paris : Presses universitaires de France, « Hors collection ».

Poujol, G. (2005). « Éducation populaire : Une histoire française », *Hermès, La Revue*, 42(2), p. 126-130 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4267/2042/8993

Prescott, H. M. (1998). *A doctor of their own: The history of adolescent medicine*, Cambridge/Massachusetts, London/England : Harvard University Press.

Rabinbach, A. (1992 [1990]). *The human motor: Energy, fatigue, and the origins of modernity*, Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

Raz, M. (2019). *La production des évidences sur l'intersexuation : Savoirs et pratiques médicales autour de l'hyperplasie congénitale des surrénales (France, 1950-2018)*, Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales.

Renaudet, I. (2011a). « Diffusion des pratiques médicales et stratégies de promotion professionnelle à travers l'exemple de la Revue de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (1912-1940) », *El Argonauta español. Revue bilingue, franco-espagnole, d'histoire moderne et contemporaine consacrée à l'étude de la presse espagnole de ses origines à nos jours (XVIIe-XXIe siècles)*, *8*, [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/argonauta.169

Renaudet, I. (2011b). « Introduction : Médecine et presse médicale en Espagne : entre les savoirs et les pouvoirs (XIXe siècle-premier tiers du XXe siècle) », *El Argonauta español. Revue bilingue, franco-espagnole, d'histoire moderne et contemporaine consacrée à l'étude de la presse espagnole de ses origines à nos jours (XVIIe-XXIe siècles)*, 8, [en ligne] DOI : https://journals.openedition.org/argonauta/81

Rennes, J. (2013). *Femmes en métiers d'hommes : Cartes postales, 1890-1920* (Perrot, M. postface), Saint-Pourçain-sur-Sioule : Édition Bleu autour.

Rennes, J. (2019a). « Âge biologique versus âge social : Une distinction problématique », *Genèses*, 117(4), p. 109-128 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/gen.117.0109

Rennes, J. (2019b). « Déplier la catégorie d'âge. Âge civil, étape de la vie et vieillissement corporel dans les préjudices liés à l'"âge" », *Revue française de sociologie*, 60(2), p. 257-284 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rfs.602.0257

Renneville, M. (2004). « Aliénisme », in *Dictionnaire d'histoire de la pensée médicale,* Lecourt, D. (dir.) (pp. 26-29), Paris : Presses universitaires de France.

Ripert, A., Frère-Michelat, C., Forestier, S. (éd.) & Borie-Perez, G. (ill.) (1983). *La carte postale : Son histoire, sa fonction sociale*, Lyon, Paris : Presses universitaires de Lyon, Éditions du CNRS.

Rochefort, F. (2007). *Le pouvoir du genre : Laïcités et religions 1905-2005*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail, Coll. « Le temps du genre ».

Rollet, C. (2001). La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920) *Annales de démographie historique*, 101(1), p. 97-116 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/adh.101.0097

Rollet, C. (2005). « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : Une affaire publique ou privée ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 129-156 [en ligne] DOI : 10.3917/rfas.053.0129

Rollet, C. (2008). *Les carnets de santé des enfants*, Paris : La Dispute, Coll. « Corps Santé Société ».

Rollet, C. (2015). « La Révolution française aurait-elle contribué à avancer l'âge à la puberté des filles ? », *Ethnologie française*, 45(4), p. 607-620.

Rollet, C. (2017). « Ligue contre la mortalité infantile et Alliance pour l'accroissement de la population française : Deux familles de pensée et d'actions ? », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 10(1), p. 161-177 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rhps.010.0161

Rose, N. (2006). *The Politics of Life Itself, Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton: Princeton University Press.

Rossi, I. (2007). *Prévoir et prédire la maladie : De la divination au pronostic*, Aux lieux D'être.

Ruelle, C. (2005). « Population, milieu et normes », *Labyrinthe*, 22(3) [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/labyrinthe.1031

Sagaert, C. (2015). *Histoire de la laideur féminine*, Paris : Imago.

Salle, M. (2017). « L'autre du sexe », *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 9, p.75-89 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/socio.3025

Sandras, A., Musée d'histoire de la médecine. (2024). *L'enfance aliénée sous l'œil du docteur Bourneville*, Musée d'Histoire de la Médecine de l'université Paris Cité.

Saraceno, M. (2014a). « De la mesure du corps à la politique des corps : Une histoire des sciences du travail (1880-1920) », *Bulletin de psychologie*, n°531(3), p. 253-256. DOI : https://doi.org/10.3917/bupsy.531.0253

Saraceno, M. (2014b). « Volonté, effort et valeur : La psychophysiologie du travail dans la réflexion économique de Georges Sorel », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 32(1), p. 69-92 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/mnc.032.0069

Saraceno, M. (2018). *Pourquoi les hommes se fatiguent-ils ? : Une histoire des sciences du travail (1890-1920)*, Toulouse : Octarès éditions.

Saraceno, M. (2019). « Mesure et valorisation du travail du corps dans le capitalisme de plateforme », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 158-159, p.79-102 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/jda.8664

Sautereau, M. (1991). « Aux origines de la pédiatrie moderne : Le Docteur Léon Dufour et l'oeuvre de la "Goutte de lait" (1894-1928) », *Annales de Normandie*, 41(3), p. 217-233.

Schaffer, S. (2015). « Les cérémonies de la mesure : Repenser l'histoire mondiale des sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 70(2), p. 409-435.

Schilder, P. (2017). « L'image du corps », *Socio-anthropologie*, *35*, p. 159-168 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.2606

Schlegel, V. (2016). « Isabelle Cavé, État, santé publique et médecine à la fin du XIXe siècle français », *Lectures* [en ligne] (page consultée le 31/03/2025) URL : https://journals.openedition.org/lectures/21020

Schmitt, J.-C. (2007). « L'invention de l'anniversaire », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 62e année (4), p. 793-835.

Scodellaro, C., Pan Ké Shon, J.-L., & Legleye, S. (2013). « Faire face aux tensions mentales à l'adolescence : le cas de l'anorexie mentale et de la boulimie », in Legrand, M., Voléry, I. (éds.), *Genre et parcours de vie : vers une nouvelle police des corps et des âges ?* (pp. 77-94.), Nancy : Presses universitaires de Nancy, Éditions universitaires de Lorraine.

Scodellaro, C., Pan Ké Shon, J.-L., & Legleye, S. (2017). « Troubles dans les rapports sociaux : Le cas de l'anorexie et de la boulimie », *Revue française de sociologie*, 58(1), p. 7-40 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/rfs.581.0007

Scott, J. W. (2002 [1990]). « La travailleuse », in Duby G., Perrot M. (dir.) *Histoire des femmes en Occident, tome 4 : le XIXe siècle* (pp. 479-512), Paris : Plon, Coll. « Tempus ».

Segalen, M. (2010). *À qui appartiennent les enfants ?*, Paris : Tallandier, « Hors collection ».

Seignan, G. (2013). « La physiologie de la pensée du XVIIIe siècle au début du XXe : De la dissipation des "esprits" aux mutations caloriques », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, 20(1), p. 79-101 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/bhesv.201.0079

Sekula, A. (1986). « The body and the archive », *The MIT Press*, vol.39 (Winter), p. 3-64 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.2307/778312

Shorter, E. (1981). « L'âge des premières règles en France, 1750-1950 », *Annales*, 36(3), p. 495-511 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/ahess.1981.282759

Shorter, E. (1982). *A history of women's bodies*, Harmondsworth : Penguin Books.

Shorter, E. (1987). « The First Great Increase in Anorexia Nervosa », *Journal of Social History*, 21(1), p. 69-96.

Sigaut, F. (2003). « La formule de Mauss », *Techniques & Culture*, 40 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/tc.1538

Sinding, C. (2007). Naissance d'une biopolitique des médicaments. La fabrication de l'insuline (1922-1925), in Jacob, C. (dir.), *Lieux de savoir, tome I : espaces et communautés* (pp. 483-505), Paris : Albin Michel.

Sirota, R. (2006b). « Prendre au sérieux un rite de l'enfance : L'anniversaire », in *Éléments pour une sociologie de l'enfance* (pp. 51-59), Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Le sens social ».

Sirota, R. (dir.) (2006a). *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Le sens social ».

Stébé, J.-M. (2016). « Chambre à coucher », in Zawieja, P. *Dictionnaire de la fatigue* (pp. 153-161), Librairie Droz, Coll. « Travaux de Sciences Sociales ».

Steedman, C. (1995). *Strange Dislocations: Childhood and the Idea of Human Interiority*, London: Virago Press.

Stengers, J., Van Neck, A. (1998). *Histoire d'une grande peur : La masturbation*, Le Plessis-Robinson : Synthélabo.

Stiegler, B. (2019). *Il faut s'adapter. Sur un nouvel impératif politique*, Paris : Gallimard, Coll. « NRF Essais ».

Tabet, P. (1979). « Les Mains, les outils, les armes », *L'Homme*, 19(3), p. 5-61 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/hom.1979.367998

Tabet, X. (2018). « "Costrutto diversamente dagli altri" : Criminalité, atavisme et race chez Lombroso », in Aramini A., Bovo, E. (éds.), *La pensée de la race en Italie : Du romantisme au fascisme* (pp. 101-120), Besançon : Presses universitaires de Franche-Comté.

Tabuteau, D. (2010). « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 26(1), p. 103-121 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/seve.026.0103

Taylor, A. (2013). « Introduction », *Reconfiguring the Natures of Childhood* (pp. xiii-xxiii), London: Routledge.

Tersigni, S. (2019). « Domestiquer le hasard ou légitimer le social par le biologique au rythme de la métrique staturale enfantine », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 50-1, p.23-44.

Théry, I. (2007). *La distinction de sexe : une nouvelle approche de l'égalité ?*, Paris : Odile Jacob.

Thiercé, A. (1996). «" De l'école au ménage" : Le temps de l'adolescence féminine dans les milieux populaires (IIIe République) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 4 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/clio.433

Thiercé, A. (1999). *Histoire de l'adolescence : 1850-1914*, Paris : Belin.

Thiesse, A. M. (1999). *La création des identités nationales : Europe XVIIIe-XXe siècle*, Points, Coll. « Histoire ».

Topalov, C. (dir.) (1999). *Laboratoires du nouveau siècle : La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Touraille, P. (2008). *Hommes grands, femmes petites : Une évolution coûteuse*, Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, « Hors collection »

Touraille, P. (2011a). « L'indistinction sexe et genre, ou l'erreur constructiviste », *Critique*, 764-765(1), p. 87-99.

Touraille, P. (2011b). « Déplacer les frontières conceptuelles du genre », *Journal des anthropologues*, 124-125, p. 49-69.

Turmel, A. (2006). « De la fatalité de penser la maturation en termes de développement : Quelques réflexions », in Sirota, R. (éd.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance* (pp. 63-72), Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Le sens social ».

Turmel, A. (2013). *Une sociologie historique de l'enfance. Pensée du développement, catégorisation et visualisation graphique*, Laval : Presses de l'Université Laval.

Turmel, A. (s. d.). *The coming out of Childhood Studies : Between nature, generations, bio-politics and categorization*, [en ligne] (page consultée 12/10/2023) URL : à l'adresse https://www.academia.edu/37559406/The_coming_out_of_Childhood_Studies_between_nature_generations_bio_politics_and_categorization.

Valois, P. (2021). *L'éveil des sens. : Histoire médicale de la puberté (1750-1850)*, Thèse de doctorat, Université d'Angers.

Van de Velde, C. (2015). *Sociologie des âges de la vie*, Paris : Armand Colin, Coll. « 128 ».

Van Gennep, A. (1909 [1981]). *Les rites de passage. Etude systématique des rites.* Numérisation du texte par Toussaint, R. (Réimpression de l'édition de 1909 Émile Nourry, augmentée en 1969, Mouton and Co et Maison des Sciences de l'homme. Paris : Éditions A. et J. Picard, 1981) Québec, Coll. « Les classiques des sciences sociales ».

Vandereycken, W., Habermas, T., van Deth, R., & Meermann, R. (1991). « German publications on anorexia nervosa in the nineteenth century », *International Journal of Eating Disorders*, 10(4), p. 473-490.

Vandereycken, W., van Deth, R. (1989). « Who was the first to describe anorexia nervosa : Gull or Lasègue? », *Psychological Medicine*, 19(4), p. 837-845 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1017/s0033291700005559

Vatin, F. (1990). *L'industrie du lait : Essai d'histoire économique*, Paris : L'Harmattan, Coll. « Logiques économiques ».

Vautrin, G. (2018). « Chapitre 7. La Troisième République - Age d'or de la vulgarisation », in *Histoire de la Vulgarisation Scientifique Avant 1900* (pp. 249-375), EDP, Coll. « Sciences Histoire / Sciences History ».

Veblen, T. (1970 [1899]). *Théorie de la classe de loisir*, (Evrard, L., trad.), Paris : Gallimard, Coll. « Tell ».

Verdier, Y. (1979). *Façons de dire, façons de faire : La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris : Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences Humaines ».

Vial, M. (1990). *Les enfants anormaux à l'école : Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris : Armand Colin, Coll. « Bibliothèque européenne des sciences de l'éducation ».

Vial, M. (1998). « *Enfants handicapés, du XIXe au XXe siècle »*, in Becchi, E., Julia, D., *Histoire de l'enfance en occident. Du XVIIIe siècle à nos jours*, Tome II (pp. 331-357), Paris : Éditions du Seuil.

Vigarello, G. (1978). *Le corps redressé : Histoire d'un pouvoir pédagogique*, Éditions du Félin, Coll. « Histoire et Société ».

Vigarello, G. (1999). *Histoire des pratiques de santé : Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris : Éditions du Seuil, Coll. « Histoire (H. C.) ».

Vigarello, G. (2007). *Histoire de la beauté : Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*, Points, Coll. « Histoire ».

Vigarello, G. (2020). *Histoire de la fatigue : Du Moyen Age à nos jours*, Paris : Éditions du Seuil, Coll. « L'Univers historique ».

Vigarello, G. (2022). « Introduction », Revue STAPS, P. Boyer, G. Bruant, N. Midol, A. Rauch (dir.), « Anthropologie des techniques du corps » (1984), in Bert, J.-F., *Lire « Les techniques du corps », relire Marcel Mauss* (pp. 203-210), Paris : Éditions de la Sorbonne.

Vilhem, S. (2024a). *Anorexie mentale, déconstruire un concept pour repenser les soins : Une approche historique et anthropologique*, Thèse de doctorat, Université Paris Cité.

Vilhem, S. (2024b). « Redefining Anorexia Nervosa and Its Causes to Rethink Its Care», *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 26(1), p. 3-31 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1891/EHPP-2023-0009

Vinel, V. (2014a). « Controverses médicales autour de la puberté : Précocité féminine et invisibilité masculine », *Revue des sciences sociales*, 51 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/revss.3402

Vinel, V. (2014b). « De la naturalisation des différences de genre à l'individualisation des corps : Regards de professionnels de santé sur la puberté », in Sinigaglia-Amadio, S. (dir.), *Enfance et genre. De la construction des rapports de genre et ses conséquences*, Nancy : Presses Universitaires de Lorraine.

Vitkus, A., Arend, A., Puusepp, M., Aunapuu, M. & Siudikas, V. (2016). « Biography of Professor Eber Landau and his contribution to anthropology, anatomy and neurology at the

universities in Estonia, Lithuania and Switzerland », *Papers on Anthropology*, XXV/2, p. 87-97.

Voléry, I. (2020). « Introduction: What Measuring Means », in Voléry, J., Julien, M.-P. (dir.) *From Measuring Rods to DNA Sequencing. Assessing the Human* (pp. 1-29), New-York, London: Palgrave Macmillan.

Voléry, I. (2021). « Conclusion : Les tensions naturalités-artificialités dans les pratiques contemporaines de médicalisation des âges », in Voléry, I., Balard, F. (dir.) *La médicalisation des âges en France* (pp. 175-184), Nancy : Presses universitaires de Nancy, Presses universitaires de Lorraine.

Voléry, I., Balard, F. (dir.) (2021). *La médicalisation des âges en France*, Nancy : Presses universitaires de Nancy, Presses universitaires de Lorraine.

Vollaire, L. (1976). « La carte postale n'est pas un gadget », *Communication et langages*, n°31, p. 87-104 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3406/colan.1976.4324

Von Bueltzingsloewen, I. (2013). « Quel(s) malade(s) pour quel asile ? Le débat sur l'internement psychiatrique dans la France de l'entre-deux-guerres », in Tison, S., Guignard, L. & Guillemain H. (dir.), *Expériences de la folie : Criminels, soldats, patients en psychiatrie. XIXe-XXe siècle* (pp. 263-274), Rennes : Presses universitaires de Rennes, Coll. « Histoire ».

Von Bueltzingsloewen, I. (2011). « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, 82, p. 52-74.

Vulbeau, A. (2010). « Contrepoint—Centralisation et décentralisation », *Informations sociales*, 162(6), p. 21 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.3917/inso.162.0021

Walin, M. (2023). « De "l'impuissance nerveuse" à "l'impuissance psychique" », *Histoire, médecine et santé*, 23, p. 19-34 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/hms.6446

Warin, M. (2005). « Transformations of Intimacy and Sociality in Anorexia: Bedrooms in Public Institutions », *Body & Society*, 11(3), p. 97-113 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1177/1357034X05056193

Warnier, J.-P. (2009). « Les technologies du sujet. Une approche ethno-philosophique », *Techniques & Culture*, 52-53(2-3), p. 148-167 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.4000/tc.4853

Williams, E. A. (2010). « Gastronomy and the Diagnosis of Anorexia in Fin-de-Siècle France », in Forth C. E., Accampo, E. (éds.), *Confronting Modernity in Fin-de-Siècle France: Bodies, Minds and Gender* (pp. 90-111), Palgrave Macmillan UK.

Wilson, S. (2014). « The Iconography of Anorexia Nervosa in the Long Nineteenth Century », in Scott, F., Chung, F. W. & Scarth, K. (éds.), *Picturing Women's Health* (pp. 77-104), Pickering & Chatto.

Wouters, C. (2007). *Informalization. Manners and Emotions since 1890*, London: Sage.

Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton: Princeton University Press.

Notices et biographies

« Archives » (2011). *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1, n°109, p. 213-220 [en ligne] (page consultée le 26/03/2024) Url : https://www-cairn-info.acces-distant.bnu.fr/revue-vingtieme-siecle-revue-d-histoire-2011-1-page-213.htm

Bouhallier, G. (2021). « Lit », in Hervé Guillemain (dir.), *DicoPolHis*, Le Mans Université [en ligne] (page consultée le 23/04/2025) Url : https://dicopolhis.univ-lemans.fr/fr/dictionnaire/l/lit.html

Brossolet, J. (2025a). « Biographie de Baer Karl Ernst Von », *Encyclopeadia Universalis* [en ligne] (page consultée le 11/04/2024) Url : https://www.universalis.fr/encyclopedie/karl-ernst-von-baer/

Brossolet, J. (2025b). « Biographie de Jules-Joseph Déjerine (1849-1917) », Encyclopædia Universalis [en ligne] (page consultée le 31/03/2025) Url : https://www.universalis.fr/encyclopedie/jules-joseph-dejerine/

Gachelin, G. (2013). « Thyroxine ou tétraiodothyronine (T4) », *Encyclopédia Universalis* [en ligne] (page consultée le 11/09/2024) Url : https://www.universalis.fr/encyclopedie/thyroxine-tetraiodothyronine-t4/

Samuel-Hervé, A. (2020). « Petite histoire du laurier-rose », Le blog Gallica, publié le 25/06/2020 [en ligne] (page consultée le 26/08/2024) Url : https://gallica.bnf.fr/blog/25062020/petite-histoire-du-laurier-rose?mode=desktop

Tiberghien, D. (2021). « Honoré Saury (1854-1924) : membre de la Société Médico-Psychologique (1886) et médecin directeur à la maison de santé de Suresnes fondée par Gustave Bouchereau (1835-1900), Gustave Lolliot (1835-1882) et Valentin Magnan (1833-1916) en 1875 », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 19/6, juin, p. 563-572 [en ligne] DOI : https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.04.005

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1. Planche photographique de Mlle V. (1892) 128
Illustration 2. Planche photographique : « Émaciation dans l'anorexie hystérique » (1894) 129
Illustration 3. Planche photographique d'un cas d'anorexie mentale (1913) 129
Illustration 4. Planche photographique d'un cas de phymatose consécutif à de l'anorexie mentale (1913) 130
Illustration 5. Photographies en pied. Anorexie primitive, avant traitement (1900) 130
Illustration 6. Photographies en pied. Anorexie primitive, après traitement (1900) 131
Illustration 7. Photographie en pied de face et de dos d'un cas d'anorexie hystérique 136
Illustration 8. Portrait photographique de dos de Julie R. avant et après le traitement (1894) 141
Illustration 9. Extrait d'un tableau de poids en livres de Mlle X. 150
Illustration 10. Tableau de poids de Mlle C. par Georges Noguès (1913) 150
Illustration 11. Tableau de mensurations d'une anorexique traitée à la maison de santé d'Épinay-sur-Seine par le Dr Tarrius en 1910 151
Illustration 12. Tableau descriptif d'hystériques présentant des troubles nerveux depuis de début de l'adolescence 164
Illustration 13. Graphique de mesures physiologiques prises chez une hystérique 198
Illustration 14. Espace de notation du poids durant les premières semaines (1898) 221
Illustration 15. Tableau des rapports entre l'âge, le poids et la taille selon le sexe (1898) .. 222
Illustration 16. Livret sanitaire : tableaux de croissance (1923) 222
Illustration 17. Courbe de poids d'un enfant anorexique 224
Illustration 18. Tableau d'alimentation infantile 227
Illustration 19. Encart publicitaire « Poudre de viande de Trouette-Perret » 234
Illustration 20. Encart publicitaire pour la « Phosphatine Falières » 234
Illustration 21. Exemple d'encart publicitaire pour la « Farine lactée Nestlé » (1903) 236
Illustration 22. Deux diagrammes dessinés avec le cyrtomètre 255
Illustration 23. Série de tailles et de poids d'écoliers mosellans (1931) 259
Illustration 24. Série de tailles d'écolières de Moselle (1931) 259
Illustration 25. Courbes de taille chez les filles et les garçons, de sept à vingt ans 261
Illustration 26. Tableau de croissance (taille, poids) et du taux d'écart à la norme – cas d'Hélène 270
Illustration 27. Tableau de croissance (taille, poids) et du taux d'écart à la norme – cas de Denise 270
Illustration 28. Âge moyen d'éruption des dents 287
Illustration 29. Encart publicitaire pour la « Menstrualine » (1922) 299
Illustration 30. Encart publicitaire pour l'« Hémopausine » (1921) 299
Illustration 31. Feuille de traitement du 28 septembre au 12 novembre (1928) 332
Illustration 32. Feuille d'observation du 5 octobre au 19 novembre (1928) 333
Illustration 33. Alimentation d'une anorexique pendant son séjour (1) 342
Illustration 34. Alimentation d'une anorexique pendant son séjour (2) 342
Illustration 35. Exemples de sondes œsophagiennes en gomme (1925) 344
Illustration 36. Publicité pour l'établissement médical de Meyzieux (1909) 359
Illustration 37. Recto d'une carte postale envoyée au Dr Sénac-Lagrange (1907) 363
Illustration 38. Maison de santé municipale, carte postale éditée par Ernest Le Deley (1890-1920) 364

Illustration 39. Cartes de la maison municipale de santé (cité Milton, Paris), éditée par Ernest Le Deley (années 1910)..... 365
Illustration 40. Le « Petit pavillon » de la « Villa Beauséjour », maison de santé d'Épinay-sur-Seine..... 366
Illustration 41. Plan illustré de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine et de son jardin (1898) 367
Illustration 42. Salon de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil (XXe)..... 369
Illustration 43. Extérieur de la « Villa les Béatus », Épinay-sur-Seine (avant 1920)..... 369
Illustration 44. Équipe professionnelle d'une maison de santé parisienne (photo éditée entre 1898 et 1940)..... 370
Illustration 45. Équipe clinique de la maison de santé des Drs Bonnet et Logez-Duc (avant 1920)..... 371
Illustration 46. Jardin de la maison de régime « Villa Borghèse » (1900)..... 374
Illustration 47. Extérieur d'un chalet de la maison hydrothérapique d'Auteuil (1915) 374
Illustration 48. Dortoir du pavillon Saint-Jean-Baptiste, maison de santé d'Épinay-sur-Seine 376
Illustration 49. Réclame pour la « Névrosthénine Freyssinge » (1925)..... 377
Illustration 50. Chambre individuelle, établissement hydrothérapique d'Auteuil (XXe) 378

INDEX DES PATHOLOGIES ET AFFECTIONS MÉDICALES

anorexie
  cachectique : 242
  cérébrale : 328
  de la grossesse : 245, 483
  de la puberté : 243, 426, 477
  des adolescent·es : 169, 249, 315, 324, 428, 476
  des enfants : 219, 304, 425, 474
  des nourrissons : 26, 36, 52, 218, 219, 220, 223, 233, 235, 237, 249, 285, 322, 323, 352, 398, 422, 479
  des vierges : 180
  dyspeptique : 323
  gastrique : 199, 200, 201, 472
  hystérique : 23, 36, 52, 78, 120, 121, 122, 128, 129, 136, 139, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 153, 166, 169, 182, 185, 194, 200, 204, 218, 240, 304, 318, 320, 330, 347, 349, 354, 373, 381, 391, 393, 394, 395, 396, 404, 406, 409, 420, 424, 426, 427, 428, 429, 430, 437, 473, 474, 475, 476, 484, 485, 486, 487, 581
  infantile : 35, 219, 237, 266, 285, 322
  intraitable : 330
  juvénile : 328
  masculine : 409, 431
  mentale : 14, 16, 23, 28, 43, 77, 106, 113, 117, 120, 121, 126, 129, 130, 135, 137, 138, 139, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 168, 169, 184, 203, 204, 218, 242, 244, 264, 267, 268, 270, 291, 292, 293, 295, 296, 304, 307, 317, 318, 320, 321, 322, 323, 327, 330, 334, 335, 337, 341, 342, 345, 346, 347, 349, 350, 353, 354, 359, 373, 379, 381, 384, 386, 387, 391, 396, 399, 410, 419, 420, 422, 425, 426, 427, 428, 430, 431, 432, 449, 452, 454, 459, 472, 474, 476, 477, 478, 479, 487, 488, 491, 492, 494, 495, 496, 497, 499
  nerveuse : 27, 78, 173, 294, 317, 323, 326, 330, 338, 407, 436, 473, 476, 483, 506, 510
  phtisique : 395
  primaire/primitive : 143
  psychasthénique : 147, 166, 425, 428, 475
  psychique : 267, 270, 318, 335, 381, 422, 479, 494, 495
  rebelle : 336
  secondaire : 473
  sociale : 168
  vraie : 168, 295
anormalités
  arriération : 84, 105, 161, 284, 394
  débilité : 160, 325, 358, 360, 536
  idiotie : 133, 283, 284, 310, 325, 358, 360, 361, 366, 420
  juvénilisme : 300
  rachitisme : 97, 230, 268, 271, 275, 294, 326
  retard de croissance : 263, 271
cachexie: 45, 166, 179, 291, 292, 293, 419, 430, 479
  endocrinienne : 292
  hypophysaire : 291, 292, 293, 419, 479
chlorose: 176, 178, 179, 239, 240, 247, 339, 424, 425, 426
  anémie : 120, 157, 176, 179, 204, 229, 230, 239, 326, 337, 338, 339, 410, 421, 422, 424, 453
  chlorose pubertaire : 240
troubles de la conduite: 159
  comportements anorexiques : 172, 201, 237, 284, 319, 398
  comportements hystériformes : 315
  masturbation : 119, 418, 460
  onanisme : 119, 161, 178, 179
troubles menstruels : 300
  aménorrhée : 13, 121, 140, 152, 175, 277, 278, 293, 294, 302, 361, 410, 471
  dysménorrhée : 121, 175, 278, 293, 298
  ménarche (retard, absence) : 107, 176, 277, 278, 279, 280, 298, 302
  ménopause : 98, 107, 175, 180, 296, 298, 300, 302, 424, 443, 445
dégénérescence : 85, 86, 89, 123, 125, 126, 137, 139, 140, 160, 167, 186, 191, 194, 205, 211, 213, 214, 217, 238, 241, 244, 246, 283, 304, 361, 372, 375, 394, 396, 402, 403, 404, 406, 471
dépression
  mélancolique : 166
  mentale : 159, 293
  psychique : 166
faiblesse
  chétivité : 233, 257, 273, 274, 327, 361, 438
  faiblesse de constitution : 257
  faiblesse physique : 239, 247, 338
  fatigues : 176, 238, 240, 242, 246, 247, 249, 258, 272, 298, 339, 383
  malingre : 255, 257, 273, 274
glycémie
  hyperglycémie : 339
  hypoglycémie : 292, 339
hérédité
  hérédité hystérique : 225
  hérédité morbide : 34, 140, 191, 396
  troubles héréditaires : 31, 34, 140, 167, 169, 171, 181, 191, 240, 285, 398

hystérie : 15, 26, 27, 45, 61, 80, 113, 116, 120, 127, 128, 144, 145, 146, 147, 153, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 179, 182, 184, 185, 188, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 211, 218, 219, 242, 245, 247, 275, 312, 313, 314, 315, 316, 319, 320, 336, 343,346, 384, 393, 395, 406, 417, 418, 419, 426, 427, 429, 430, 437, 440, 455, 471, 472, 473, 474, 475, 482, 483, 528, 529
hystérie anorexique : 202
hystérie gastrique : 113, 116, 120, 144, 185, 199, 201, 211, 319, 343, 419, 429, 437, 472, 475, 482
infantile : 163, 164, 165, 218, 219, 417, 440
sitiergie hystérique : 117, 145, 150
vomissements hystériques : 343, 426, 488
maigreur
amaigrissement : 13, 41, 45, 121, 122, 231, 267, 270, 289, 291, 294, 295, 302, 316, 331, 338, 393, 422, 429, 478, 493
maigreur anorexique : 119, 292
maigreurs hypophysaires : 293
maladie mentale
aliénation mentale : 46, 55, 56, 61, 79, 158, 160, 181, 292, 310, 311, 343, 355, 356, 366, 372, 379, 383, 418, 419, 420, 434, 451, 480, 486, 536
hébéphrénie : 106
hypochondrie : 143, 336
manies : 26, 45, 74, 79, 181, 340
mélancolie : 45, 116, 181, 183, 384, 471
obsessions : 159, 212
phobies : 45, 159, 346, 485
maladies infectieuses : 151
fièvre : 152, 178, 422, 490
tuberculose/phtisie : 79, 152, 172, 175, 178, 179, 215, 232, 246, 257, 273, 335, 343, 355, 422, 426, 432
variole : 157, 178
maladies nerveuses
épilepsie : 153, 160, 179, 245, 536, 245, 247, 355, 426, 527, 536
neurasthénie : 241, 242, 245, 246, 247, 336, 381, 384, 398, 417, 471, 490
névropathie : 144, 145, 147, 185, 200, 322, 323, 384, 455, 483
névrose : 163, 164, 165, 179, 200, 241, 242, 244, 358, 372, 380, 381, 419, 427
psychonévrose : 137, 243, 347, 417, 424, 475, 476
psychopathes légers : 46, 372, 382
surmenage
surmenage : 246
surmenage : 42, 246, 249, 436
syndrome de Simmonds : 14, 291, 292, 293, 295, 300, 339, 399, 429, 430, 431, 477, 479, 496, 497
traumatismes : 162, 171, 245, 398
attentats sexuels : 245
mort d'un parent : 171
troubles alimentaires
carences : 237, 479
diabète : 178, 214, 294, 412, 423, 424
malnutrition : 215, 217, 236, 294
obésité : 214, 294, 427, 450
refus alimentaires : 16, 26, 45, 46, 79, 116, 183, 284, 336, 340, 348, 351, 428, 429, 472, 475
scorbut : 236, 237, 423
sous-alimentation : 223, 230, 231, 422
troubles digestifs
douleurs gastriques : 143, 144, 145, 173, 346, 350
dyspepsie : 27, 143, 145, 146, 178, 350, 424, 471, 480, 488
dyspepsie de Leube : 146
dyspepsie nerveuse : 145, 146, 424
gastropathie : 144, 315, 335, 381, 425, 426, 476
vomissements incoercibles : 347, 426, 477
troubles du développement
hypertrophie staturale : 269, 278
hypotrophie pondérale : 267, 270, 271, 275, 289, 291, 300, 331, 422, 478, 493
spermatorrhée : 178, 179
troubles de la nutrition : 27, 377
troubles de la volonté : 185, 200

INDEX DES NOMS PROPRES

Amiable, Louis : 102, 428
Arnozan, Xavier : 230, 428
Ausset, Ernest : 54, 226, 227, 228, 229, 230, 234, 284, 421
Azam, Eugène : 201, 417
Babinski, Joseph : 180, 384, 417
Ballet, Gilbert : 60, 241, 292, 327, 418, 475
Barbé, André : 348, 428, 474, 483
Bergougnian, Louis : 27, 326, 421, 474
Bérillon, Edgar : 169, 315, 324, 428, 474, 475
Bernard, Claude : 214
Bernheim, Hippolyte : 313, 314, 380, 419, 428, 474, 476
Bertillon, Alphonse : 26, 131, 382, 443, 505, 510
Bézy, Paul : 163, 164, 165, 218, 275
Binet, Alfred : 359, 360, 382, 419, 428
Boas, Frantz : 132
Bourneville, Désiré-Magloire : 133, 142, 283, 358, 366, 447, 459, 511, 512
Brès, Madeleine : 24, 235, 417
Brissaud, Édouard : 60, 118, 128, 132, 133, 141, 170, 316, 340, 357, 428, 472, 482, 483
Broca, Paul : 252, 253, 283, 417, 420, 421, 526, 536
Brouardel, Paul : 195
Budin, Pierre : 226
Buffet-Delmas, Dr : 52, 220, 223, 224, 225, 226, 229, 235, 285, 421, 427, 430, 476, 487
Buffon, Georges : 253
Burq, Victor : 312
Buvat, Dr : 166, 292, 425, 428, 474
Camus, Jean : 336, 417
Capuron, Joseph : 70, 71, 417
Cathelineau, Henri : 162, 197, 198, 417
Chaillou, Auguste : 135
Chaillou, François-Hyppolyte : 51
Charcot, Jean-Martin : 60, 61, 127, 133, 162, 165, 167, 168, 182, 197, 218, 219, 239, 240, 294, 312, 313, 314, 320, 329, 339, 366, 395, 417, 454, 455, 472, 505, 524, 546, 558
Chevandier, Antoine-Daniel : 74, 176, 370, 443
Comby, Jules : 14, 218, 219, 226, 231, 283, 293, 294, 295, 296, 300, 302, 327, 331, 336, 337, 339, 378, 419, 422, 423, 425, 428, 429, 475, 477, 478, 483, 484, 495, 496
Comte, Auguste : 124, 125, 417, 443
Cornil, Lucien : 295
Crémieux, Albert : 292, 431
Darwin, Charles : 87, 124, 394, 456
Debove, Maurice : 196, 197, 314, 419, 429, 430, 471, 528
Dejerine, Jules : 60, 122, 130, 131, 137, 144, 145, 168, 315, 334, 335, 417, 425, 475
Deniau, Lucien : 120, 144, 185, 199, 200, 201, 211, 340, 343, 419, 437, 472, 481
Donnadieu, Marie-Joseph-André : 138, 184, 318, 359, 361, 419, 478, 490, 491
Dufestel, Louis : 54, 254, 255, 256, 273, 422, 526, 540
Dufour, Léon : 94, 459
Empereur, Constantin : 193, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 204, 207, 211, 213, 294, 419, 526, 527
Evard, Marguerite : 240, 247, 260, 419
Féré, Charles. : 123, 124, 125, 140, 186, 196, 211, 245, 417, 446, 472, 482
Ferry, Jules : 28, 41, 93, 217, 246
Fiske, John : 210
Flamand, Augustin : 196, 314, 430, 528
Fonssagrives, Jean-Baptiste : 170, 282, 420, 437
Francillon, Marthe : 240, 246, 279, 419
Freud, Sigmund : 60, 119, 243, 244, 312, 318, 397, 446, 453, 454, 455
Frey, Léon : 284, 427, 544
Friant, Madeleine : 258, 259, 260, 421
Galton, Francis : 450
Gasne, Georges : 128, 136, 153, 185, 426, 429, 473, 483
Gauckler, Édouard : 137, 144, 168, 334, 335, 417, 425, 475
Gilles de La Tourette, Georges : 60, 162, 163, 165, 193, 197, 198, 199, 207, 213, 275, 294, 315, 316, 320, 339, 417
Gillot, Victor : 284, 285, 322, 422, 478
Godin, Paul : 62, 256, 259, 263, 265, 271, 274, 275, 276, 286, 288, 417, 421, 437, 497
Gourichon, Henri : 53, 422
Haeckel, Ernst : 87, 88, 417, 446
Hanot, Victor : 239, 240, 425, 426, 472
Hardy, Alfred : 127
Huchard, Henri : 200, 340, 419, 471
Hutinel, Victor : 118, 218, 219, 226, 291, 292, 297, 301, 302, 317, 318, 320, 324, 335, 337, 338, 354, 418, 424, 427, 429, 475, 476, 489
Janet, Jules : 61, 312, 346, 487
Janet, Pierre : 60, 168, 201, 202, 312, 437, 487, 524
Joffroy, Alix : 240, 241, 283, 426, 427
Jonas, Hans : 397
Jotejko, Josefa : 62
Juranville, Clarisse : 174, 420
Kirmisson, Édouard : 422
Labbé, Henri : 215
Labbé, Marcel : 215
Labiche, André : 373, 419, 477
Lahy, Jean-Maurice : 122

Lamarck, Jean-Baptiste : 394, 418
Landouzy, Louis : 50, 53, 175, 215, 216, 217, 230, 232, 317, 355, 432
Lapie, Paul : 264, 443
Lasègue, Ernest-Charles : 14, 52, 60, 78, 113, 116, 121, 143, 169, 173, 182, 183, 184, 194, 218, 239, 319, 429, 461, 471
Lauvus, Paul : 161
Lavoisier, Antoine : 195, 196
Le Deley : 364, 365, 465, 466
Le Play, Frédéric : 168
Leuret, François : 311
Lévy, Paul : 238, 380, 381, 418, 427, 437, 438, 447, 559
Lobligeois, Félix : 290
Lombroso, Cesare : 123, 125, 444, 460
Londe, Albert : 127, 128, 418
Lyell, Charles : 124
Mac-Auliffe, Léon : 135, 418, 506, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520
Magitot, Émile : 283, 418
Magnan, Valentin : 60, 125, 464
Manouvrier, Léonce : 271, 274, 275, 276, 279, 287, 382, 526, 542
Marcé, Louis-Victor : 116, 336, 429, 471, 479
Marey, Étienne-Jules : 198
Mathieu, Albert : 377
Mathieu, René : 237, 321, 425, 477
Maurel, Édouard : 216, 254, 418, 421, 526, 539
Mayet, Lucien : 272, 273, 274, 286, 287, 288, 289, 421, 497, 545
Millous, Pierre : 272, 273, 429
Mitchell, Silas Weir : 245
Monin, Ernest. : 176, 177, 178, 179, 214, 420, 432
Montméja (de), Arthur : 127
Morel, Benedict-Augustin : 21, 43, 85, 123, 139, 140, 180, 181, 296, 298, 418, 444, 455, 456
Noguès, Georges : 117, 124, 129, 130, 139, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 168, 169, 181, 182, 186, 203, 205, 206, 212, 213, 317, 323, 324, 327, 329, 330, 335, 336, 339, 340, 341, 354, 357, 360, 419, 476, 486, 487, 488, 489
Pagniez, Philippe : 336, 417
Paingault, Marcel-Henri : 293, 294, 296, 419, 478
Piaget, Jean : 95
Pignet, Maurice : 271, 272, 273, 274, 279, 303, 429
Pinel, Philippe : 55, 159, 160, 180, 181, 310, 311, 418, 434, 447, 484, 485, 486
Preyer, William : 210
Proust, Adrien : 241, 418
Quetelet, Adolphe : 253, 259, 265, 266, 281, 282, 286, 418, 445, 450, 537, 538, 541
Raimbault, Auguste : 147, 152, 184, 345, 419, 476
Régis, Emmanuel : 139, 181, 242, 243, 328, 419, 473
Regnard, Paul : 127
Ribot, Théodule : 125, 140, 202, 208, 418
Richet, Charles : 62, 202, 405, 429, 472, 477
Roubinovitch, Jacques : 327, 344, 345, 427, 473
Roussel, Théophile : 311, 433
Roux, Jean-Charles : 377
Roux, Joanny : 117, 119, 140, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 286, 317, 339, 377, 419, 421, 426, 429, 474
Samy Kamal, Mohammed : 204, 317, 341, 342, 419, 487
Sanctorius, Santorio. : 195
Saury, Honoré : 355, 464
Schiff, Moritz : 339
Schnyder, Louis : 243, 244, 426, 476
Schultz, Marie : 175, 232, 420, 425, 477
Séglas, Jules : 159, 160
Seltmann, O. : 323, 328, 431
Simmonds, Morris : 291
Simon, Théodore : 215, 233, 359, 418, 419, 441, 449
Sollier, Alice : 24, 283, 284, 286
Sollier, Paul : 27, 43, 60, 117, 120, 121, 122, 126, 138, 141, 145, 146, 150, 169, 242, 283, 317, 326, 327, 337, 349, 350, 418, 420, 426, 427, 430, 432, 454, 472, 473, 475, 481
Souques, Achille : 118, 128, 132, 133, 141, 160, 170, 316, 340, 357, 428, 472, 482, 483
Spencer, Herbert : 87, 123, 124, 125, 208, 209, 211, 212, 382, 394, 440, 451
Stoerr, Émile : 184, 321, 323, 420, 477, 491, 492
Stratz, Carl Heinrich : 288, 526, 545
Taine, Hippolyte : 87
Tarrius, Jean : 47, 331, 354, 355, 356, 360, 430, 475, 486, 546, 562
Thomas, André : 354, 427, 428, 475, 489
Tinel, Jules : 52, 122, 139, 144, 146, 149, 152, 153, 160, 168, 184, 204, 241, 242, 318, 319, 347, 350, 420, 437, 475, 484, 485, 486
Toulouse, Édouard : 46, 61, 117, 129, 130, 147, 150, 151, 203, 241, 245, 317, 323, 327, 330, 344, 345, 354, 361, 380, 381, 382, 383, 406, 419, 426, 427, 440, 443, 446, 447, 455, 458, 459, 473, 476, 535
Variot, Gaston : 94, 235, 259, 286, 421, 502, 503, 504
Vaucaire, René : 220, 221, 222, 282, 420, 526, 543
Vignes, Henri : 279, 280, 430
Wallet, Dr. : 118, 128, 129, 148, 149, 340, 349, 354, 430, 472, 481
Weill, Edmond : 236, 317
Zola, Émile : 167, 239, 361, 443, 455

ANNEXES

En complément des matériaux présentés dans le corps du texte de la thèse, ces annexes donnent un aperçu du contexte métrique, graphique et iconographique au sein duquel la catégorie médicale d'anorexie a émergé et a été discutée au tournant des XIXe et XXe siècles.

Les annexes figurent dans leur ordre de citation dans le manuscrit. L'organisation suit ainsi les quatre parties de l'étude, ce qui met notamment en avant l'uniformité des éléments de contexte et des types de sources et de matériaux mobilisés dans chaque partie et chapitre.

Afin de faciliter la navigation dans ces annexes, l'entrée de chaque nouvelle partie comporte la liste des figures représentées.

ANNEXES GÉNÉRALES

Les matériaux récoltés durant l'enquête ont été traités à partir d'une analyse thématique, à l'aide du logiciel de codage de données qualitatives *Atlas.ti*. Les contenus des ouvrages, des articles de revues et des archives médicales et administratives ainsi qu'iconographiques ont été codés selon plusieurs entrées thématiques, ordonnées en huit grandes catégories :

- Pathologies identifiées et symptômes (par exemple : anorexie, dégénérescence, neurasthénie, dyspepsie, hystérie, mélancolie) ;
- Phénomènes biologiques et physiologiques (par exemple : menstruation, pilosité, aménorrhée, cycle menstruel, croissance, développement, maturation) ;
- Fluides corporels (par exemple : urines, sueur, sang, lait) ;
- Systèmes corporels (par exemple : circulatoire, respiratoire, digestif, hormonal) ;
- Segments corporels (par exemple : thorax, dentition, membres supérieurs, peau, squelette) ;
- Données anthropométriques (par exemple : taille, poids, coefficient thoracique, indices/formules) ;
- Procédés thérapeutiques (par exemple : réalimentation, sonde, isolement, traitement moral) ;
- Bornes d'âge ou périodes de vie et rites de passage (par exemple : première communion, âge scolaire, mariage, nubilité).

Il m'a semblé difficile de rendre compte ici, de manière claire et concise, des étapes et résultats intermédiaires issu de ce traitement thématique des données. Les tableaux présentés dans les annexes générales sont ainsi issus d'un travail parallèle de construction de répertoires permettant de donner un aperçu de la diversité des nominations de l'anorexie – point que je développe en introduction –, mais aussi de la diversité des cas cliniques et des définitions médicales des âges de la vie.

Le « Tableau des nominations de l'anorexie » (Annexe 1) répertorie ainsi les qualificatifs de l'anorexie rencontrés au cours de mon enquête. Le « Tableau de cas cliniques » (Annexe 2) présente de manière non exhaustive, 75 cas cliniques rapportés par différents médecins au cours de la période étudiée. J'ai privilégié les cas figurant dans des ouvrages, articles, thèses ou communications de médecins qui se sont révélés centraux dans le cadre de cette étude ou bien qui me semblent représentatifs de la période étudiée. J'ai également retenu les observations offrant des éléments d'information concernant les malades et leur famille (âge, sexe, antécédents, milieu social, profession), ou bien concernant les thérapeutiques mises en œuvre et les lieux de prise en charge. Toutes ces informations ne sont néanmoins pas disponibles pour chaque cas. Enfin, le « Tableau des bornes et définitions des âges de la vie » (Annexe 3) vise à illustrer la diversité des définitions médicales des bornes d'âge chronologique de l'enfance et de l'adolescence, tout en présentant certains points de convergence.

Annexe 1

Tableau des nominations de l'anorexie

***** *nominations citées par Elizabeth A. Williams* (2010 : 93-94).

Nominations	Noms	Dates	Références
Maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments	Nadeau (de Saint-Etienne-du-Forez), M.	1789	Nadeau, M. (1789). « Observation d'une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments », *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, n°80, p. 197-200.
Une forme de délire hypocondriaque*	Marcé, L.-V.	1860	Marcé L.V. (1860). « Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments, Séance de la Société Médico-psychologique du 31 octobre 1859 », *Annales médico-psychologiques*, t.6, 3e Série, p. 15-28.
hysteric apepsia	Gull, W. W.	1868	Gull, W. W. (1868). « Address in medicine delivered before the Annual Meeting of the British Medical Association at Oxford », *Lancet*, vol.92, p. 171-176.
Anorexie hystérique*	Lasègue, E.-C.	1873	Lasègue, E.-C. (1873). « Anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, Mémoires originaux, n°21, p. 385-404.
apepsia hysterica, anorexia hysterica	Gull, W. W.	1874	Gull, W.W. (1874). "Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)", *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, p. 22-28.
Anorexie hystérique, gastralgie hystérique	Péter, M. (cité par Bassereau, E.)	1874	Bassereau, E. (1874). « Hopital Saint-Antoine, conférences cliniques de M. Péter : Cardiodynie hystérique, troubles cardiaques chez les hystériques. — Nécessité de l'écoulement sanguin après l'accouchement ; fluxion vers les seins », *Journal de médecine et de chirurgie pratique,* n°45, 3e série, p. 56-59.
Anorexia nervosa	Dowse, S. T.	1881	Dowse, S.T. (1881). « Anorexia Nervosa », *Medical Press and Circular*, 32, p. 95-97. Cité par Brumberg, J. (2000), note 8, p. 329.
Anorexie mentale	Huchard, H.	1883	Cité dans Debove, G.-M., Pouchet, G., Sallard, A. (1908) « Anorexie », in *Aide-mémoire thérapeutique*, Debove, G. M., Pouchet, G., Sallard, A. (éd.), Paris : Masson et Cie.
Anorexie hystérique (anorexie gastrique/anorexie mentale)	Gerne, P.	1883	Gerne, P. (1883). « De l'hystérie viscérale » *Le concours médical*, 5e année, n°1 p. 218-222.
Anorexie gastrique/anorexie mentale	Deniau, L.	1883	Deniau, L. (1883). *De l'hystérie gastrique*, thèse, Paris.

Jeûne prolongé dans hystérie	Richet, C.	1884	Richet, C. (1884). « Un paradoxe sur la nutrition : jeûne prolongé dans l'hystérie », *Bulletin de la société de biologie*, (Fonds Charles Richet III, Académie de médecine), p. 657-659.
Anorexie nerveuse primitive*	Charcot, J.-M.	1887	Charcot, J.-M. (1887). *Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policliniques, 1887–1888,* Progrès médical, Paris, p. 354-356.
Anorexie hystérique	Charcot, J.-M.	1888	Charcot, J.-M. (1888). « Seizième Leçon ; Policliniques du Mardi 17 décembre 1988 », *Le Progrès médical*, p. 241-263.
Hystérie grave (anorexie, dysphagie)	Janet, J.	1889	Janet, J. (1889). « Un cas d'hystérie grave », *La France médicale : historique, scientifique, littéraire*, n°42, p. 472-475.
Anorexie hystérique (sitiergie hystérique)*	Sollier, P.	1891	Sollier, P. (1891). « Anorexie hystérique (sitiergie hystérique) : Formes pathogéniques — Traitement moral », *Revue de médecine*, n°11, p. 625-650.
Anorexie hystérique	Goix, Dr.	1892	Goix, Dr. (1892) « Review of Anorexie hystérique traitée avec succès par la suggestion hypnotique », *The American Journal of Psychology*, vol. 4, n°3, p. 467 — 468.
Anorexie nerveuse	Féré, C.	1892	Féré, C. (1892). *La pathologie des émotions : études physiologiques et cliniques*, Paris : Alcan.
Anorexie hystérique	Wallet, Dr.	1892	Wallet, Dr. (1892). « Deux cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* Paris : Lecrosnier et Babè, p. 276-280.
Anorexie hystérique (grave), anorexie	Mathieu, A.	1892	Mathieu, A. (1892). *Neurasthénie (épuisement nerveux*), Paris : Rueff et Cie.
Anorexie primitive, anorexie secondaire, anorexie nerveuse	Bouveret, L.	1893	Bouveret, L. (1893). *Traité des maladies de l'estomac*, Paris : J.-B. Baillière et fils.
Anorexie (chez les phtisiques)	s.a.	1894	s.a. (1894). « Anorexie et son traitement chez les phtisique », *La Presse Médicale*, 2e année, n°41, p. 329.
Chlorose	Hanot, M.	1894	Hanot, M. (1894). « Considérations générales sur la chlorose », *La Presse Médicale*, 2e année, n°1, p. 1-3.
Délire de maigreur*	Brissaud, É., Souques, A.	1894	Brissaud, E., Souques, A. (1894). « Délire de maigreur chez une hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* Paris : Lecrosnier et Babè, p. 327-337.
Anorexie hystérique	Kissel, Dr.	1894	Société de pédiatrie de Moscou, (1894). « Kissel communique sur un cas d'anorexie hystérique grave », *Revue neurologique*, p. 575.
Anorexia Nervosa	Collins, W. J.	1894	Collins, W. J. (1894). « Anorexia Nervosa », *Lancet*, n°143, p. 202-203.

Anorexie cachectique de la nubilité	Régis, E.	1895	Réaction aux travaux présentés par Sollier sur l'anorexie et à partir de ses propres notes. Cité in *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895. (1896).* « Sollier P. Anorexie mentale », vol. II : Comptes rendus, Paris, G. Masson, p. 360-372.
Anorexie mentale*	Sollier, P.	1895	Sollier, P. (1895). « Anorexie mentale », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895.* vol. II : Comptes rendus, Paris, G. Masson, p. 360-372.
Anorexie primitive*	Gilles de la Tourette	1895	Gilles de la Tourette, G. (1895). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Hystérie paroxystique, Vol. 2, Paris, E. Plon, Nourrit, p. 282-295.
Anorexie hystérique/psychopathique	Dubois (de Saujon)	1896	Dubois, S. (1896). « Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine », *Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, t.3, p. 119-120.
Anorexie hystérique grave	Kissel, A. (cité par Broïodo, S.)	1896	Broïodo, S. (1896). "Cas d'anorexie grave chez une fillette de 14 ans par A. Kissel (Meditzinskoïé Obzrenié, 1895, n°22)", *La Presse Médicale*, juin, p. 32.
Sitiophobie	Roubinovitch J., Toulouse, E. (cité)	1898	s.a. (1898). « Thérapeutique alimentation des mélancoliques par la sonde (extrait de La Mélancolie, par Roubinovitch J. et Toulouse E., 1898, p.403) », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, p. 17-22.
Anorexie chez l'enfant (traitement)	sans auteur	1898	s.a. (1898). « Pratique médicale. Traitement de l'anorexie chez l'enfant par la tannate d'orexine », La Presse Médicale, janvier, n°22, p. 110.
Anorexie des enfants	Limpert (cité par J. Barozzi)	1898	Barzotti, J. « Thérapeutique et matière médicale, Limpert. Traitement de l'anorexie des enfants (Bayern, aertz, Correspondaenz-blatt, 1898, n°6) », *La presse médicale*, n°22, p. 300.
Anorexie des tuberculeux (traitement par persodine)	Martinet, A.	1901	Martinet, A. (1901). « Emploi de la persodine dans l'anorexie des tuberculeux », *La presse médicale*, n°94, p. 296.
Anorexie hystérique	Gasne, G.	1901	Gasne, G., (1900). « Un cas d'anorexie hystérique », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n°1, p. 51-56.
Anorexie hystérique et anorexie mentale	Raymond, Pr. (cité par Feindel, E.)	1902	Feindel, E. (1903). « Anorexie hystérique et anorexie mentale par le Professeur Raymond », *Revue neurologique*, t.11, p. 277-278.

Dyspepsie neurasthénique des adolescents	Bergougnian, L.	1903	Bergougnian, L. (1903). « La cure d'Évian dans les maladies infantiles », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº4, p. 149.
Sitiophobie	Cullerre, A. (La Roche Sur Yon)	1903	Cullerre, M. (1903). « Note sur une forme particulière de Sitiophobie », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : XIII° session tenue à Bruxelles du 1er au 8 août 1903.* Volume II : Comptes rendus, XIII° session, p. 466-469.
Anorexie nerveuse	Bernheim, H. (cité par Colin)	1903	Colin, Dr. (1903). « Trois nouvelles théories de l'hystérie », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* t.7, p. 89-98.
Anorexie mentale	Dubois, P.-C. (de Berne)	1904	Dubois, P.-C. (1904). « Vingtième leçon », *Les psychonévroses et leur traitement moral*, Paris, Masson et Cie., p. 291-309.
Arrêt volontaire d'alimentation	Girou, M.-J.	1905	Girou, M.-J. (1905). « Anorexie suite arrêt volontaire de l'alimentation », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie,* t.09, p. 345-346.
Anorexie hystérique	Raymond, Pr. (cité par Lucas-Championnière, P.)	1905	Lucas-Championnière, P. (1905). « Anorexie hystérique, Hospice de la Salpêtrière (clinique de M. le Professeur Raymond) », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.76, p. 646–648.
Anorexie psychanesthénique	Buvat, J.-B. (cité par Laignel-Lavastine, M.)	1905	Laignel-Lavastine, M. (1905). « J.-B. Buvat. L'anorexie psychasthénique (Gazette des hôpitaux, 11 mai 1905, p.639) », *La Presse médicale*, nº49, p. 391-392.
Dyspepsie hyposthénique de la puberté	Hernandez, Dr. (cité)	1905	s.a. (1905). « Dyspepsie de la puberté », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.76, p. 769-771.
Gastrite hystérique (anorexie hystérique)	Linpinska, Dr.	1906	Linpinska, Dr. (1906). « Un cas de gastrite hystérique traité par la psychothérapie », Archives *de neurologie, Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, nº123, p. 105-108.
Anorexie hystérique	Bérillon, E. (commentaire en séance)		Société d'hypnologie et psychologie (1906). « Vomissements incoercibles datant de 3 ans. Guéris par l'hypnotisme », *Archives de neurologie. Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, nº123, p. 59-63.
Sitiophobie (refus d'aliment)	Barbé, A.	1906	Barbé, A. (1906). « Le refus d'alimentation dans la démence catatonique », *Archives de neurologie. Revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales*, vol.2, nº123, p. 161–167.
Hystérie gastrique	Mathieu, A., Roux C.-H.	1906	Mathieu, A., Roux, C.-H. (1906). « L'hystérie gastrique et ses stigmates périphériques », *Gazette des hôpitaux civils et militaires (Lancette française)*, n° 79, p. 39-41.

Anorexie dyscénesthésique*	Ballet, G. (cité par Comby, J.)	1907	Ballet, G. *La médecine moderne* (6 November 1907) cité par Jules Comby. Comby, J. (1908). « Anorexie nerveuse », *Archives de médecine des enfants*, nº11, p. 562-566.
Anorexie des nourrissons* + anorexie nerveuse*	Comby, J.	1908	Comby, J. (1908). « Anorexie nerveuse », *Archives de médecine des enfants*, nº11, p. 562-566.
Anorexie mentale	Hutinel, V.	1908	s.a. (1908). « Hutinel. L'anorexie mentale », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.12, p. 215
Anorexie thyroïdienne	Lévi, Rotschild (cité par Galli, P.)	1908	Galli, P. (1908). « Syndrome dû à la croissance et au dysthyroïdisme », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº133, p. 257-264.
Faux gastropathes (rééducation)	Dejerine, J., Gauckler, E.	1908	Dejerine J., Gauckler E. (1908). « La rééducation des faux gastropathes », *La Presse Médicale*, nº29, p. 225-227.
Anorexie hystérique	Tinel, J.	1909	Tinel, J. (1909). *De l'anorexie hystérique*. Prix Civrieux, Académie de médecine.
Anorexie mentale	Thomas, A. (cité par Genty)	1909	Genty, M. (1909) « André Thomas, l'anorexie mentale », *La revue de psychiatrie*, nº3, 15 janvier et dans *La clinique* (1909), p. 33.
Anorexie nerveuse	Boulade-Périgois (cité par Feindel E.)	1909	Feindel, E. (1909). « Anorexie nerveuse chez une fille de 9 ans, par Boulade-Périgois », *Revue neurologique*, t.17, p. 1003.
Anorexie des adolescents *	Bérillion, E.	1909	Bérillon, E. (1909). « L'anorexie des adolescents », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, 24e année, nº1, p. 40-49.
Anorexie mentale	Tarrius, J.	1909	Tarrius, J. (1909). « Un cas grave d'anorexie mentale : guérison », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, juillet, 24e année, nº1, p. 43-44.
Psychopathies gastriques*	Sollier, P.	1910	Sollier utilise le terme de psychopathies gastriques dans « Les anorexies nerveuses », *Journal de neurologie*, 15 (1910), p. 201–210.
Anorexie mentale	Hutinel, V. (cité par Lucas-Championnière, P.)	1910	Lucas-Championnière, P. (1910). « Clinique de M. le Professeur Hutinel — Anorexie mentale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques : à l'usage des médecins praticiens*, t.81, p. 495-497.
Anorexies mentales involontaires (primitives, secondaires, électives, dans chapitre dédié aux troubles de l'appétit)	Dejerine, J., Gauckler, E.	1911	Dejerine, J., Gauckler, E. (1911). *Les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie*, Paris, Masson et Cie
Anorexie mentale	Poix G. (cité par Feindel, E.)	1912	Feindel, E. (1912). « Névroses. Anorexie mentale par G. Poix », *Revue neurologique*, t.23, p. 515-516.

Anorexie mentale chez un nourrisson	Buffet-Delmas, Dr.	1912	Buffet-Delmas, Dr. (1912). « Anorexie mentale chez un nourrisson. Communication à la société médicale des hôpitaux de Paris, 26 janvier 1912 », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n°249, p. 155-159.
Anorexie de la puberté	Schnyder, L.	1913	Schnyder, L. (1913). « Les anorexies de la puberté », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.17, p. 259-261.
Anorexie mentale/nerveuse	Brelet, Dr. (cité)	1913	s.a. (1913). « Anorexie mentale par Brelet », *Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie*, t.17, p. 305-307.
Anorexie mentale (psychopathologie de la faim)	Noguès, G.	1913	Noguès, G. (1913). *L'anorexie mentale : ses rapports avec la psychophysiologie de la faim,* thèse, Toulouse, Ch. Dirion.
Cachexie hypophysaire	Simmonds, M.	1914	Simmonds, M. (1914). « Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang », *Deutsche Medicinische Wochenschrift,* Berlin, t.40, p. 322-323.
Anorexie nerveuse	Bernheim, H.	1914	Bernheim, H. (1914). « De la psychothérapie », *L'Enfance anormale, bulletin officiel du Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance*, n°26, p. 71-87.
Anorexie mentale	Hutinel, V.	1914	Hutinel, V. (1914). « Anorexie mentale », *Pédiatrie : Revue bi-mensuelle de médecine et de chirurgie infantile à destination des médecins et des étudiants/organe de la réunion lyonnaise de pédiatrie*, 3e année, n°5, p. 67-72.
Anorexie mentale (syndrome)	Raimbault, A.	1914	Raimbault, A. (1914). *Le syndrome « anorexie mentale ». Étude séméiologique et pronostique*, Thèse, Paris.
Anorexie (traitement)	Martinet, A.	1921	Martinet, A. (1921). « Formules contre l'anorexie », *La presse Médicale*, avril, p. 627.
Pharyngo-spasme (ou anorexie mentale)	Weil, E.	1922	s.a. (1922). « Pharyngo-spasme infantile ou anorexie-mentale par le Dr. E. Weil, Professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Médecine de Lyon », *Pédiatrie : revue mensuelle de médecine et de chirurgie infantile, de puériculture, d'hygiène sociale et d'éducation physiques*, n°5, p. 53-59.
Anorexie mentale et vomissements incoercibles	Carnot P., Libert, E. (cité par Rivet, L.)	1922	Rivet, L. (1922). « Carnot P. et Libert E. La goutte duodénale dans l'anorexie mentale et les vomissements incoercibles », *La Presse médicale*, p. 491.
Anorexie des écoliers	Vitry, G.	1925	Vitry, G. (1925). « Anorexie des écoliers », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* n°507, p. 45.
Anorexies mentales de l'adolescence et de l'âge adulte	Nathan, M.	1926	Nathan, M. (1926). « Les anorexies mentales de l'adolescence et de l'âge adulte (société de paris, Académie de médecine, séance du 23 mars 1926) », L*a presse médicale*, n°34, p.390-391.

Anorexie (provoquée)	Meunier, L.	1927	Meunier, L. (1927). « Anorexie provoquée », *La Presse médicale*, mai, p.72.
Anorexie infantile et juvénile	Comby, J.	1927	Comby, J. (1927). « Anorexie infantile et juvénile (n° 377) », *La presse Médicale*, nº3, p. 40.
Anorexie nerveuse	Epagneul, Dr. (Niort)	1927	Epagneul, Dr. (1927). « Traitement de l'anorexie par sulfarsénol », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº605, p. 294-296.
Anorexie nerveuse, Psychique, mentale ou « hystérique » /des mélancoliques	Van der Elst, R.	1927	Van Der Elst, R. (1927). « L'anorexie "nerveuse" (n° 378) », *La presse Médicale*, mars, p. 40.
Anorexie mentale tardive	Nathan, M.	1928	Nathan, M. (1928). « Une forme tardive d'anorexie mentale », *La Presse médicale*, nº100, p. 1603-1605.
Anorexie chronique de l'enfance	Schultz, F. (cité par Deschamps, P.-N.)	1930	Deschamps, P.-N. (1930). « F. Schultz. Le problème de l'anorexie chronique de l'enfance », *La Presse Médicale*, p. 803.
Jeûnes prolongés	Richet, C.	1930	Richet, C. (1930). « À propos de Thérèse Neumann. Les jeûnes prolongés », *Revue Métapsychiques*, nº5, p. 385-395.
Anorexie mentale	Lévi, L. (Cité par Labiche, A.)	1932	Levi, L. (1932). « Anorexie mentale et thyroïde », *Encéphale*, 17, p. 505-515. Cité dans Labiche, A. (1934). *Contribution à l'étude de l'anorexie mentale*, Thèse, Paris.
Anorexie médio-prandiale	Meunier, L.	1932	Meunier, L. (1931). « Anorexie médio-prandiale », La *Presse Médicale*, juin, p. 112.
Anorexie mentale/hystérique/des fillettes ou jeunes filles	Comby, J.	1932	Comby, J. (1932). « Traitement de la maigreur chez les enfants », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* nº776, p. 240-241.
Anorexie mentale	Stoerr, É. E.	1932	Stoerr, É. E. (1932). *L'anorexie mentale*, Thèse, Strasbourg.
Anorexies de causes névropathiques chez le nourrisson	Mathieu R. Leroy, E. (cité par Clément, R.)	1932	Clément, R. (1932). « René Mathieu et E. Leroy. Le traitement des anorexies de cause névropathiques chez le nourrisson », *Presse Médicale*, p. 81.
Anorexie mentale, nerveuse, psychique	Nobécourt, P.	1934	Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº822, p. 239-245.
Hypotrophie pondérale et amaigrissement	Nobécourt, P.	1934	Nobécourt, P. (1934). « Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº822, p.239-245.
Anorexie mentale (hystérique, endocriniennes, psychopathiques)	Labiche, A.	1934	Labiche, A. (1934). *Contribution à l'étude de l'anorexie mentale*, Thèse, Paris.

Anorexie mentale	Donnadieu, M.-J.-A.	1932	Donnadieu, M.-J.-A. (1932). *L'anorexie mentale et ses caractères psychologiques*, Thèse, Bordeaux.
Anorexie de la petite et seconde enfance	Loewy (Cité par Basch, G.)	1935	Basch, G. (1935). « Loewy. Anorexie de la petite et de la seconde enfance (Wiener medizinische Wochenshrift, t.85, nº9, 23 février 1935, p.231-234) », *La Presse Médicale*, octobre, p. 195-196.
Anorexie des nourrissons (carences, hygiène alimentaire)	Mathieu, R.	1935	Mathieu, R. (1935). « L'anorexie des nourrissons alimentés avec du lait de vache », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nº833, p. 15-25.
Anorexie mentale, psychique	Nobécourt, P.	1935	Nobécourt, P. (1935). « L'anorexie mentale ou psychique », *La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles,* nº824, p. 11-19.
Anorexie mentale	Paingault, M.-H.	1937	Paingault, M.-H. (1937). *Maladie de Simmonds : Discussion des rapports entre la cachexie hypophysaire et l'anorexie mentale*, Thèse, Paris.
Anorexies infantiles d'origine thérapeutique/anorexie mentale	Gillot, V. (d'Alger)	1937	Gillot, V. (1937). « Anorexie infantile d'origine thérapeutique », *La Pédiatrie Pratique journal de clinique et de thérapeutique infantile*, nº856, p. 18-20.
Anorexie mentale	Comby, J.	1938	« Maladie de Simmonds et Anorexie mentale », *Archives de médecine des enfants*, Société de pédiatrie de Paris, t.41, p. 639.

Annexe 2

Tableau de cas cliniques (1860-1938)

Cité par	Année	Source, texte	Cas/nom (ou sans nom)	Sexe	Âge (Ou non spécifié)	Nominations	Situation familiale (hérédité, composition et spécificités de la famille) ou caractères personnels	Milieu social (lieu de vie, profession des malades ou des parents)	Lieux de prise en charge et pratiques thérapeutiques
Marcé, L.-V.	1860	Délire hypocondriaque, Annales médico-psychologiques	Mlle A. B..	F	19 ans	Délire hypocondriaque consécutif à une dyspepsie. — Alimentation insuffisante. — Marasme. — Guérison par une direction morale énergique.	« Dans sa famille, deux personnes ont été atteintes d'aliénation mentale. Présente une santé délicate pendant son enfance, mélancolique, un peu gâtée et volontaire, elle a toujours pris peu de part aux amusements des enfants de son âge ».		Séjour à Vichy (hydrothérapie), puis isolement/hydrothéra-pie et réalimentation.
Marcé, L.-V.	1860	Délire hypocondriaque, Annales médico-psychologiques	Mlle X…	F	14 ans			Jeune fille du Midi de la France.	Isolement (séjours à Nice loin de son entourage, bord de mer).

Gull, W. W.	1873 (1868)	Anorexie nervosa, séance à Oxford	Miss A.	F	17 ans	Simple anorexia			"Remained under my observation from Jan. 1866 to March 1868, when she had much improved, and gained in weight from 82 to 128 lbs".
Gull, W. W.	1873 (1868)	Anorexie nervosa, séance à Oxford	Miss C.	F	15 ans 8 mois	Anorexia nervosa (apeptica hysteria)			
Gull, W. W.	1873 (1868)	Anorexie nervosa, séance à Oxford	Miss B.	F	18 ans	Anorexia nervosa (apeptica hysteria)			« The treatment required is obviously that which is fitted for persons of unsound mind. The patients should be fed at regular intervals, and surrounded by persons who would have moral control over them; relations and friends being generally the worst attendants ».

Deniau, L.	1883	De l'hystérie gastrique	Hortense A.	F	15 ans	Cas mixte (« entre les anorexies d'origine franchement mentale et les anorexies exclusivement organiques »).	Sa sœur qui a 19 ans, est bien portante. Tante est atteinte de sclérodermie (hospitalisée à la Salpêtrière). La malade n'accuse aucune affection antérieure. Vers l'âge de 12 ans elle a grandi très vite. Son appétit n'a jamais été très développé malgré sa rapide croissance.		Salpêtrière, entrée le 24 décembre 1881.
Deniau, L.	1883	De l'hystérie gastrique	Aj…	F	14 ans	Anorexie mentale (communiqué le 21 mai 1881 à la Société clinique de Londres, par le Dr Dowse.)	Ses antécédents héréditaires sont bons. Ses parents sont forts et bien portants, ainsi que ses frères et sœurs.		Hôpital le 5 juillet 1880
Sollier, P.	1891	Revue de médecine	Mlle X…	F	17 ans	Sitiergie hystérique			
Wallet, Dr	1892	Nouvelle iconographie de la Salpêtrière	Mlle B…	F	17 ans	Anorexie hystérique	Entre au couvent à 12 ans 1/2		Envoi à l'établissement hydrothérapique d'Auteuil.

Féré, C.	1892	Pathologie des émotions	Madame V.	F	Après 23 ans	Hérédité névropathique bi-latérale, antécédents nerveux : migraine, chorée, terreur nocturne, anorexie de la grossesse, hystérie, paralysie nocturne.	Père mort (buveur), mère en santé, mais hémianesthé-sie avec point ovarien, oncle mort en prison.	Mariée à 19 ans, premier enfant à 23 ans.	Consultation à la Salpêtrière, traitement par les amers et les ferrugineux, le bromure de potassium et hydrothérapie combinés avec de l'électricité statique.
Féré, C.	1892	Pathologie des émotions	s.n	M	12 ans	Anorexie nerveuse			« Depuis trois ans, a de l'anorexie nerveuse et des phénomènes hystériques à recrudescence, sensibilité testiculaire gauche, hémianesthésie, points douloureux rachidiens hypogastriques, hyperesthésie du cuir chevelu, dysesthésie plantaire, etc. ».
Féré, C.	1892	Pathologie des émotions	Mlle M.	F	15 ans	Anorexie (nerveuse) consécutive à une abstinence volontaire	Fille unique de parents âgés qui cèdent à tous ses caprices.		Maison de santé (1889).
Brissaud, É., Souques, A.	1894	Délire de maigreur chez une hystérique	Julie R.	F	19 ans	Délire de maigreur chez une hystérique	Plusieurs sœurs. Elle entre à 11 ans en pension au Couvent du Sacré-Cœur, à Saint-Ouen. Puis à 16 ans,	Retirée du couvent pour « raisons pécuniaires ».	Maison de santé municipale Dubois (Paris), puis Salpêtrière (17 avril 1894).

							prépare le brevet supérieur.		
Brissaud, E., Souques, A.	1894	Délire de maigreur chez une hystérique	Mlle V…	F	14 ans 1/2	Anorexie hystérique			Envoi à l'établissement hydrothérapique d'Auteuil.
Gasne, G.	1900	Un cas d'anorexie hystérique	Béatrice Gill	F	16 ans	Anorexie hystérique	1 frère de 20 ans	Sans profession	Isolement/Salpêtrière
Gasne, G.	1900	Un cas d'anorexie hystérique	Cas personnel, fille d'un magistrat	F	20 ans	Anorexie nerveuse	Autre sœur, elle aussi atteinte de ce mal	Père magistrat	Isolement
Girou (Aurillac)	1905	Cas présenté à la Société de Neurologie, Revue de psychiatrie	Mlle X.	F	19 ans (environ) née fin 1883	Anorexie suite d'arrêt volontaire de l'alimentation	Sœur		Prescription de peptone et poudre de viande, hospitalisation en maison d'hydrothérapie (campagne).
Barbé, A.	1906			F	31 ans		« Le début de son affection remonte à son premier accouchement qui eut lieu en septembre 1902 ».		
Comby, J.	1908	Archives de médecine des enfants — Recueil de faits	B. Léa…	F	13 ans 1/2		Père alcoolique, mais mère et père qui ne toussent pas, deux autres enfants bien	Vit à la campagne jusqu'à ses 2 ans, puis à Paris.	Hôpital des Enfants malades, service de Comby, salle Chaumont n° 31 — « L'enfant, isolée de ses parents, a été mise au lit et ne s'est pas levée jusqu'à son

							portants deux autres morts.		départ, qui a eu lieu le 19 février (six semaines d'alitement) ». Puis envoyée en convalescence à la campagne.
Comby, J.	1908	Archives de médecine des enfants - Recueil de faits	s.n	F	17 ans				Isolement
Comby, J.	1908	Archives de médecine des enfants - Recueil de faits	s.n	F	16 ans				Prise en charge dans sa famille.
Comby, J.	1908	Archives de médecine des enfants - Recueil de faits	s.n	F	7 mois	Anorexie nerveuse des nourrissons	Famille neuroarthritique. « C'est une fillette petite, mais ferme et vivace, qui est à l'allaitement mixte ».	Nourrie par nourrice.	« Après une lutte de plusieurs semaines, on a fini par triompher de cette anorexie, dont il faut craindre les rechutes ».
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Berthe D.	F	n.s	Anorexie progressive par tristesse vague	Mère alcoolique, morte 3 ans avant la prise en charge (depuis triste et mange peu).	Doreuse (métier)	Salpêtrière salle Pinel n° 7, entrée le 15/02/1906 sort 4 mois plus tard. Réalimentation lactée.
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	s.n	F	28 ans	Anorexie chronique, phobie d'embonpoint		Artiste-peintre, végétarienne	7 cures en maison de santé (échecs). « Elle a la tête bourrée de théories végétariennes, calcule le nombre de calories contenues dans chaque

									aliment et estime d'après ses auteurs végétariens qu'il lui suffit de 12 à 1500 calories pour vivre ».
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Eugénie	F	20 ans	Anorexie grave, désir de mourir (mutisme et résistance au traitement)			Entre à la Salpêtrière le 8 août 1904. Sondée trois fois par jour, pendant trois mois. « Ce qui l'a décidée à parler et à manger, c'est la menace d'être enfermée dans un asile d'aliénés ».
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Émilie	F	22 ans	Anorexie, idée de suicide, chagrin d'amour	« S'éprend brusquement d'un infirme employé comme plombier et veut l'épouser, sa famille refusant, elle déclare qu'elle veut se laisser mourir de faim ».		Placée à la Salpêtrière. Isolée et sondée pendant trois jours.
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Aline P.	F	26 ans	Anorexie mentale, mariage manqué (il y a 1 an)			Salpêtrière, entrée le 11/01/1905, elle sort guérie le 7 septembre. Réalimentation au lait (médecin menace de la sonder).
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Madame R.	F	n.s	Anorexie par diète prolongée			Salle Pinel n° 5 à la Salpêtrière le 17/11/1907.
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Germaine D.	F	17 ans	Anorexie mentale à la suite d'angines répétées			Salpêtrière, 15 juillet 1907 salle Pinel, « rapidement

									engraissée » sort le 6/10/1907.
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	s.n	F	42 ans	Anorexie mentale chez une fausse gastropathe, morphinomane *(secondaire)*			Salpêtrière, isolement, réalimentation et démorphinisation.
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Georgette F.	F	18 ans	Vomissements incoercibles, fausse appendicite, début d'anorexie *(secondaire)*			Hôpital Broussais (Paris) puis Salpêtrière, sort 5 semaines plus tard (menacée d'être « enfermée »).
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Mme L.	F	n. s (malade depuis 7 ans)	Anorexie chez une fausse entéropathe *(secondaire)*		Son mari est un ancien militaire	Salpêtrière (2 séjours de 6 et 4 mois).
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	s.n	M	61 ans	Fausse gastropathie, anorexie mentale *(secondaire)*		Artiste peintre	Non hospitalisé, il vit et est pris en charge à Clamart.
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	Louise V…	F	20 ans	Faux ulcère d'estomac, vomissements, début d'anorexie *(secondaire)*	Famille refuse son mariage (chagrin qui déclenche vomissements)		Salpêtrière, salle Pinel, elle entre le 27 octobre 1908 et sort le 22 décembre. Isolement et réalimentation (lait).
Tinel, J.	1909	De l'anorexie hystérique	s.n	F	16 ans	Anorexie chez une hystérique (anorexie hystérique)	Sœur d'une infirmière de la Salpêtrière		Salpêtrière.
Tarrius (Épinay-sur-Seine)	1910	Cité par Noguès (1913)	Mlle X…	F	18 ans	Anorexie mentale — maigreur extrême	A une sœur.		Prescription de Thyroïdine avec de l'hydrothérapie (entrée le 5 novembre 1908, sortie le 4 mai 1909)

Janet, P.	1910	Revue Philosophique de la France et de l'Étranger	Marceline	F	21 ans (décédée à 31 ans)	Anorexie hystérique prolongée avec modification de la personnalité	D'abord prise en charge par le frère de Pierre Janet (Jules Janet).	Couturière dans un grand atelier parisien	Hôpital, puis séances d'hypnose.
Buffet Delmas, Dr	1911	Anorexie mentale chez un nourrisson,	X…	M	22 mois	Anorexie mentale chez un nourrisson	Petit-fils de Buffet-Delmas		Cathétérismes répétés.
Samy Kamal, M.	1911	L'anorexie mentale	F. B. *(observation reprise au Dr Weill).*	F	12 ans	Anorexie mentale	La malade est l'aînée.		5 juillet 1905 entre à la Charité.
Samy Kamal, M.	1911	L'anorexie mentale	Y. F. (observation reprise au Dr Weill).	F	13 ans	Anorexie mentale	Grand-père goutteux, père mort urémique à 38 ans, mère impressionnable sujette aux syncopes.		
Samy Kamal, M.	1911	L'anorexie mentale	H. D. (observation reprise au Dr Weill).	F	15 ans 1/2	Anorexie mentale		Père employé de commerce.	Elle est amenée au cabinet et Weill pour dyspepsie, puis envoyée pour anorexie mentale à l'hôpital.
Samy Kamal, M.	1911	L'anorexie mentale	Dèj… Cécile (observation reprise au Dr Weill).	F	10 ans	Anorexie mentale et vomissements hystériques	Mère nerveuse, frères et sœurs en bonne santé		Isolement à l'hôpital.
Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	Mlle J.	F	17 ans	Anorexie mentale	Petite fille d'un « savant original », ainée d'une fratrie		Maison de santé. isolement, réalimentation, douches (« 20° 2 fois par jours puis à 10° quelques secondes »),

									psychothérapie (« causerie sans suggestion ni hypnotisme »).
Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	s.n	F	19 ans	Anorexie mentale	Mère décédée	Région Angers/Le Mans	Maison de santé du pré. Thérapeutique morale « À ces entretiens psychothérapiques n'est adjoint aucun traitement médicamenteux ni hydrothérapique »
Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	Mlle H.	F	18 ans	Anorexie mentale	Fille unique, pas d'antécédents héréditaires	Fille de cultivateurs (« petits cultivateurs de condition modeste, gérant eux-mêmes la terre sur laquelle ils habitent »)	Maison de santé hydrothérapique, en dernier lieu traitement opothérapeutique ovarien et thyroïdien.
Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	Mlle C.	F	24 ans	Anorexie mentale	Parents qui la gâtent, mauvais caractère		Maison de santé, réalimentation, électrothérapie.
Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	Mme L. A.	F	24 ans	Anorexie mentale, rechute/guérison	En pension jusque 15 ans, puis rentre dans sa famille, mariée à 20 ans.		Maison de santé, isolement, alitement absolu.

Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	M. M.	M	26 ans	Anorexie mentale — mort par inanition	Docteur en sciences	Marié	Maison de santé, isolement (elle meurt dans les 5 semaines qui suivent, effet inverse de celui escompté de la présence du médecin).
Noguès, G.	1913	Psychopathologie de la faim	Mlle G.	F	16/17 ans	Anorexie mentale secondaire à une psychose caractérisée	Père en asile, mère morte en couches, vit avec sa tante.		Maison de santé, isolement (elle meurt dans le mois qui suit son hospitalisation : fièvre, dyspnée).
Hutinel, V.	1914	Anorexie mentale, Pédiatrie revue mensuelle	s.n	F	12 ans	Anorexie mentale	Amenée par sa mère qui est interrogée.		Hôpital des enfants malades.
Hutinel, V.	1914	Anorexie mentale, Pédiatrie revue mensuelle	s.n	M	« Grand étudiant en médecine »	Anorexie neurasthénie			Isolé dans une maison d'hydrothérapie, il y gagna 15 kilos en deux mois et demi.
Hutinel, V.	1914	Anorexie mentale, Pédiatrie revue mensuelle	s.n	F	17 ans	Anorexie mentale	Deux oncles médecins		Maison de santé, isolement
Hutinel, V.	1914	Anorexie mentale, Pédiatrie revue mensuelle	s.n	F	n.s	Anorexie mentale	Femme d'un de ses anciens élèves	Femme de médecin (?)	Envoi dans une maison de régime, celle d'André Thomas. En quelques mois son poids augmenta de vingt kilogs.
Weill, E.	1922	Pédiatrie, organe de la société française de pédiatrie	Paulette	F	6 mois	Anorexie (refuse lait de vache)	Père adjudant (militaire) et mère qui travaille		Gavage inefficace, suc de viande efficace.

Weill, E.	1922	Pédiatrie, organe de la société française de pédiatrie	Nicolle	F	7 mois				Cathétérisme de l'œsophage supérieur avec une bougie de Bouchard (calibre 20), dilatation de l'œsophage supérieur.
Weill, E.	1922	Pédiatrie, organe de la société française de pédiatrie	G. G.	F	3 ans			Vit à Aubenas.	Trois séances de cathétérisme avec une sonde de Bouchard, le 18, le 20 et le 22 octobre 1920.
Weill, E.	1922	Pédiatrie, organe de la société française de pédiatrie	X… (par confrère)	F	2 ans environ				Cathétérismes répétés.
Donnadieu, M.-J.-A.	1931-1932	L'anorexie mentale et ses caractères psychologiques	Germaine D.	F	16 ans	Anorexie mentale	Vague idée qu'elle serait homosexuelle (elle reçoit des lettres d'amour d'une de ses camarades).	« Germaine V était une jeune fille intelligente et instruite », elle voulait passer le concours d'institutrice, elle lit beaucoup ».	Mise dans une maison de santé (trois semaines).
Donnadieu, M.-J.-A.	1931-1932	L'anorexie mentale et ses caractères psychologiques	D. Jacques	M	17 ans	Anorexie mentale	Surmenage scolaire, pensées érotiques et « pollutions voluptueuses » qui arrivent avec la puberté.		

Donnadieu, M.-J.-A.	1931-1932	L'anorexie mentale et ses caractères psychologiques	Pauline D.	F	26 ans	Anorexie mentale	Attachée à son père qu'elle maudit et considère comme source de son mal.		
Donnadieu, M.-J.-A.	1931-1932	L'anorexie mentale et ses caractères psychologiques	Jeanne C.	F	28 ans	Anorexie mentale	Attirée sexuellement par son beau-frère, le mari de sa sœur jumelle		Radiographies qui n'ont montré aucun souci de l'estomac.
Donnadieu, M.-J.-A.	1931-1932	L'anorexie mentale et ses caractères psychologiques	Pierre	M	16 ans	Anorexie mentale			Placement en maison de santé (Castel d'Andorte) où il est surveillé par des infirmières, sous la direction d'un médecin qui le voit chaque jour. Les visites des parents sont complètement supprimées et l'alimentation étroitement surveillée. Mesure du périmètre thoracique qui augmente avec alimentation.
Stoerr, É. E.	1932	L'Anorexie mentale	s.n	M	22 ans	Anorexie mentale		Brigadier de profession	Pris en charge à l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon (observé en 1903), lavage d'estomac,

									sonde de lavage puis repos au lit.
Stoerr, É. E.	1932	L'Anorexie mentale	s.n	F	17 ans	Anorexie mentale	Parents qui refusent l'éloignement.		« gavage occulte », « alitement continu, sous surveillance, avec alimentation au commandement du médecin et sous son contrôle », placée loin de la famille dans une maison de santé ouverte (chez Dr. C).
Nobécourt, P.	1934	Considérations sur la maigreur l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement	Hélène	F	6 ans 4 mois	Anorexie mentale	Père sujet aux bronchites. Deux sœurs plus âgées, toutes deux bien portantes. Mère meurt d'une pneumonie double peu de temps après l'accouchement. Enfant placée en nourrice jusqu'à son entrée à l'hôpital, contracte à 2 ans la rougeole.		Entrée salle Parrot.

Nobécourt, P.	1935	L'anorexie mentale ou psychique	Denise	F	14 mois/9 ans/13 ans	Anorexie mentale	Parents nerveux et arthritiques. Elle est « élevée au sein d'une bonne nourrice ».		Hôpital des Enfants malades.
Nobécourt, P.	1935	L'anorexie mentale ou psychique	Bernard	M	14 ans			Père qui est un confrère de Nobécourt.	Amené par son père à l'Hôpital des Enfants malades.
Nobécourt, P.	1935	L'anorexie mentale ou psychique	Simone	F	15 ans	Anorexie mentale	C'est une « petite mentale » car elle se met souvent en colère, elle « a mauvais caractère »		Amenée par sa mère à l'Hôpital des Enfants malades.

Nobécourt, P.	1935	L'anorexie mentale ou psychique	Solange	F	14 ans et 4 mois	Anorexie mentale			Hôpital des Enfants malades.
Nobécourt, P.	1935	L'anorexie mentale ou psychique	Françoise	F	9 ans et 8 mois	Anorexie, « symptôme prédominant »	« Elle a toujours petit appétit. Depuis l'âge de 5 ans, elle se plaint de temps en temps de douleurs d'estomac et a des vomissements ».		
Nobécourt, P.	1935	L'anorexie mentale ou psychique	Jeanne	F	15/16 ans	Anorexie mentale	« Ses règles sont normales. L'examen médical est négatif. Je ne puis découvrir la cause de l'anorexie. Quelle que soit la cause occasionnelle, il y a toujours intervention d'un terrain névropathique ».		

Comby, J.	1938	Maladie de Simmonds et anorexie mentale	s.n (cas repris de Stévenin et Gaube)	F	17 ans		Vit à la campagne, désœuvrement et isolement.		Régime normal, solution de Bourget. Injection intramusculaire chaque deux jours de chlorhydrate de cystéine. Le 16 juin, 42, .100 grammes, deux injections par semaine de benzoate de folliculine ; le 26 juin, 43 800 grammes. Tension artérielle 12-7,5. La malade sort guérie de l'Hôpital. Revue le 9 juillet, elle a engraissé de 80,0 grammes.
Comby, J.	1938	Maladie de Simmonds et anorexie mentale	s.n	F	14,5 ans		Antécédents héréditaires très lourds : père aliéné, mère névropathe, anxieuse, craignant toujours que sa fille mange trop. Une sœur psychopathe exhibition-niste.		Hôpital des enfants malades

Comby, J.	1938	Maladie de Simmonds et anorexie mentale	s.n	F	19 ans	Anémie, absence des règles, anorexie, insomnie, nervosité. Aspect d'une fillette de 14 ans.			L'anorexie, les troubles nerveux et digestifs ayant cédé, on reprend antéhypophyse et folliculine, extrait corticosurrénal, cystéine. Les règles apparaissent ; traitement continu pendant plusieurs mois.
Comby, J.	1938	Maladie de Simmonds et anorexie mentale	s.n	F	18 ans	Troubles nerveux, anorexie, maigreur.			Séjour de quelques mois en maison de santé.

Annexe 3

Tableau des bornes et définitions des âges de la vie

Auteur et référence	Notions
Godin, P. (1901/1903). Rôle de l'anthropométrie en éducation physique ; Recherches anthropométriques sur la croissance	**Croissance/développement**
	« L'étude de la croissance fait suite à l'embryologie avec laquelle elle constitue l'anatomie du développement » ; Ensemble de mesures d'enfants ayant entre 13 et 15 ans.
Commission hygiène de l'enfance (1911), sous-commission première enfance.	**Troisième enfance**
	Les enfants « âgés de 2 à 7 ans appartiennent précisément à une période que les médecins et les hygiénistes appellent troisième enfance ».
	Premier âge scolaire
	Période de la troisième enfance qui constitue le premier âge scolaire (réparti en trois classes d'âge intellectuel).
Mayet, L. (1913). Le développement de l'enfant	**Croissance**
	Croissance inclut enfance et puberté (qui fait à ce titre partie de l'enfance).
	Enfance
	De la naissance à la puberté.
	Puberté
	De 12 ans à 15 ans chez les filles. De 14 ans à 18 ans chez les garçons.
Nobécourt, P. (1929). Les enfants trop petits	**Croissance**
	Développement de l'organisme et plus spécifiquement « l'augmentation de la longueur, la croissance staturale, depuis la fécondation et la formation du nouvel être jusqu'au moment où la taille a atteint son maximum ». « Dans l'espère humaine, la période de croissance comprend la vie intra-utérine, l'enfance et la jeunesse ». Arrêt de la croissance à 20 ans chez les filles et à 23 ans chez les garçons.
	Puberté
	Les phénomènes qui accompagnent l'activation et le perfectionnement de ces glandes sexuelles « influent grandement sur le rythme de la croissance ; vers la même époque apparaissent les caractères sexuels secondaires et se produisent d'importantes modifications somatiques, physiologiques et psychiques. Cet ensemble de manifestations caractérise la puberté ». Poils pubiens qui se développent de 12 à 15 ans chez les filles, de 14, 5 à 17 ans chez les garçons.
	Jeunesse
	Avec l'achèvement de la puberté, entrée dans la jeunesse. « la période internubilo-pubertaire ». Phase qui comprend la phase terminale de la puberté.

	Se termine à 18 ans chez les filles. Se termine à 20 ans chez les garçons.
	Nubilité
	Âge où « la jeune fille et le jeune homme sont nubiles, c'est-à-dire des reproducteurs aussi parfaits que leur permet leur constitution individuelle ».
Weill, E. (1922). Pharyngo-spasme infantile ou anorexie mentale	**Première enfance**
	De 2 à 5 ans.
	Seconde enfance
	De 6 à 9 ans.
Molliere, A. (1910). Alimentation et éducation	**Développement**
	« Période de développement » de 13 ans à 15 ans (avec instabilité plus grande chez les filles).
Bonnette, P. (1905). La limite d'âge physiologique des engagements volontaires	**Développement**
	« C'est plutôt à 25 ans qu'à 21 ans qu'est achevé le développement du corps et que celui-ci présente le maximum de force. Mais un ajournement du service militaire à un âge plus avancé aurait trop d'inconvénients individuels et sociaux pour qu'il soit possible d'y songer ».

ANNEXES DE LA PREMIÈRE PARTIE

Annexe 4 — Affiche du tableau « Une leçon clinique à la Salpêtrière » d'André Brouillet

Annexe 5 — Triptyque « L'Œuvre de la Goutte de lait » au dispensaire de Belleville (Jean Geoffroy, 1903)

Annexe 6 — « L'attente dans un dispensaire » (la goutte de lait de Passy)

Annexe 7 — Tables de croissance de filles et de garçons, d'un an à seize ans (1906)

Annexe 8 — Courbe graphique du développement statural de l'enfant P… Madeleine (1912)

Annexe 9 — Comparaison des moyennes de taille (1925)

Annexe 4

Affiche du tableau « Une leçon clinique à la Salpêtrière » d'André Brouillet

Cette affiche est disposée face au tableau d'André Brouillet, qui est exposé à l'entrée du Musée d'histoire de la Médecine de la Faculté de Médecine de Paris.



Annexe 5

Triptyque « L'Œuvre de la Goutte de lait » au dispensaire de Belleville » de Jean Geoffroy, 1903



Source : Paris Musée [en ligne] https://www.parismuseescollections.paris.fr/fr/petit-palais/oeuvres/l-oeuvre-de-la-goutte-de-lait-au-dispensaire-de-belleville-triptyque#infos-secondaires-prolongement

Annexe 6

« L'attente dans un dispensaire » (la goutte de lait de Passy)

Photographie de Paul Géniaux prise entre 1895 et 1905. Elle contraste avec le tableau de Jean Geoffroy, où les visages apparaissent bien plus joviaux.



Source : Paris Musée Carnavalet, collection en ligne [en ligne] https://www.parismuseescollections.paris.fr/es/node/93027#infos-principales

Annexe 7

Tables de croissance de filles et de garçons, d'un an à seize ans (1906)

***Tables comparatives de croissance** (taille) contenant les résultats de Variot et Chaumet (Paris), ceux de Quételet (Bruxelles), de Bowditch (Etat de Massachussets), de Rotch (Boston).*

TABLEAU B

GARÇONS					FILLES				
Ages	Tailles				Ages	Tailles			
	Quételet [1]	Bowditch	Morgan Rotch	Variot et Chaumet		Quételet	Bowditch	Morgan Rotch	Variot et Chaumet
1 à 2	69.8	74.0	73,8	74.2	1 à 2	69.0	70.8	74.1	73.6
2 à 3	79.1	83.4	84,5	82.7	2 à 3	78.1	80.2	82.3	81.8
3 à 4	86.4	92.1	92.6	89.1	3 à 4	85.4	90.6	90.7	88.4
4 à 5	92.7	100.3	98.2	96.8	4 à 5	91.5	97.4	97.0	95.8
5 à 6	98.7	105.6	103.9	103.3	5 à 6	97.4	104.9	103.2	101.9
6 à 7	104.6	111.1	109.3	109.9	6 à 7	103.1	110.1	108.3	108.9
7 à 8	110.4	116.2	114.3	114.4	7 à 8	108.7	115.6	113.8	113.8
8 à 9	116.2	121.3	119.4	119.7	8 à 9	114.2	120.9	118.9	119.5
9 à 10	121.8	126.2	124.2	125.0	9 à 10	119.6	125.4	123.4	124.7
10 à 11	127.3	131.3	129.2	130.3	10 à 11	124.9	130.4	128.3	129.5
11 à 12	132.5	135.4	133.3	133.6	11 à 12	130.1	135.7	133.5	134.4
12 à 13	137.5	140.0	137.7	137.6	12 à 13	135.2	141 9	139.7	141.5
13 à 14	142.3	145.3	143.0	145.1	13 à 14	140.0	147.7	145.4	148.6
14 à 15	146.9	152.1	149.7	153.8	14 à 15	144.6	152.3	149.8	152.9
15 à 16	151.3	158.2	»	159.6	15 à 16	148.8	155.2	»	154.2

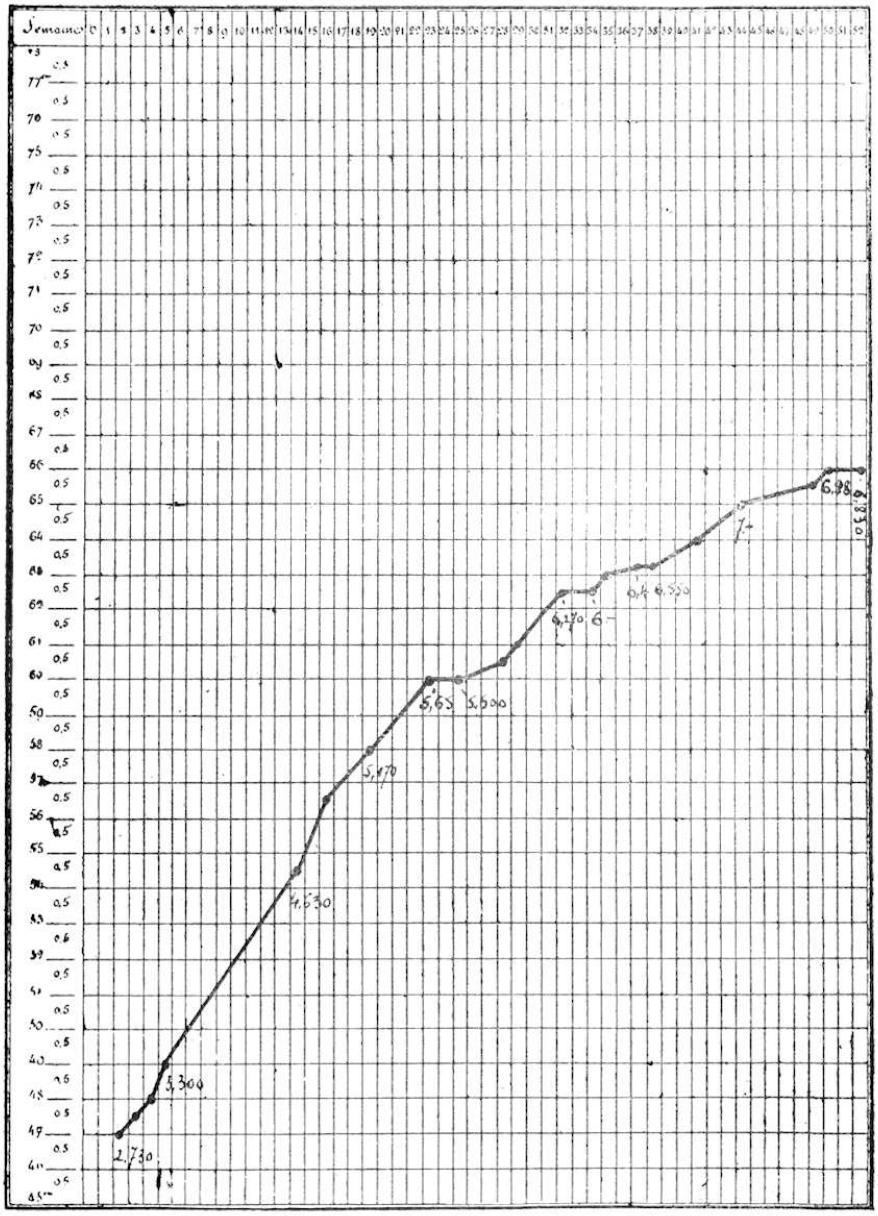
[1] Quételet ayant mesuré les mêmes sujets, en très petit nombre, d'année en année, le résultat absolu ne peut être comparé aux autres tables, qui sont dressées sur des individus compris entre deux années consécutives : 1 à 2, 2 à 3, etc.

Source : Chaumet, Ed., Variot, G. (1906). « Tables de croissance des enfants parisiens de 1 à 16 ans », Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, Ve Série, t.7, p. 56.

Annexe 8

Courbe graphique du développement statural de l'enfant P… Madeleine, de la naissance à un an (1912)

Il s'agit d'une des illustrations présentées par le médecin Alfred Rusesco, collègue de Gaston Variot, dans une communication donnée devant la *Société d'anthropologie de Paris* en 1912.

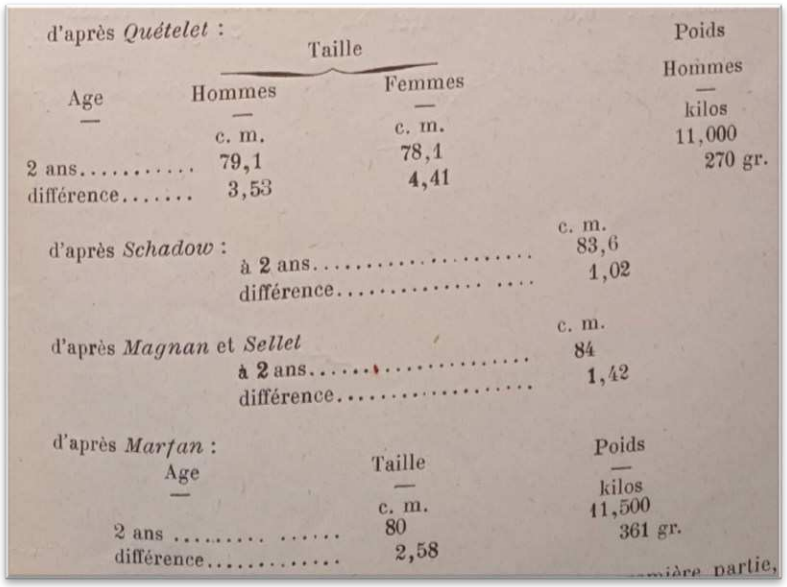


Source : Rusesco, A. (1912). « Courbes graphiques de la taille des enfants de la naissance à un an montrant la synergie entre le développement du poids et de la taille », Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, t.6, p. 116.

Annexe 9

Comparaison des moyennes de taille (1925)

En 1925, le Dr Variot présente avec le Dr Rusesco à la *Société d'anthropologie de Paris* des « Tables de croissance des enfants parisiens de 1 an à 2 ans », dans lesquelles sont répertoriés le poids moyen et la taille moyenne des enfants accueillis au sein du dispensaire parisien de Belleville, de celui de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours situé à Paris-Levallois, et de celui de Montrouge. Ces tables fournissent à Variot et à Rusesco des données chiffrées de poids et de taille qu'ils comparent, comme ci-dessous, avec celles produites plusieurs années auparavant par des scientifiques comme Adolphe Quételet, ou des médecins comme Antoine Marfan. Ces données sont ensuite reprises par d'autres médecins s'intéressant au développement physiologique des enfants.



d'après *Quételet* :

Age	Taille Hommes	Taille Femmes	Poids Hommes
—	—	—	—
	c. m.	c. m.	kilos
2 ans.....	79,1	78,1	11,000
différence.....	3,53	4,41	270 gr.

d'après *Schadow* :

	c. m.
à 2 ans.....	83,6
différence.....	1,02

d'après *Magnan* et *Sellet*

	c. m.
à 2 ans.....	84
différence.....	1,42

d'après *Marfan* :

Age	Taille	Poids
—	—	—
	c. m.	kilos
2 ans	80	11,500
différence.....	2,58	361 gr.

...ière partie,

Source : Variot, G. et Rusesco, A. (1925). « Tables de croissance des enfants parisiens de 1 à 2 ans », Bulletins et mémoires de la société d'Anthropologie de Paris, p. 221.

ANNEXES DE LA DEUXIÈME PARTIE

Annexe 10 — Courbe de poids des filles et des garçons de onze à dix-neuf ans
Annexe 11 — Trois patientes anorexiques avant/après traitement (W. W. Gull, 1874)
Annexe 12 — Dessin de Miss K. R. avant/après traitement (W. W. Gull, 1887)
Annexe 13 — Illustration d'une patiente avant/après traitement (1881)
Annexe 14 — Photographie d'un cas d'anorexie nerveuse, avant/après traitement (1884)
Annexe 15 — Fiche anthropométrique d'Alphonse Bertillon (1902)
Annexe 16 — Photographies : enfants et adultes « types mongoliens »
Annexe 17 — Photographie scientifique de Blanche H.
Annexe 18 — Exercice de la marche à l'institut médico-pédagogique de Vitry
Annexe 19 — Schéma des proportions morphologiques : type respiratoire
Annexe 20 — Photographie stéréométrique : femme de dix-sept ans, type respiratoire
Annexe 21 — Schéma des proportions morphologiques : type digestif
Annexe 22 — Photographie stéréométrique : femme de vingt-huit ans, type digestif
Annexe 23 — Schéma des proportions morphologiques : type musculaire
Annexe 24 — Photographie stéréométrique : femme de vingt-sept ans, type musculaire
Annexe 25 — Schéma des proportions morphologiques : type cérébral
Annexe 26 — Photographie stéréométrique : femme de trente-six ans, type cérébral
Annexe 27 — Encart publicitaire « Pour rester mince et jeune » (1898)
Annexe 28 — Encart publicitaire « Maigrir » (1916)
Annexe 29 — Encart publicitaire « Pilules orientales » (1916)
Annexe 30 — Encart publicitaire « Grossir, c'est vieillir » (1904)
Annexe 31 — Publicité : ceinture-maillot du Dr Clarans (1916)
Annexe 32 — Tableau d'hérédité nerveuse (mutisme hystérique, J.-M. Charcot)
Annexe 33 — Antécédents héréditaires : cas de Marceline (P. Janet)
Annexe 34 — Article de presse « Le végétarisme et la beauté » (1904)

Annexe 10

Courbe de poids des filles et des garçons de onze ans à dix-neuf ans

Cette courbe est tirée d'un ouvrage de Pierre Nobécourt. Elle illustre les moyennes de poids mesurées par des médecins comme Eugène Apert ou Léon Mac-Auliffe, à la fin du XIXe siècle, chez des garçons et filles ayant entre onze ans et dix-neuf ans.

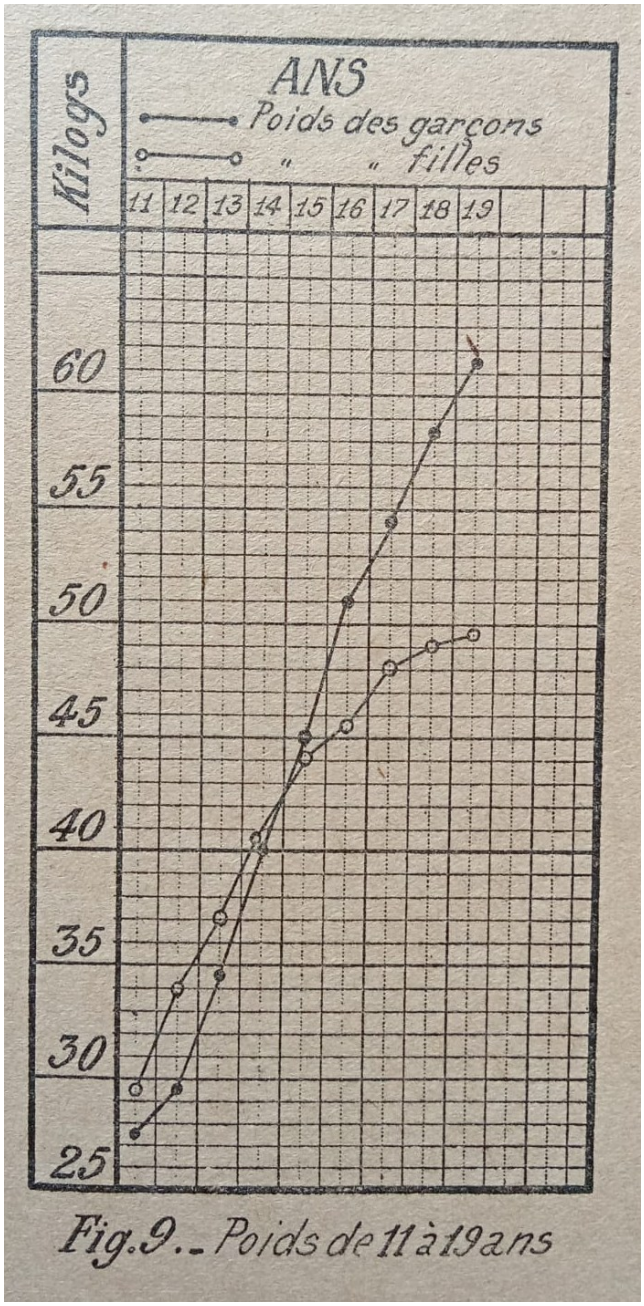


Fig. 9. – Poids de 11 à 19 ans

Source : Nobécourt, P. (1929). Les enfants trop petits, L'expansion scientifique : Paris, p. 51.

Annexe 11

Trois patientes anorexiques avant et après le traitement d'après W. W. Gull (1874)



Figure 5.1: Miss A., in W. Gull, 'Anorexia Nervosa,' in T. Dyke Acland (ed.), *A Collection of the Published Writings of William Withey Gull* (1874; London: The New Sydenham Society, 1894), pp. 305–14, on p. 306. Wellcome Library, London.



Figure 5.2: Miss B., in Gull, 'Anorexia Nervosa' (1874), p. 308. Wellcome Library, London.



Figure 5.3: Miss C., in Gull, 'Anorexia Nervosa' (1874), p. 310. Wellcome Library, London.

Source : Wilson, S. (2014). The Iconography of Anorexia Nervosa in the Long Nineteenth Century, F. Scott, J. W. Chung, & K. Scarth (Éds.), Picturing Women's Health (pp.77-104). Pickering & Chatto, p. 84.

Annexe 12

Dessin de Miss K. R. avant et après le traitement d'après W. W. Gull (1887)



Figure 5.5: Miss K. R. ('before' and 'after' picture), in Gull, 'Anorexia Nervosa,' *Lancet*, 131 (1888), pp. 516–17. Wellcome Library, London.

Source : Wilson, S. (2014). The Iconography of Anorexia Nervosa in the Long Nineteenth Century, F. Scott, J. W. Chung, & K. Scarth (Éds.), Picturing Women's Health (pp.77-104). Pickering & Chatto, p. 88.

Annexe 13

Illustration d'une patiente avant et après le traitement (1881)

No. 1.



Drawn from pen and ink sketch, showing state of patient before treatment.

No. 2.

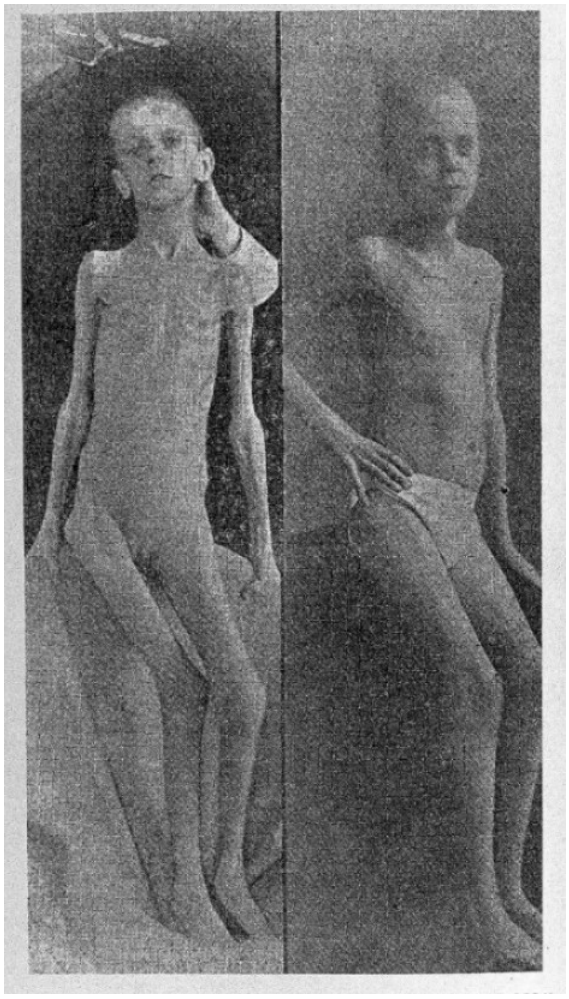


Drawn from the original photograph, showing the state of the patient after treatment

Source : Dowse, S. T. (1881). « Anorexia Nervosa », Medical Press and Circular, august 17th, p. 147.

Annexe 14

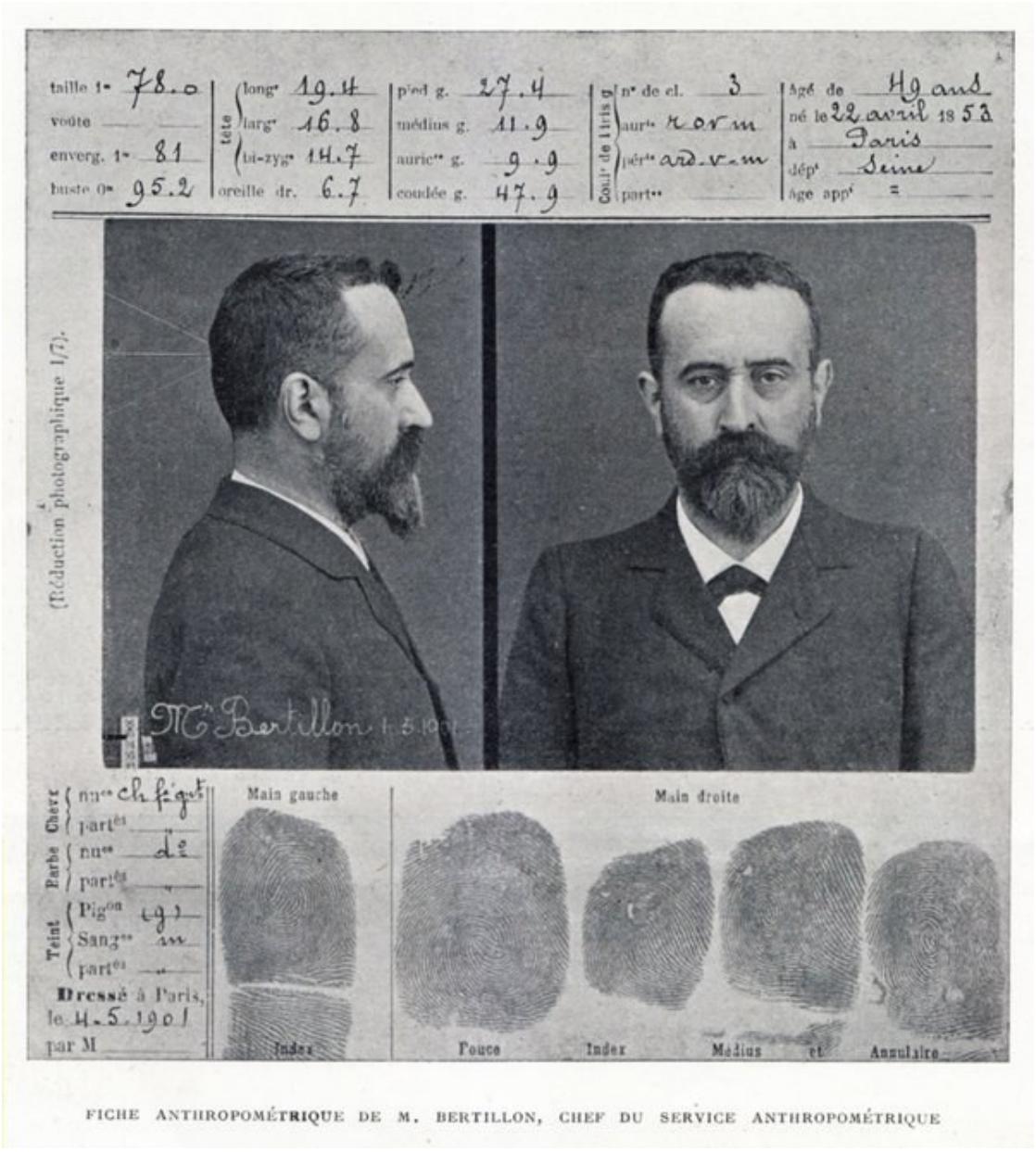
Photographie d'un cas d'anorexie nerveuse, avant et après le traitement (1884)



Source: Collins, W. J. (1894). « Anorexia nervosa », The Lancet, vol.143/January, p. 202-203.

Annexe 15

Fiche anthropométrique d'Alphonse Bertillon (1902)



FICHE ANTHROPOMÉTRIQUE DE M. BERTILLON, CHEF DU SERVICE ANTHROPOMÉTRIQUE

Source : Fiche anthropométrique de M. Alphonse Bertillon (1902) — Page 2, Musée Criminocorpus [en ligne] https://criminocorpus.org/fr/ref/114/79369/ (page consultée le 21/01/2025).

Annexe 16

Photographies d'enfants et adultes « types mongoliens »

Sur cette photographie, la toise sert d'étalon de mesure des corps. La disposition des figurants n'est pas sans rappeler la courbe de Gauss !



Source : Fonds Bourneville, Musée d'Histoire de la Médecine, Medic@ [en ligne]
https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?muhm_bournevillex06x04_F&p=8 (page consultée le 23/01/2025).

Annexe 17

Photographie scientifique de Blanche H.

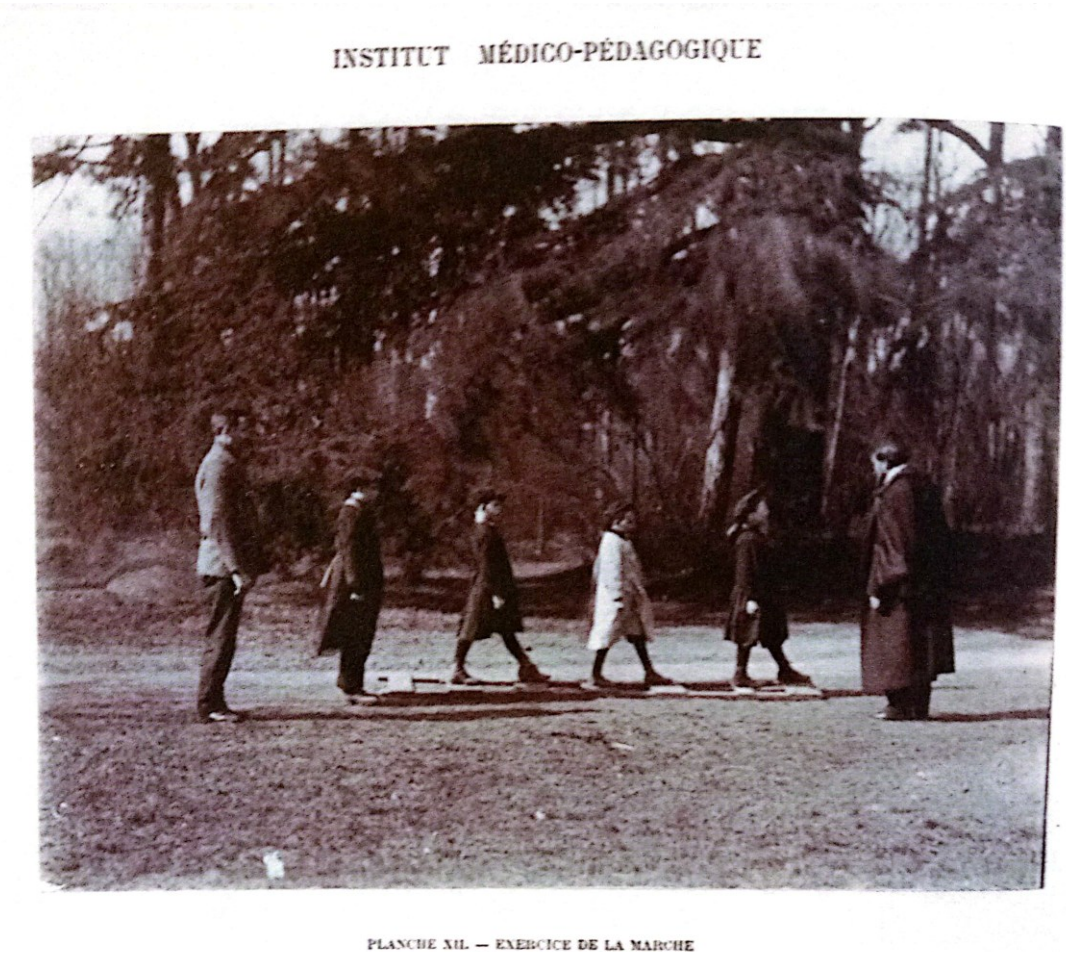


Source : Fonds Bourneville, Musée d'Histoire de la Médecine, Medic@ [en ligne]
https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?muhm_bournevillex06x02_F&p=2

Annexe 18

Exercice de la marche à l'institut médico-pédagogique de Vitry

La photographie est également un médium utilisé par Bourneville pour mettre en scène sa méthode « médico-pédagogique », comme ici avec l'exercice de la marche effectuée en plein air et sur une échelle au sol.



Source : Sandras, A., Musée d'histoire de la Médecine. (2024). L'enfance aliénée sous l'œil du Docteur Bourneville, livret de l'exposition, p. 44.

Annexe 19

Schéma des proportions morphologiques d'un homme de « type respiratoire »

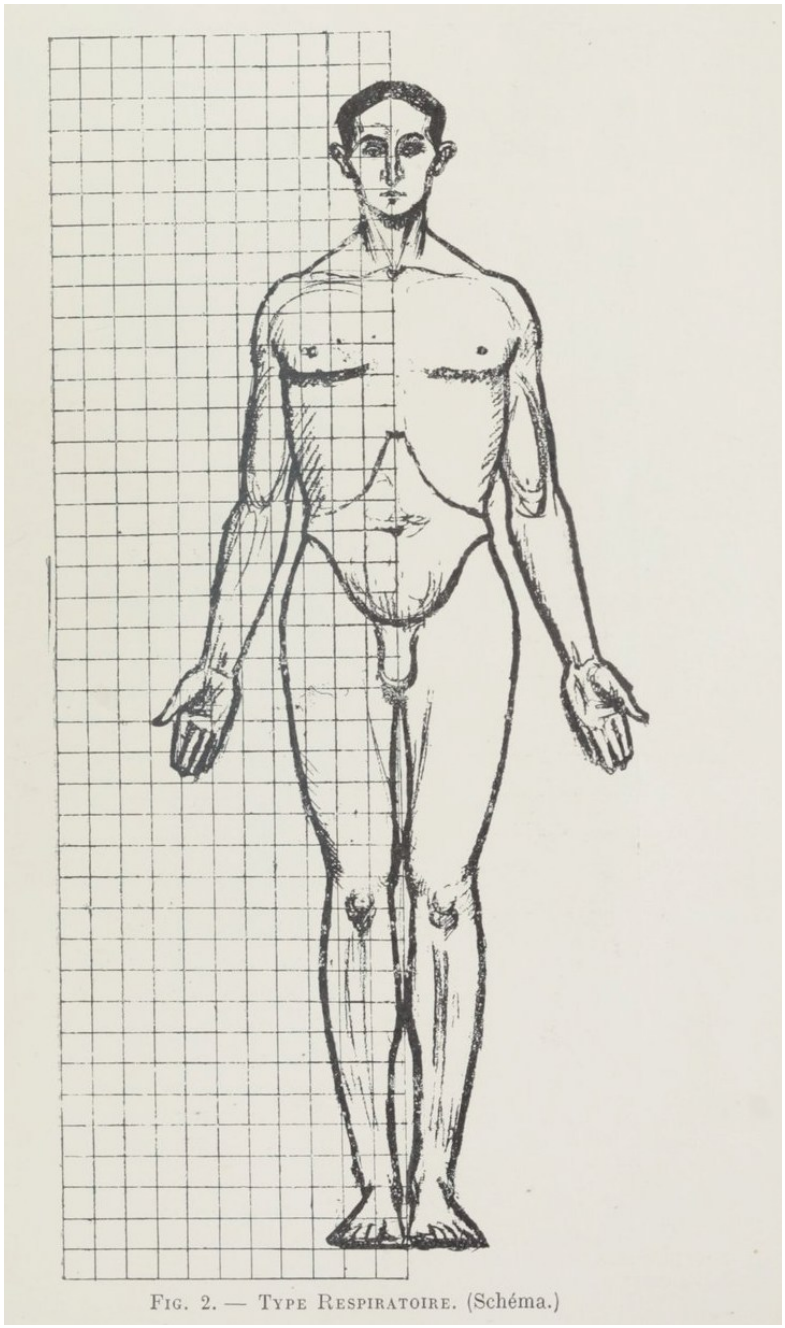


FIG. 2. — TYPE RESPIRATOIRE. (Schéma.)

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris : Doin, p.13.

Annexe 20

Photographie stéréométrique de P. G., une femme de dix-sept ans de « type respiratoire »

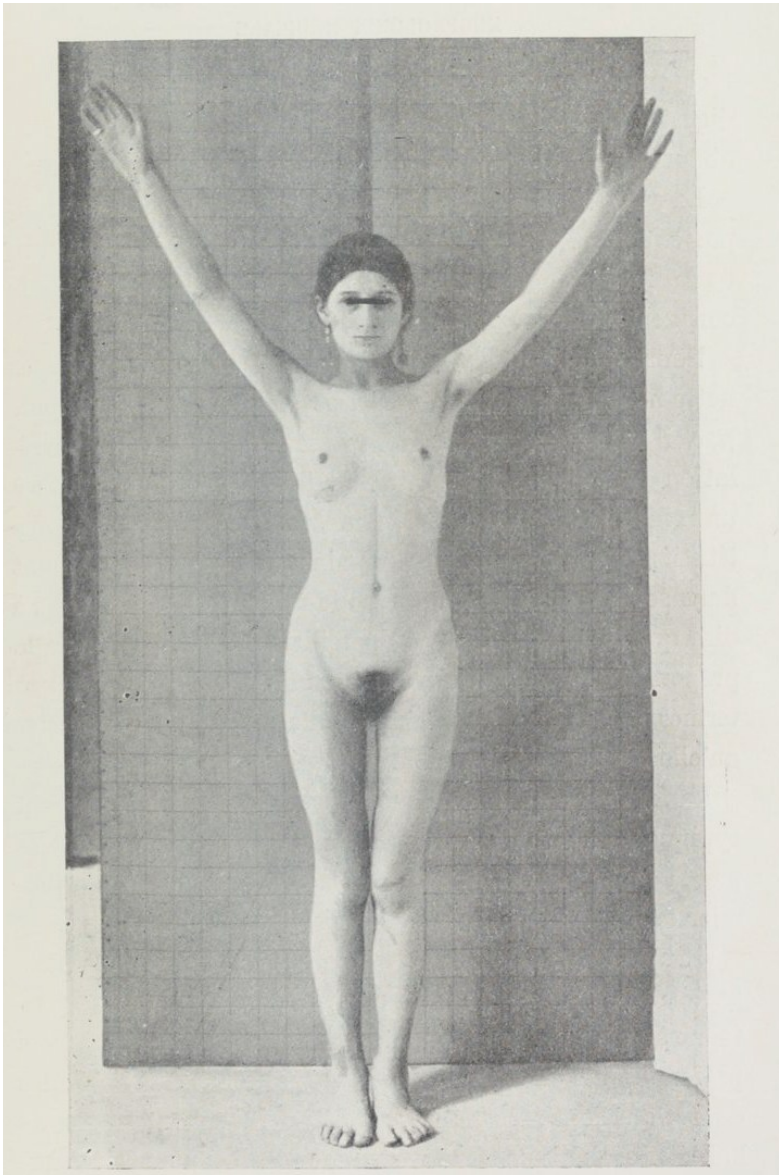


Fig. 4. — Type Respiratoire.

P. G..., 17 ans, née à Mantes, modèle. Même sujet que fig. 45, 46 et 47. (*Photographie stéréométrique à 1/10 réduite à une hauteur de 0 m. 16.*) Les fausses côtes viennent effleurer les crêtes iliaques.

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris, Doin, p. 15.

Annexe 21

Schéma des proportions morphologiques d'un homme de « type digestif »

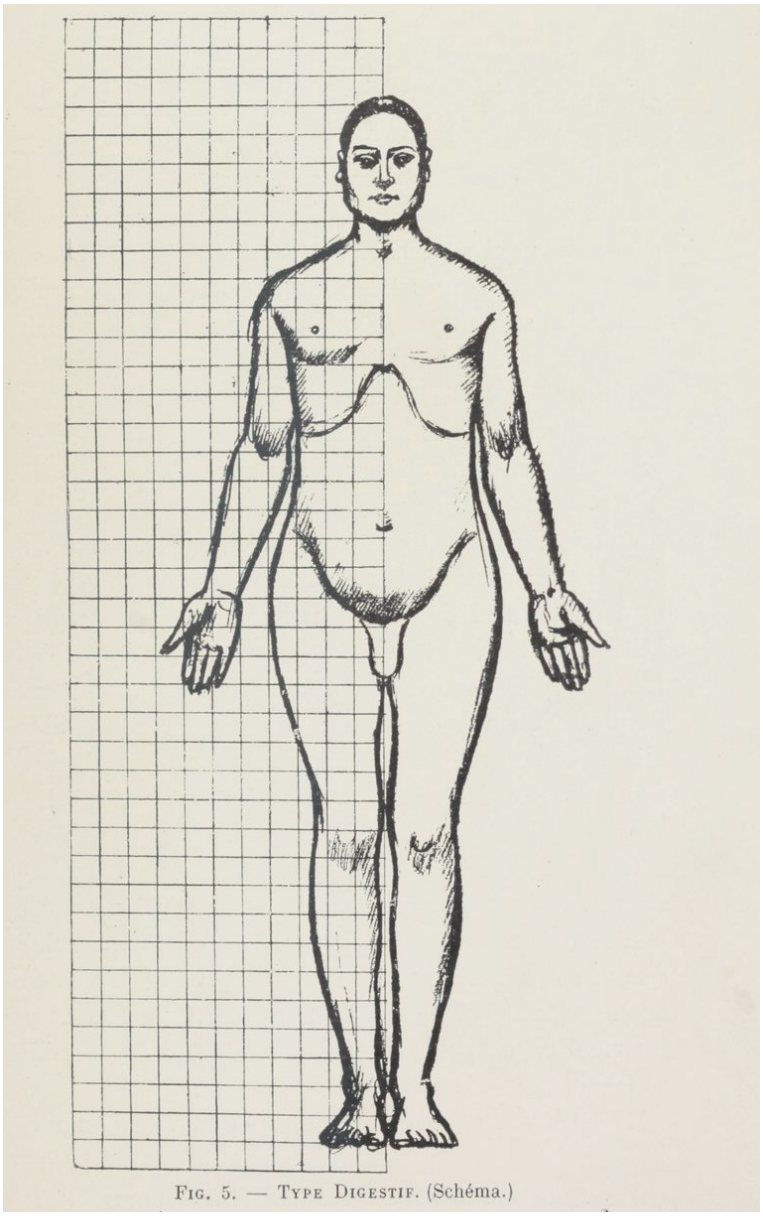


Fig. 5. — Type Digestif. (Schéma.)

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris : Doin, p. 17.

Annexe 22

Photographie stéréométrique de M…, femme de vingt-huit ans de « type digestif »

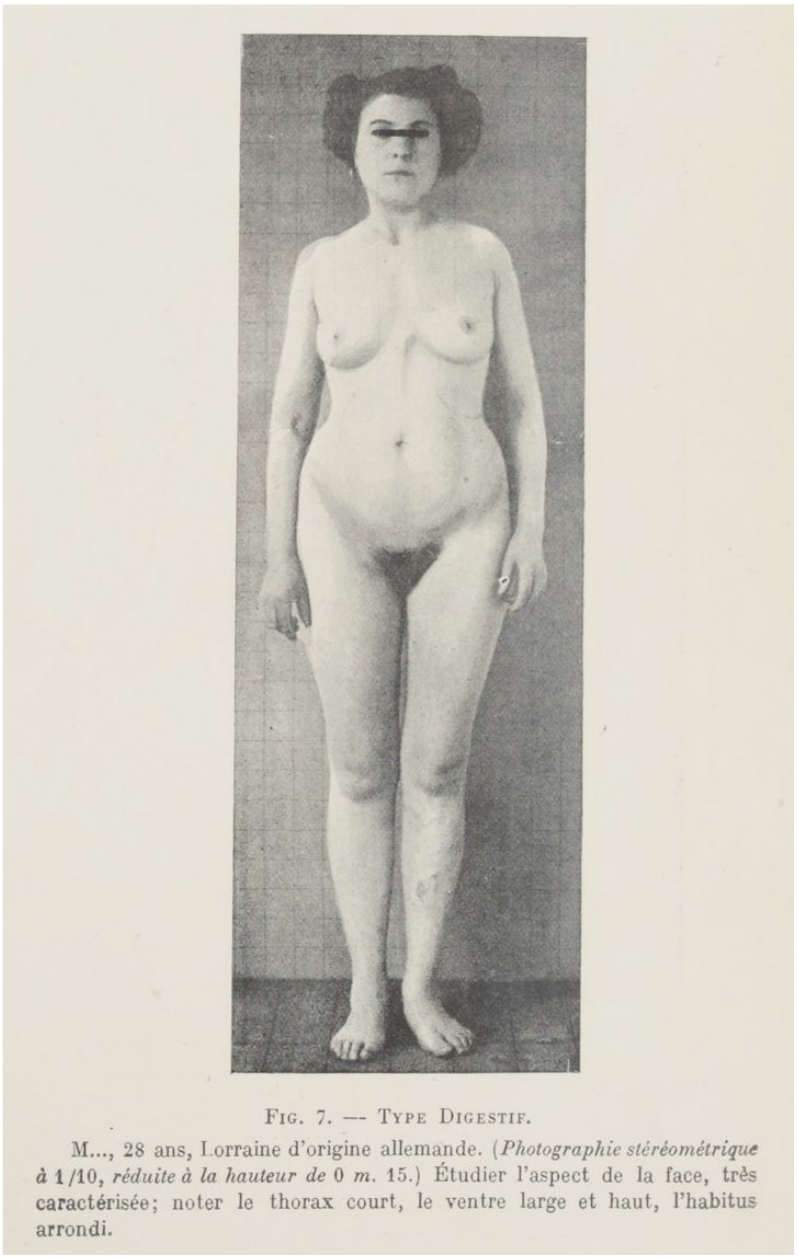


FIG. 7. — TYPE DIGESTIF.

M..., 28 ans, Lorraine d'origine allemande. (*Photographie stéréométrique à 1/10, réduite à la hauteur de 0 m. 15.*) Étudier l'aspect de la face, très caractérisée; noter le thorax court, le ventre large et haut, l'habitus arrondi.

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris : Doin, p. 20.

Annexe 23

Schéma des proportions morphologiques d'un homme de « type musculaire »

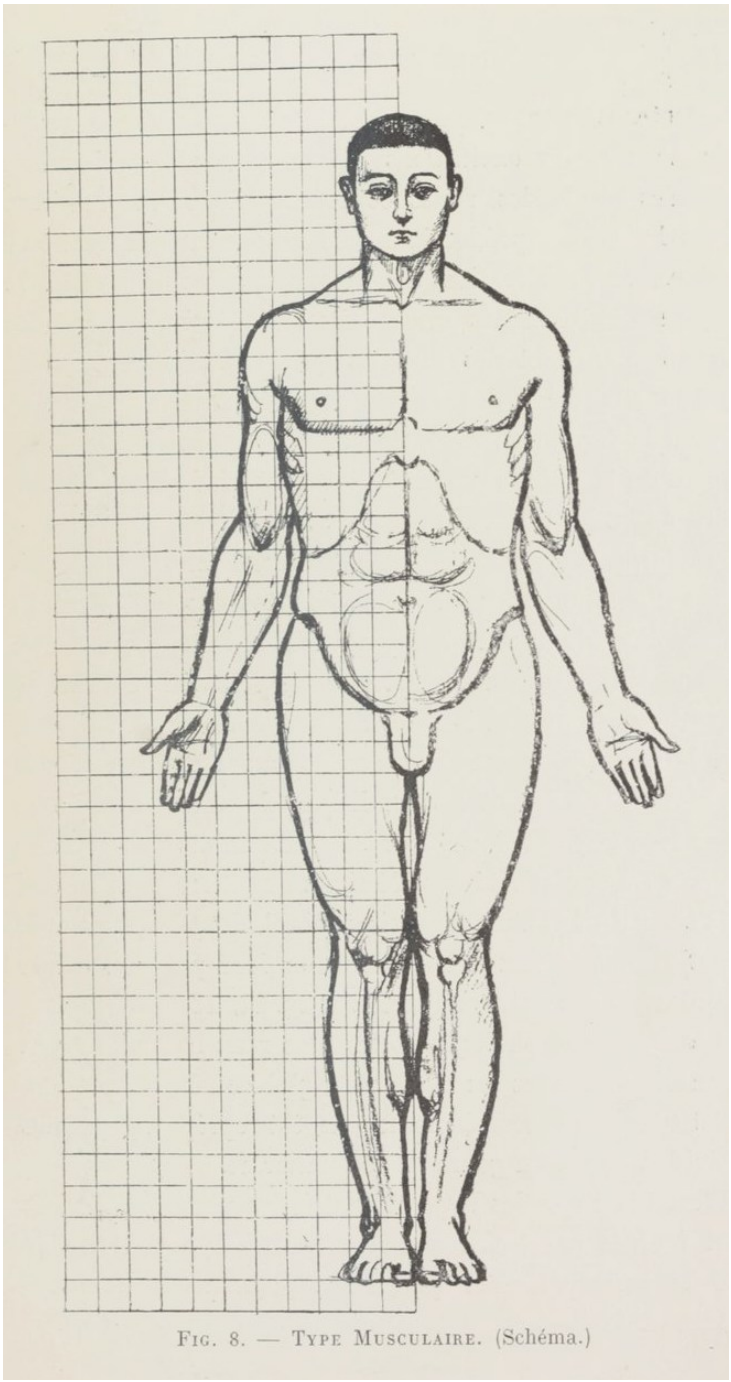


Fig. 8. — Type Musculaire. (Schéma.)

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris : Doin, p. 21.

Annexe 24

Photographie stéréométrique de Jeanne, femme de vingt-sept ans de « type musculaire »

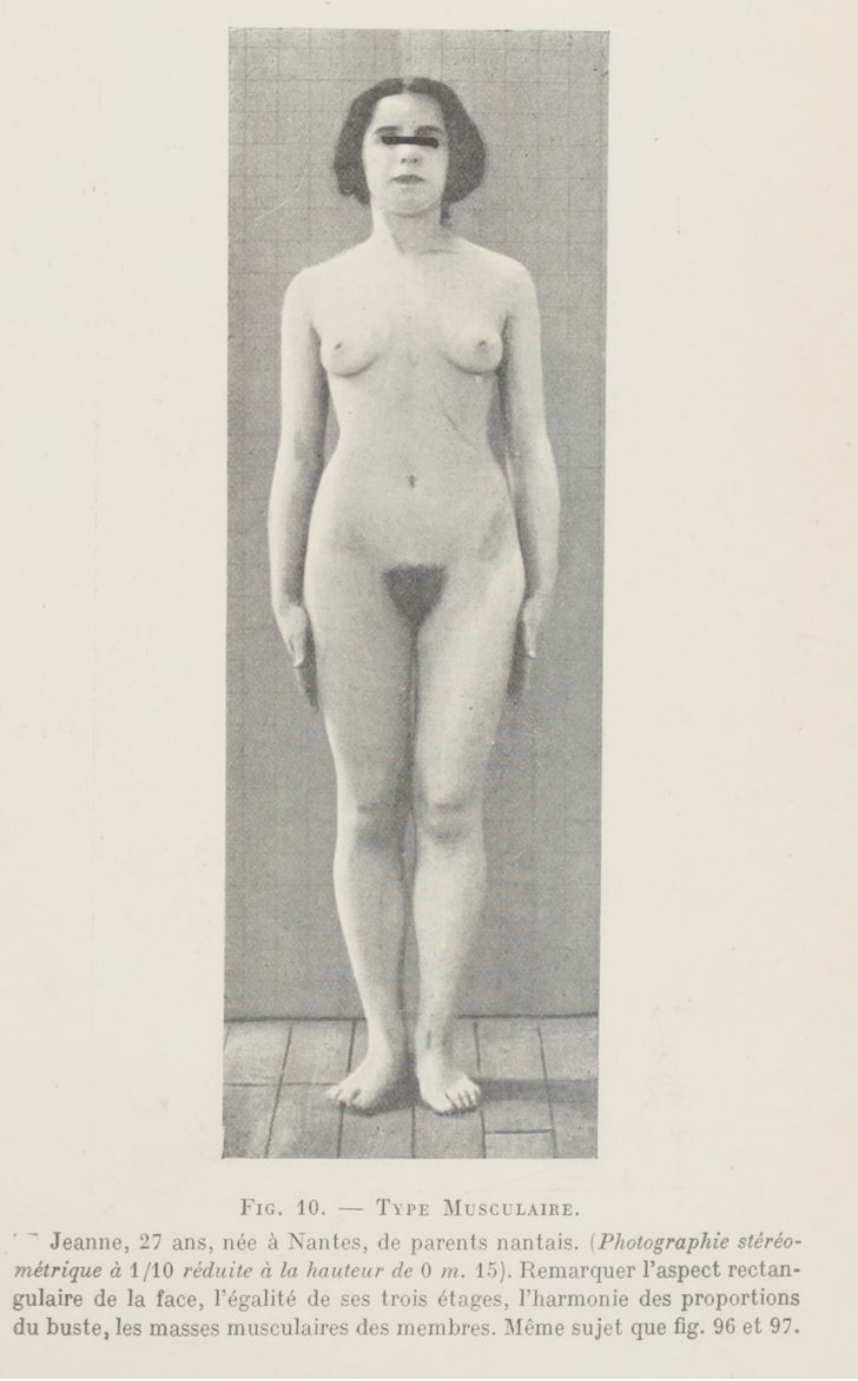


FIG. 10. — TYPE MUSCULAIRE.

Jeanne, 27 ans, née à Nantes, de parents nantais. (*Photographie stéréométrique à* 1/10 *réduite à la hauteur de* 0 *m.* 15). Remarquer l'aspect rectangulaire de la face, l'égalité de ses trois étages, l'harmonie des proportions du buste, les masses musculaires des membres. Même sujet que fig. 96 et 97.

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris, Doin, p. 24.

Annexe 25

Schéma des proportions morphologiques d'un homme de « type cérébral »

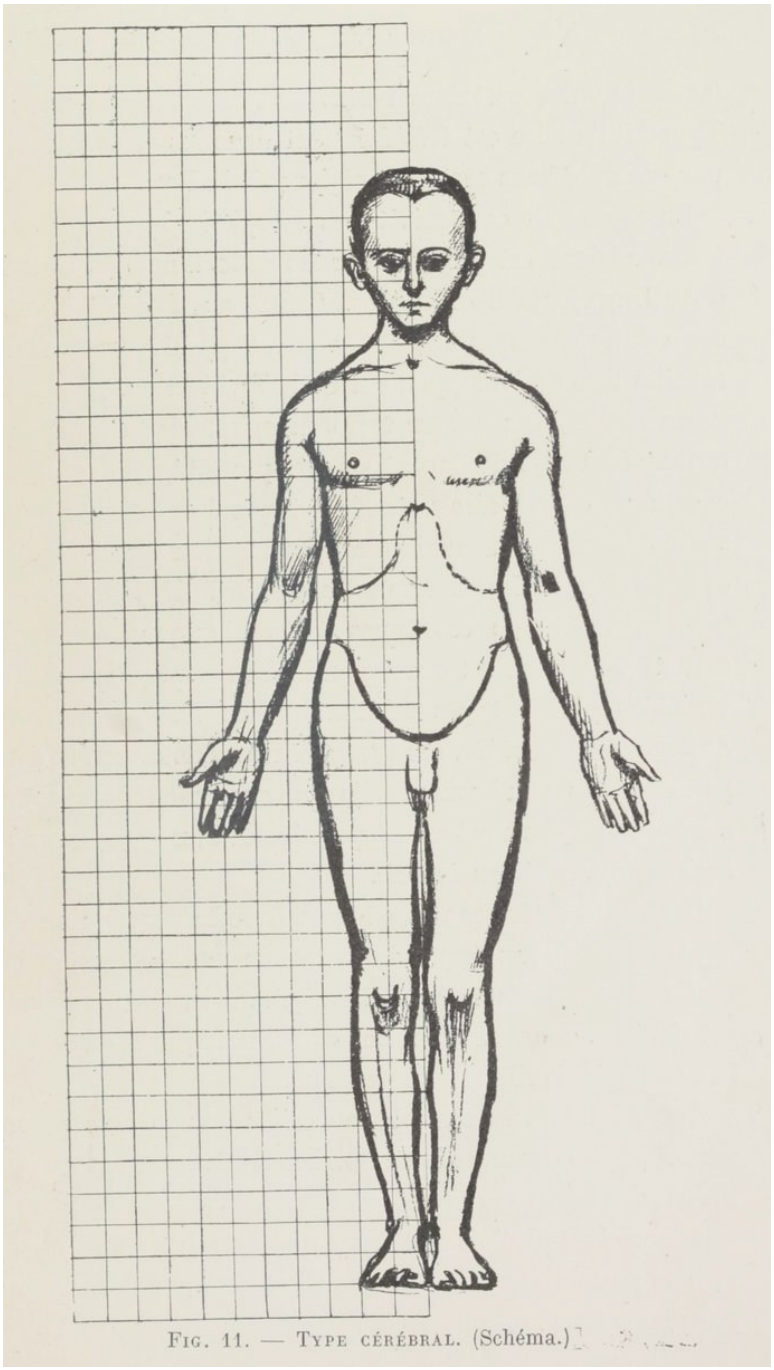


FIG. 11. — TYPE CÉRÉBRAL. (Schéma.)

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris : Doin, p. 25.

Annexe 26

Photographie stéréométrique de Mme M. L…, femme de trente-six ans de « type cérébral »

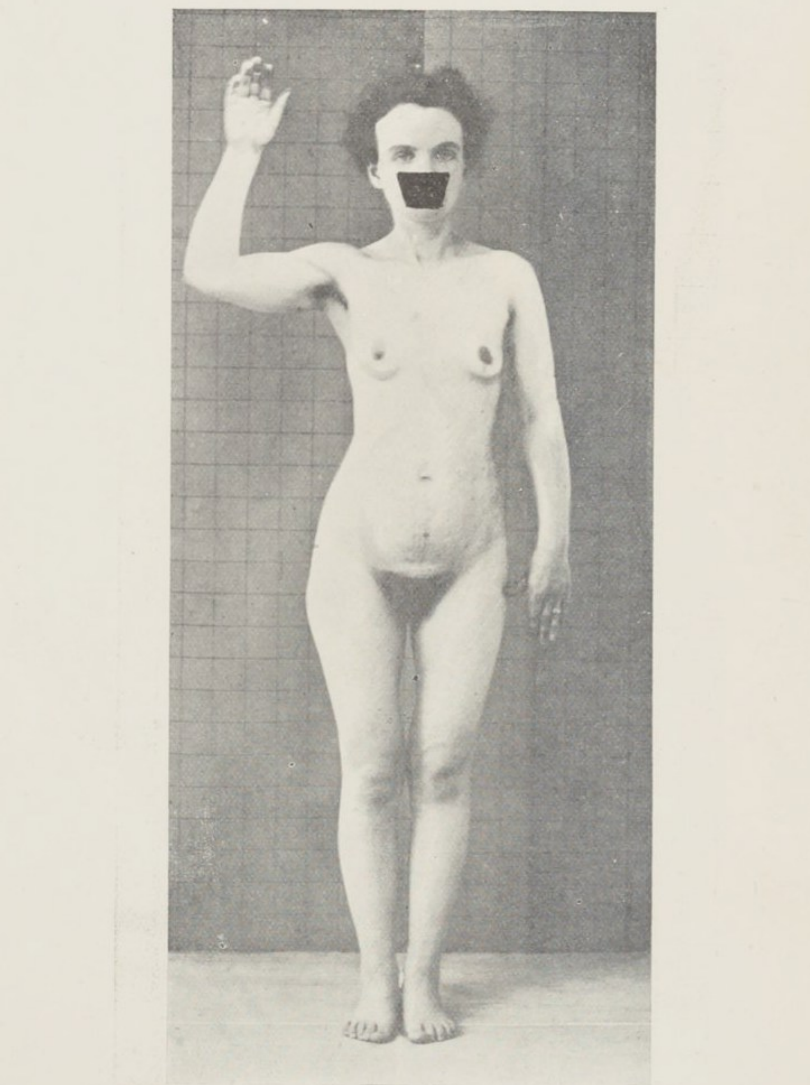


FIG. 13. — TYPE CÉRÉBRAL.

Mme M. L..., 36 ans, Parisienne. Père de Genève. Mère de Mulhouse. (*Photographie stéréométrique à* 1/10, *réduite à la hauteur de* 0 *m.* 15.) Noter la petite taille du sujet, les segments de membres petits par rapport à la taille, la hauteur du front, le faible développement de la face, l'implantation des cheveux en pointe ou « en épi ». Même sujet que fig. 120 et 121.

Source : Mac-Auliffe, L., Chaillou, A. (1912). Morphologie médicale. Étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique, Paris : Doin, p. 28.

Annexe 27

Encart publicitaire « Pour rester mince et jeune » (1898)



Source : La mode illustrée, journal de la famille (1898, 23 janvier)

Annexe 28

Encart publicitaire « Maigrir » (1916)



Source : L'illustration (1916, 29 janvier)

Annexe 29

Encart publicitaire « Pilules orientales » (1916)



Source : L'illustration (1916, 9 septembre)

Annexe 30

Encart publicitaire « Grossir, c'est vieillir » (1904)

Grossir c'est vieillir

Pour ne pas vieillir et paraître toujours jeune, il faut avant tout rester mince et combattre l'embonpoint qui diminue la grâce des formes et détruit la beauté plastique de la personne. Ce rêve est facile à réaliser par l'emploi du **Thé Mexicain du docteur Jawas**, qui fait maigrir et empêche l'accumulation de la graisse.



Grâce à ce thé, l'excès de graisse est éliminé, la constipation disparaît, le ventre diminue, les hanches s'effacent et la taille redevient fine et svelte. La personne paraît jeune, la tournure reprend sa grâce et son élégance.

Le **Thé Mexicain**, tout à fait inoffensif, n'exige aucun régime et convient à tous les tempéraments.

Il a pour base des plantes dépuratives et amaigrissantes qui purifient, enlèvent l'oppression et font maigrir sans aucun inconvénient ni danger pour la santé.

C'est une cure naturelle qui rendra sûrement élégance et souplesse à toute personne qui en ferait usage. C'est le traitement végétal indispensable pour maigrir.

Prix de la boîte avec instruction : 5 fr. 35. Les six boîtes : 28 francs, franco de port, contre mandat-poste. Expédition sans marque extérieure.

Pharmacie Richelieu, 93, rue de Richelieu, Paris.

Source : Journal des demoiselles (1892), Bruxelles.

Annexe 31

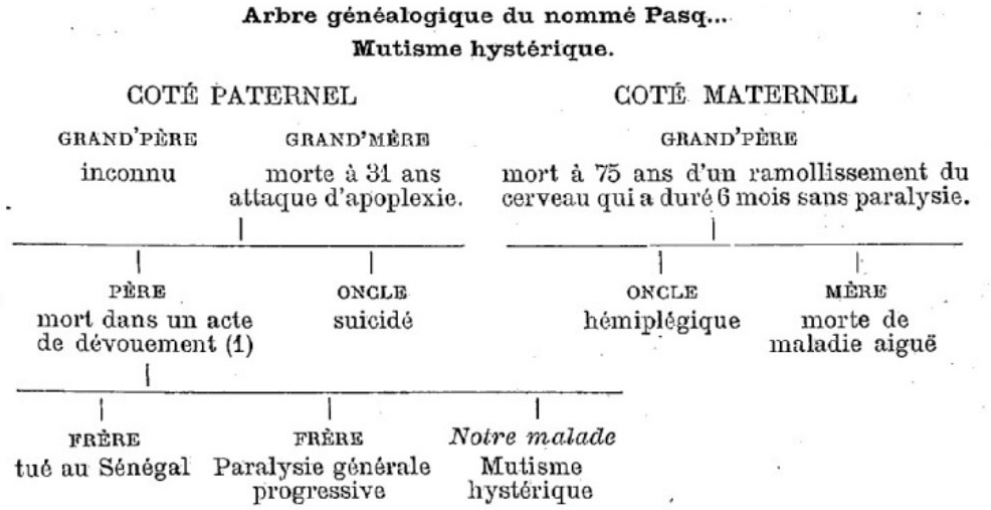
Publicité pour la ceinture-maillot du Dr Clarans (1916)



Source : L'illustration (1916, 9 septembre)

Annexe 32

Tableau d'hérédité nerveuse d'un cas masculin de mutisme hystérique, par Jean-Martin Charcot



Source : Charcot, J-M. (1888). Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-1888), Paris : Bureaux du Progrès médical, p. 261.

Annexe 33

Antécédents héréditaires du cas de Marceline, par Pierre Janet

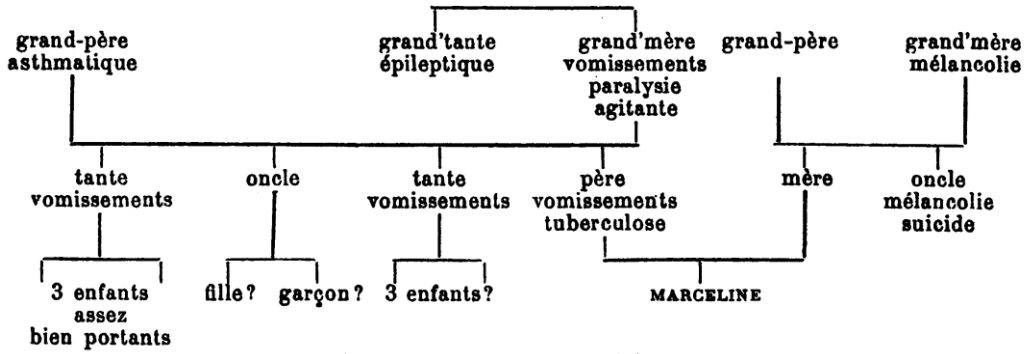


Fig. 1. — Antécédents héréditaires.

Source : Janet, P. (1910). « Une félida artficielle », Revue Philosophique de la France et de l'Étranger, Presses Universitaires de France, t.69, p. 331.

Annexe 34

Article de presse « Le végétarisme et la beauté » (1904)

Le végétarisme et la beauté

✠ ✠ ✠

Mangez des légumes. — Carottes et asperges. — Le teint de notre mère Ève. — L'état de nature.

Il n'est rien de plus favorable à la beauté de la peau et à la pureté du teint que le régime végétarien. C'est le retour à la vie naturelle, et il est à soupçonner que nos premiers parents, qui ne vivaient que des fruits de la terre, avaient une peau admirable.

Le régime carnivore travaille en faveur de la névrose, qu'accentue encore la multiplicité des mets et les insidieuses attractions de leur moderne préparation. De plus, très échauffant par lui-même, donnant vite la fièvre, il irrite le tube digestif, sèche la langue, porte à boire... Autant d'atteintes à la beauté.

Sans proscrire d'une façon absolue l'usage de la viande, il serait à souhaiter que l'on revint peu à peu à l'alimentation végétale, surtout farineuse. Elle est excellente pour engraisser, et les poitrines en détresse trouveront là une aide bien plus efficace que dans des crèmes souvent illusoires. La carotte est à juste titre réputée comme hygiénique et dépurative. Les choux sont célèbres pour leur effet contre les maladies de poitrine. Les laitues sont calmantes, rafraîchissantes, antispasmodiques, propres à calmer les névroses et à assurer un bon sommeil. L'asperge est diurétique, apéritive, astringente : c'est presque un médicament. L'épinard est souverain pour la fraîcheur du teint. De même du poireau.

Aucun légume, on peut le dire, n'est malfaisant. Voyez le teint florissant des filles de la campagne, dont l'alimentation rustique est presque entièrement légumineuse. Nous ne parlons pas là, bien entendu, de celles qui, trop pauvres, ont à se priver.

Des végétaux, du pain, du lait et des œufs, voilà la base de la vraie nourriture humaine. La viande ne doit venir que par surcroît.

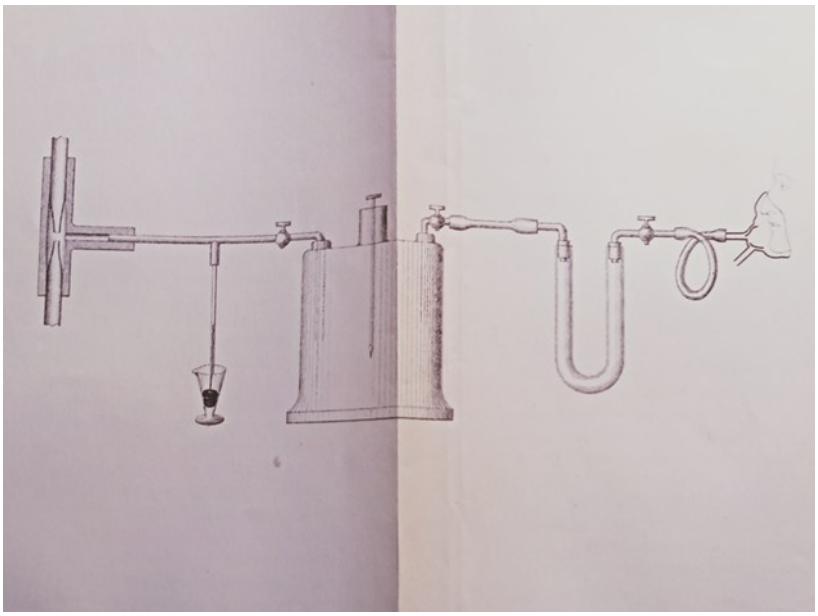
Source : L'Art d'être jolie : publication hebdomadaire illustrée (1904).

ANNEXES DE LA TROISIÈME PARTIE

Annexe 35 — Schéma de la trompe d'eau (Constantin Empereur, 1876)
Annexe 36 — Contenu des urines de deux hystériques soumises à un jeûne prolongé (1885)
Annexe 37 — Maladies de la croissance : les bienfaits du phosphore (1903)
Annexe 38 — Page de réclames d'une revue pédiatrique (1903)
Annexe 39 — Page de réclames d'une revue de clinique infantile (1922)
Annexe 40 — Publicité pour l'« Élixir Ducro » (1912)
Annexe 41 — Analyse du lait X par F. de Grandmaison (1909)
Annexe 42 — Page de réclame pour le lait sec « Le Baby » (1914)
Annexe 43 — Publicité pour la « Farine Salvy » (1928)
Annexe 44 — Publicité pour les « Farines maltées Jammet » (1935)
Annexe 45 — Tableau et commentaire sur les âges, les causes et la durée de l'épilepsie (1900)
Annexe 46 — Illustrations du « stéréographe » de Broca
Annexe 47 — Population moyenne. Application de la « loi normale ».
Annexe 48 — Application de la loi normale à la taille des hommes (a = « l'homme moyen »)
Annexe 49 — Échelle de la « croissance de l'homme »
Annexe 50 — Illustration du « stéthographe » d'Édouard Maurel (1887)
Annexe 51 — Exemple d'un diagramme de périmètre thoracique réalisé avec le stéthographe
Annexe 52 — Le « cyrtomètre » de Dufestel : appareil enregistreur des périmètres thoraciques
Annexe 53 — Courbe de taille féminine et extrait de son commentaire (1919)
Annexe 54 — Schéma du coefficient de Manouvrier
Annexe 55 — Livret médical du Dr Vaucaire, page dédiée à la dentition
Annexe 56 — Équilibre physiologique et éruption dentaire : schéma et explications (1905)
Annexe 57 — Proportions du corps de la naissance à douze ans, selon C. H. Stratz (1912)

Annexe 35

Schéma de la trompe d'eau utilisée par Constantin Empereur (1876)



Source : Empereur, C. (1876). La nutrition dans l'hystérie, Paris : Coccoz, p. 102.

Annexe 36

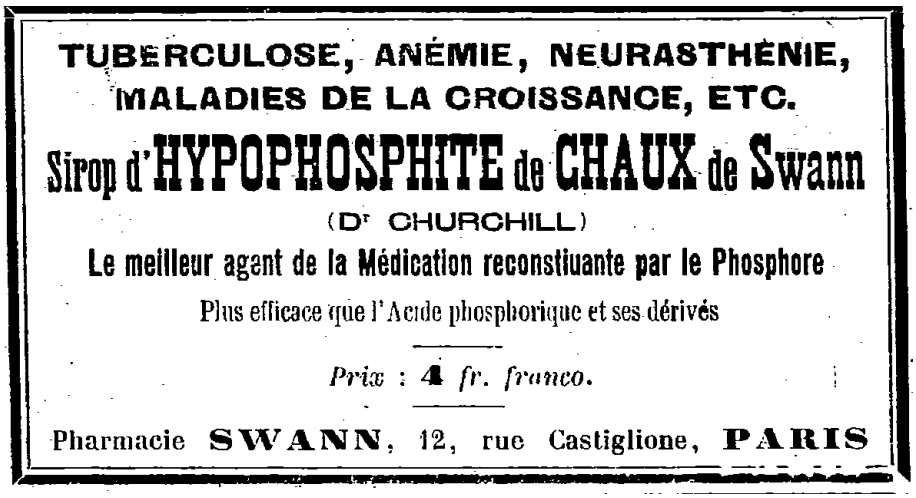
Contenu des urines de deux hystériques soumises à un jeûne prolongé (1885)

DATES	POIDS DES MALADES	URINES						
		QUANTITÉS D'URINE	DENSITÉS	URÉE	ACIDE URIQUE	CHLORURE DE SODIUM	ACIDE PHOSPHORIQUE	ALBUMINE
				Malade A				
	kil.							
	67.200	1300	1019	17.65				
1	66.100	850	1020	19.59				
2	65.400	500	1023	14.73				
3	65.300	580	1019	16.34	0.371	1.508	1.32	
4	65.200	400	1024	14.34	0.392	0.640	1.66	
5	65	350	1024	13.22	0.417	0.560	1.23	
6	65	930	1009	12.50	0.201	1.023	0.83	
7	64.700	1360	1005	10.45	0.244	0.952	0.84	
8	64.500	650	1010	9.57	0.220	1.235	0.91	
9	64.900	450	1017	12.10	0.426	1.035	0.83	
10	64.900	900	1007	9.22	0.174	1.620	0.67	
11	64.500	900	1017	8.64	0.201	1.620	0.69	Traces.
12	64.500	840	1006	6.45	0.200	1.932	0.59	»
13	64.500	930	1006	7.74	0.291	2.604	0.41	»
14	64	760	1006	7.78	0.288	1.064	0.73	»
15	64	1170	1004	7.49	0.284	1.989	0.63	»
				Malade B				
	57.400							
1	56	1650	1011	21.13				
2	55	1125	1011	13.69				
3	54.900	1220	1008	13.28	0.244	2.440	1.41	
4	54.600	860	1009	11.56	0.229	1.462	1.03	
5	53.900	800	1010	11.27	0.181	1.120	0.93	
6	53.200	1650	1005	13.73	0.165	0.990	1.18	
7	53.400	1050	1006	7.39	0.346	0.945	0.80	
8	53.200	1300	1004	7.49	0.182	0.910	0.64	
9	52.900	1080	1004	6.22	0.173	1.512	0.56	Traces.
10	52.900	1090	1005	6.98	0.170	3.270	0.62	»
11	52.500	1000	1005	6.40	0.223	1.200	0.52	»
12	52.500	1380	1004	7.95	0.221	3.450	0.61	»
13	52.300	1350	1003	6.91	0.189	1.080	0.57	»
14	51.900	1160	1004	6.68	0.239	0.812	0.48	»
15	51.700	1560	1002	6.99	0.332	0.936	0.51	»

Source : Société médicale des hôpitaux de Paris. (1885). « Séance du 14 aout 1885. Recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie), par M. Le docteur Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral, et M. A. Flamand, licencié ès sciences physiques », Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, p. 301.

Annexe 37

Maladies de la croissance : les bienfaits du phosphore (1903)



Source : La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles (1903).

Annexe 38

Page de réclames d'une revue pédiatrique (1903)



Source : La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles (1903).

Annexe 39

Page de réclames d'une revue de clinique infantile (1922)



Source : Pédiatrie : revue mensuelle de médecine et de chirurgie infantile, de puériculture, d'hygiène sociale et d'éducation physiques (1922).

Annexe 40

Publicité pour l'« Élixir Ducro » : contre l'asthénie, l'anorexie et les débilités des vieillards (1912)



Source : Le Poitou médical : revue mensuelle (1912, avril).

Annexe 41

Analyse du lait X par F. de Grandmaison (1909)

ANALYSE DU LAIT X

Densité à +15°	1033,5	
Réaction au Tournesol	Neutre.	
Acidité à la phtaléine en acide lactique	1 gr. 845 p. 1.000 c.c.	
Extrait sec	137	500
Matières organiques	129	432
Matières minérales	8	068
Sucre de lait	53	068
Matières albuminoïdes totales	35	264
Beurre	41	100
Chlorures (en NaCl)	1	667
Chlore (des chlorures)	1	011
Phosphates (en P^2O^5)	2	425
Examen microscopique	Normal.	

La recherche des anaéroxydases a fourni un résultat positif : donc le lait analysé est un lait non bouilli.

Recherche de l'eau oxygénée	0
— du formol	0
— des chromates alcalins	0

— des carbonates alcalins : les cendres du lait sont nettement alcalines au tournesol. Le dosage de leur alcalinité, rapportée à un litre de lait, égale :

en carbonate de soude (CO^3Na^2)	1 gr. 376
en bicarbonate de soude (CO^3HNa)	2 184
Recherche du carbonate d'ammoniaque	0
— des bisulfites	0
— de l'acide borique	0
— de l'acide salicylique	0
— des fluoborates	0
— des fluosilicates	0
— des fluorures	0

Source : F. De Grandmaison, Dr. (1909). « Hygiène Alimentaire. L'importance du choix du lait dans l'alimentation artificielle », Revue des maladies de la nutrition, Paris, n°10, p. 440.

Annexe 42

Publicité pour le lait sec « Le Baby » (1914)



Source : L'Enfance anormale, bulletin officiel du Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance (1914).

Annexe 43

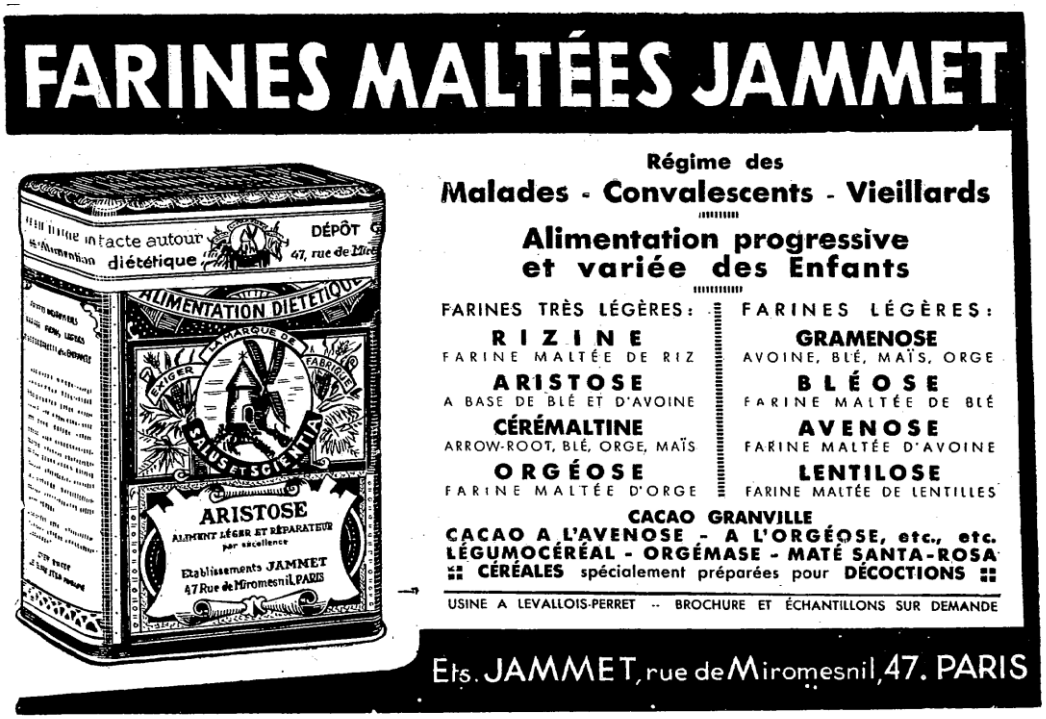
Publicité pour la « Farine Salvy » (1928)



Source : La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles (1928)

Annexe 44

Les « Farines maltées Jammet » : pour les enfants, les convalescents et les vieillards (1935)



Source : La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles (1935)

Annexe 45

Tableau et commentaire sur les âges, les causes et la durée de l'épilepsie (1900)

TABLEAU I.

Age, Cause et Durée de la maladie.

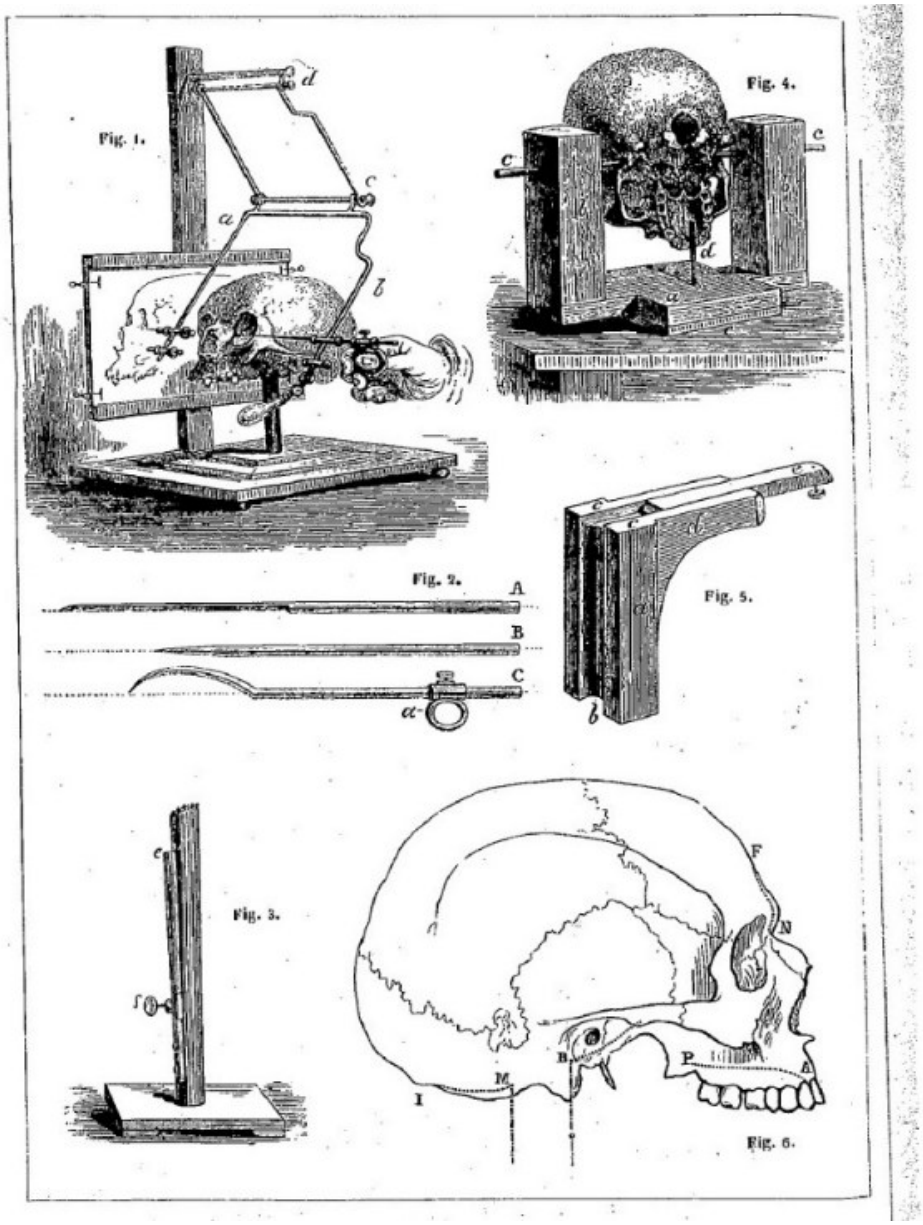
N°s d'ordre	AGE au moment du traitement	AGE au début de la maladie	DURÉE de la maladie	Causes apparentes de la maladie	DURÉE du traitement spécial
1	49 ans	7 ans	42 ans	?	33 jours
2	47 —	19 —	28 —	Grossesse.	38 —
3	20 —	11 —	9 —	Fièvre typhoïde	55 —
4	22 —	15 —	7 —	Puberté.	39 —
5	28 —	16 —	12 —	Puberté. Emotion	28 —
6	28 —	12 —	16 —	Méningite. (?)	38 —
7	32 —	1 —	31 —	?	28 —
8	31 —	15 —	16 —	Puberté.	85 —
9	17 —	13 —	4 —	Puberté. Emotion	117 —
10	17 —	11 —	6 —	Puberté. Emotion	41 —
11	19 —	15 —	4 —	Puberté. Emotion	208 —
12	26 —	14 —	12 —	Puberté. Emotion	28 —
13	22 —	10 —	12 —	Emotion.	79 —
14	20 —	15 —	5 —	?	38 —
15	18 —	16 —	2 —	Emotion.	36 —
16	19 —	7 —	12 —	Emotion.	38 —
17	18 —	13 —	5 —	Puberté. Emotion	38 —
18	26 —	20 —	6 —	?	199 —
19	28 —	17 —	11 —	Puberté. Emotion	195 —
20	25 —	2 —	23 —	Emotion.	38 —

« *Les 20 malades traitées par cette méthode [suppression du Chlorure] (Tableau I) ont été choisies dans le quartier d'épileptiques de mon service de l'asile de Villejuif. C'étaient des adultes de dix-sept à quarante-neuf ans, rentrant toutes dans cette vaste catégorie d'épilepsies dites essentielles, dont les lésions ne se sont pas manifestées chez le vivant par des troubles (moteurs) en rapport avec des lésions cérébrales. Les causes apparentes des épilepsies étaient variées ; pour la plupart c'étaient des émotions survenues au moment de la puberté. Toutes étaient plus ou moins des débiles intellectuelles et leur internement dans un quartier d'aliénés avait été provoqué par leur difficulté à tenir un emploi au dehors* ».

Source : Toulouse, É. (1900). « Traitement de l'épilepsie par les bromures », Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie, t.3, p. 4-5.

Annexe 46

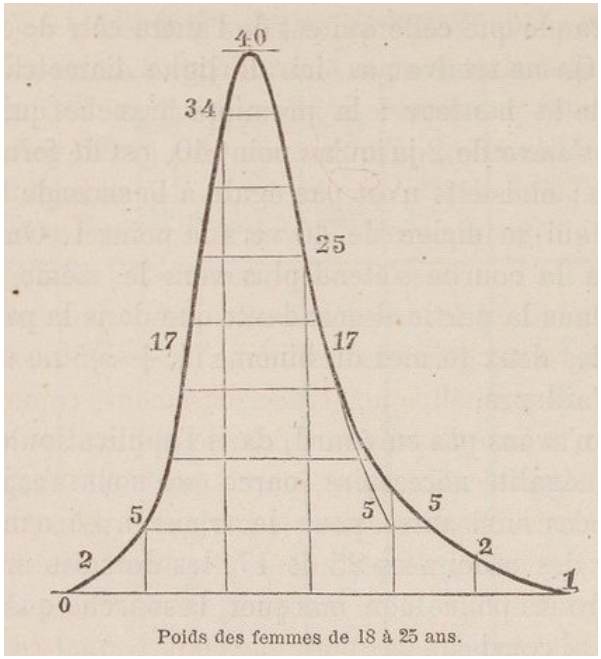
Illustrations du « stéréographe » de Broca



Source : Broca, P. (1868). Sur le stéréographe : nouvel instrument craniographique destiné à dessiner tous les détails du relief des corps solides, Paris : Hennuyer et fils, p. VI.

Annexe 47

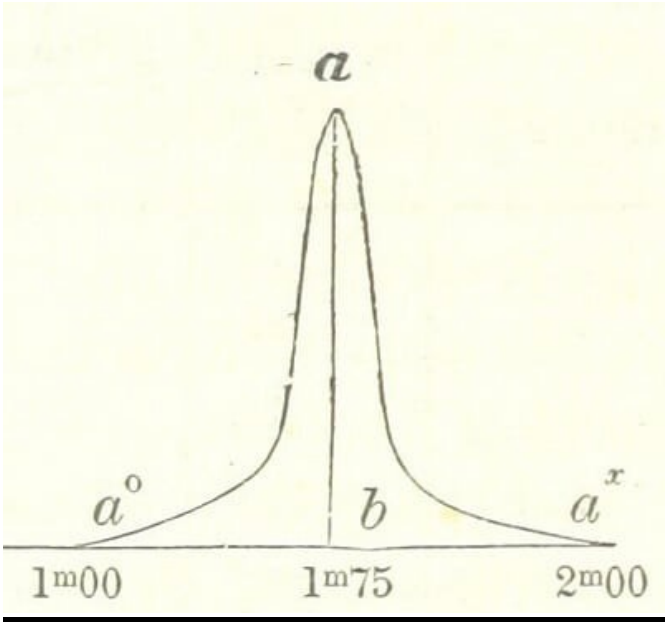
Population moyenne. Application de la « loi normale » au poids moyen des femmes de dix-huit à vingt-cinq ans



Source : Quetelet, A. (1870). Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme, Bruxelles : C. Muquard, p. 349.

Annexe 48

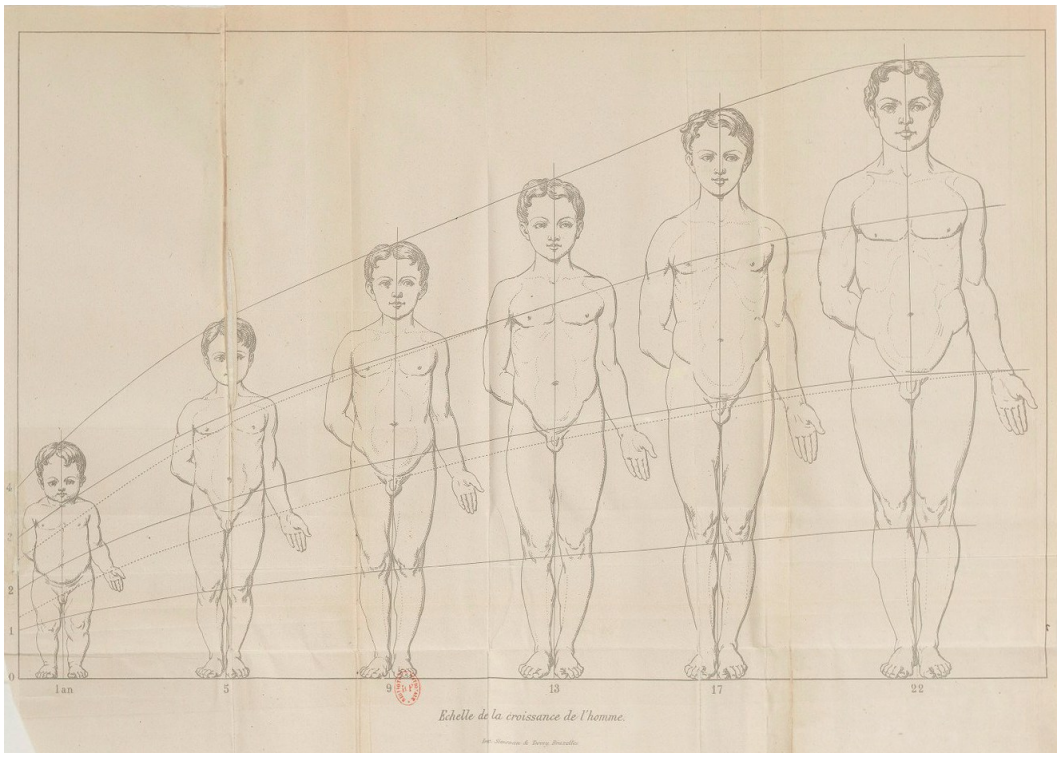
Application de la loi normale à la taille des hommes (a = « l'homme moyen »)



Source : Quetelet, A. (1870). Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme, Bruxelles : C. Muquard, p. 260.

Annexe 49

Échelle de « la croissance de l'homme » (1870)



Source : Quetelet, A. (1870). Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme, Bruxelles : C. Muquard, p. 482.

Annexe 50

Illustration du « stéthographe » d'Édouard Maurel (1887)

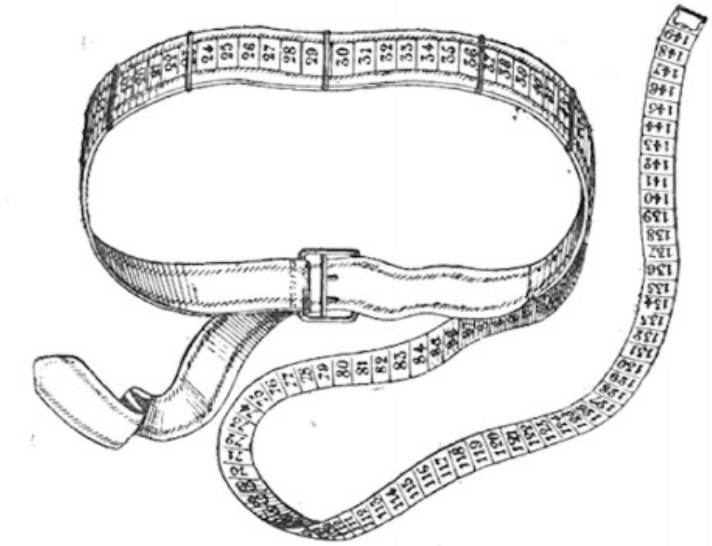


Fig. 2. — Stéthographe.

Source : Maurel, É. (1887). « Méthode de mensuration de la cage thoracique », Bulletin de la société d'anthropologie, IIIe série, t.10, p. 356.

Annexe 51

Exemple d'un diagramme de périmètre thoracique réalisé avec le stéthographe

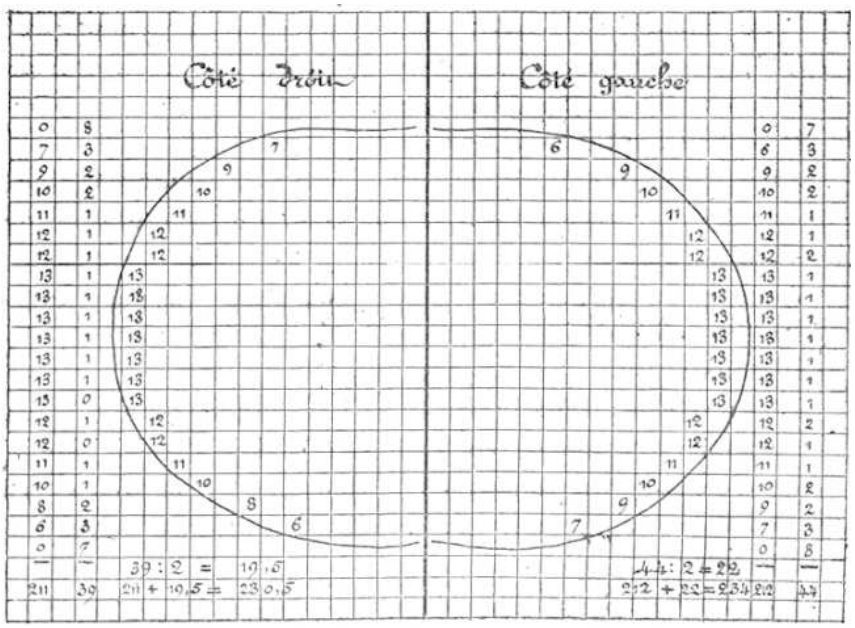


Fig. 3.— Stéthographe, papier métrique pour la mesure du périmètre de l'hémithorax

Source : Maurel, É. (1887). « Méthode de mensuration de la cage thoracique », Bulletin de la société d'anthropologie, IIIe série, t.10, p. 358.

Annexe 52

Le « cyrtomètre » de Dufestel : appareil enregistreur des périmètres thoraciques

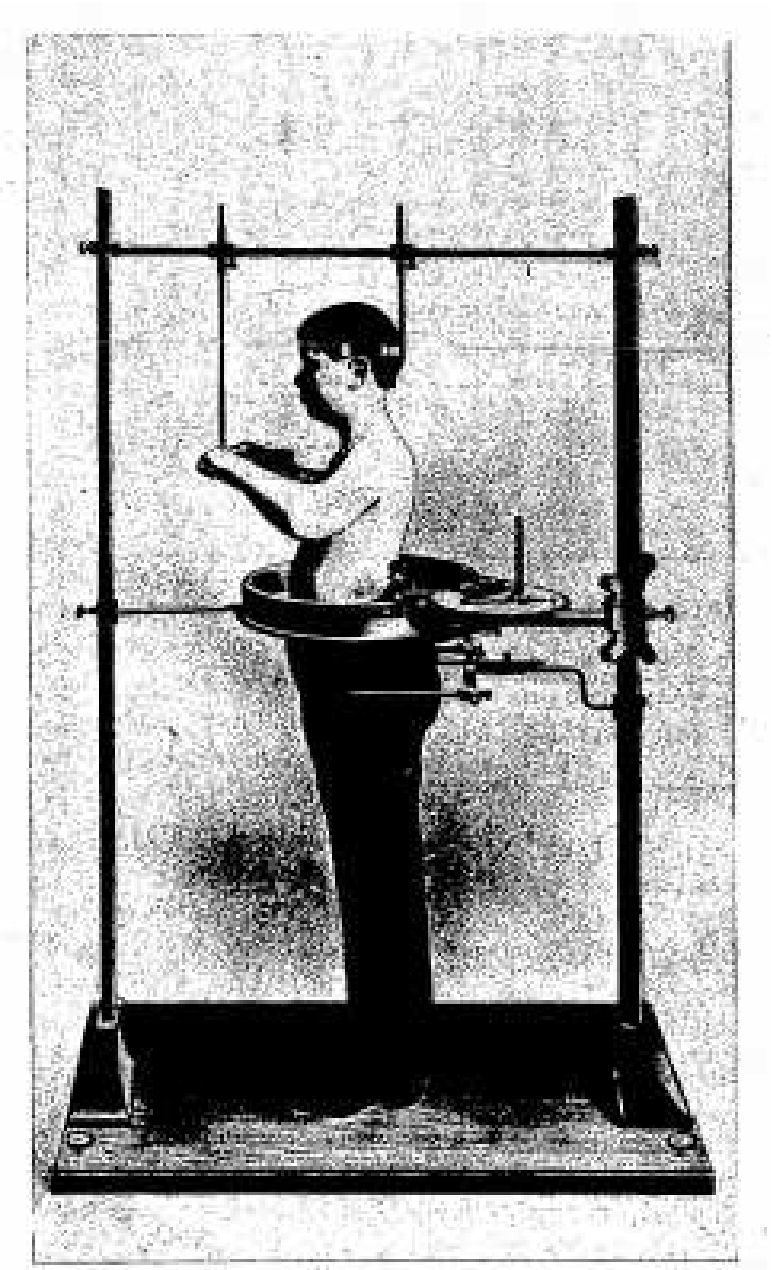
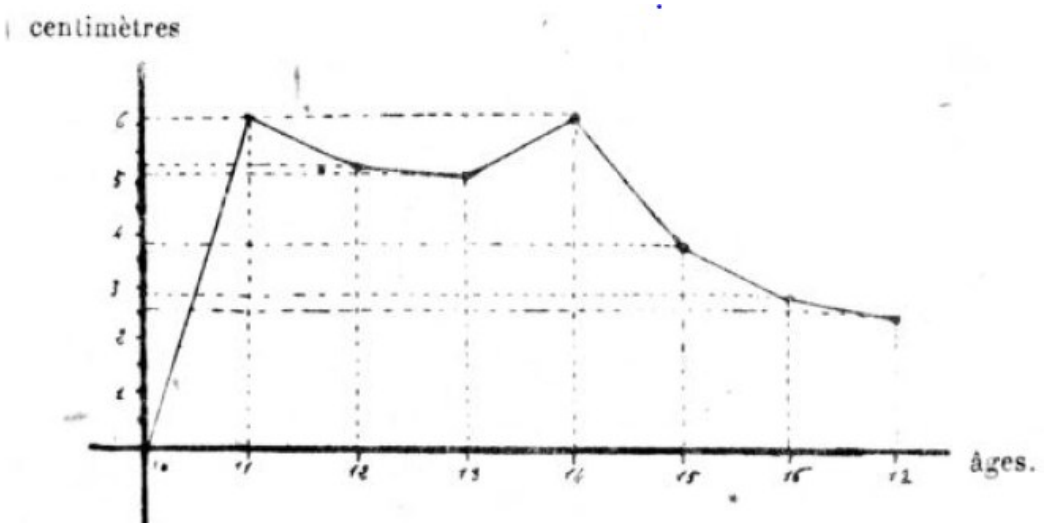


Fig. 1. — Vue générale.

Source : Dufestel, L. (1907). « Appareil enregistreur des périmètres thoraciques en inspiration et en expiration », La Pédiatrie pratique : journal de clinique et de thérapeutique infantiles, n°108, p. 230.

Annexe 53

Courbe de taille féminine et extrait de son commentaire (1919)



« *Pour les filles, les tableaux que nous avons dressés pour les jeunes filles ne nous ayant pas semblé suffisants, nous nous sommes servis à titre complémentaire de ceux publiés par le Dr Marthe Francillion dans son ouvrage (Essai sur la puberté chez la femme, Paris, Alcan, 1906). Quetelet proposait pour les jeunes filles ce tableau :*

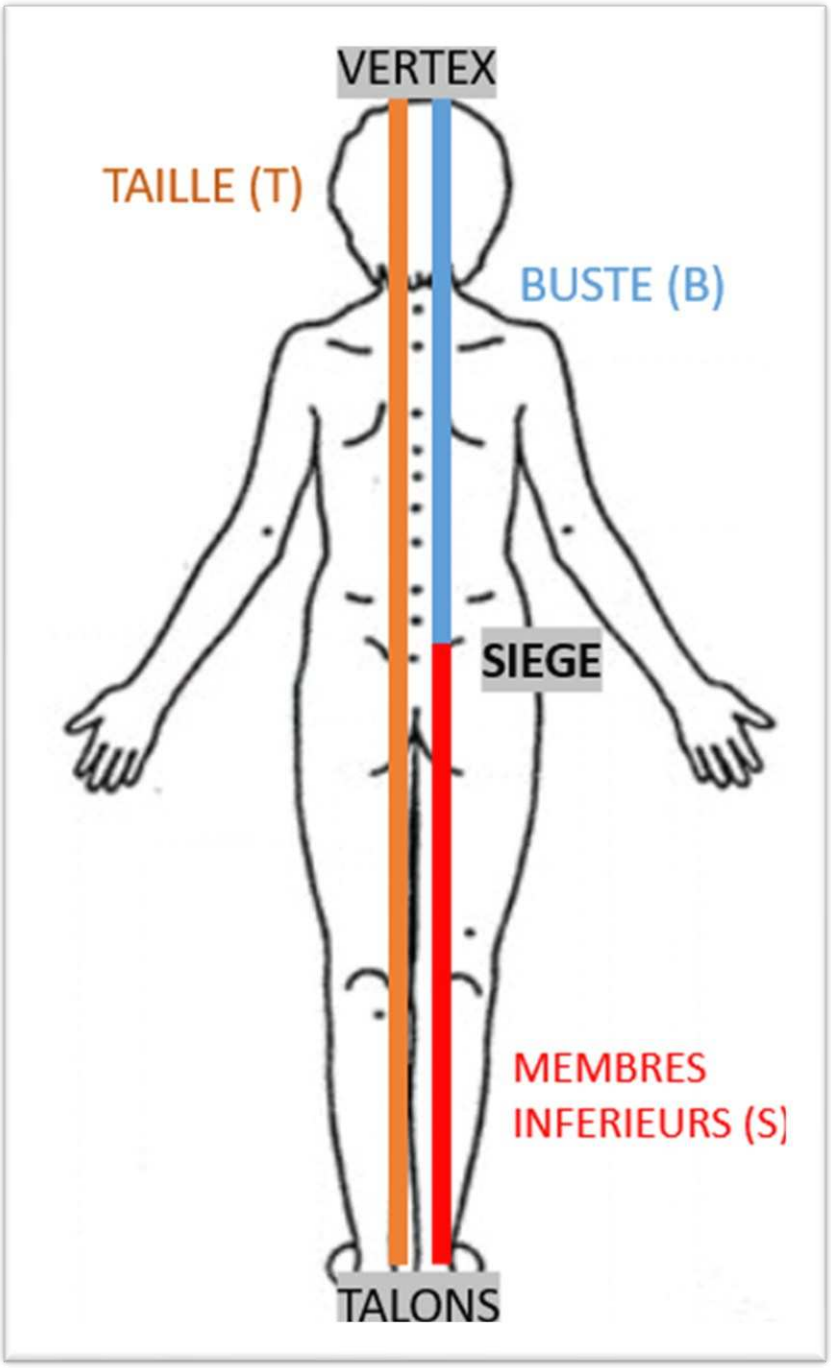
10 ans.... 1 mètre, 248 .....23 kgr. 52
15 ans.... 1 mètre, 499 .....40 kgr. 37
20 ans.... 1 mètre, 572 .....52 kgr. 28
25 ans....1 mètre 577..... 53 kgr. 28

[...] Pour la hauteur, il semble que la jeune fille subisse, à deux époques, vers 11 ans et vers 14 ans, des poussées de croissance assez fortes, et à peu près égales (6 centimètres, 2). Alors que, entre 11 et 12 ans, l'augmentation n'est que de 5 cent.36, elle est de 5 cent.25 et de 12 à 13 ans, puis de 13 à 14 ans remonte à 6 cent.2, elle tombe ensuite entre 14 et 15 ans à 3 cent.63, puis à 2 cent. 52 entre 16 et 17 ans. En général la taille de la jeune fille est moindre que celle du jeune homme, et son squelette est aussi plus léger ».

Source : Geneslay, F. (1919). « Physiologie de l'adolescence », *Mercure de France*, p. 441-442

Annexe 54

Schéma du coefficient de Manouvrier



Annexe 55

Livret médical du Dr Vaucaire, page dédiée à la dentition

Dentition.

Les premières dents, ou *dents de lait*, sont au nombre de vingt :

2 incisives moyennes inférieures 2 — — supérieures.	5 à 10 mois.
2 — latérales inférieures. 2 — — supérieures	8 à 12, 14 mois.
4 petites molaires	11 à 12, 16 mois.
4 canines	15 à 18 mois.
4 grosses molaires.	18 à 24 mois.

La dentition est complète de 2 ans et demi à 3 ans; souvent, cela varie. Vers 5 ans, apparaissent généralement quatre grosses molaires, qui ne seront pas remplacées.

Vers sept ans, les dents de lait tombent et sont remplacées par trente-deux dents (quatre canines, huit incisives, vingt molaires).

Dents de lait (*dents temporaires*).

1re dent à. .....

2e dent à. .....

3e — à. .....

4e — à. .....

5e — à. .....

6e, 7e, 8e dents à .....

9e, 10e, 11e, 12e dents à .....

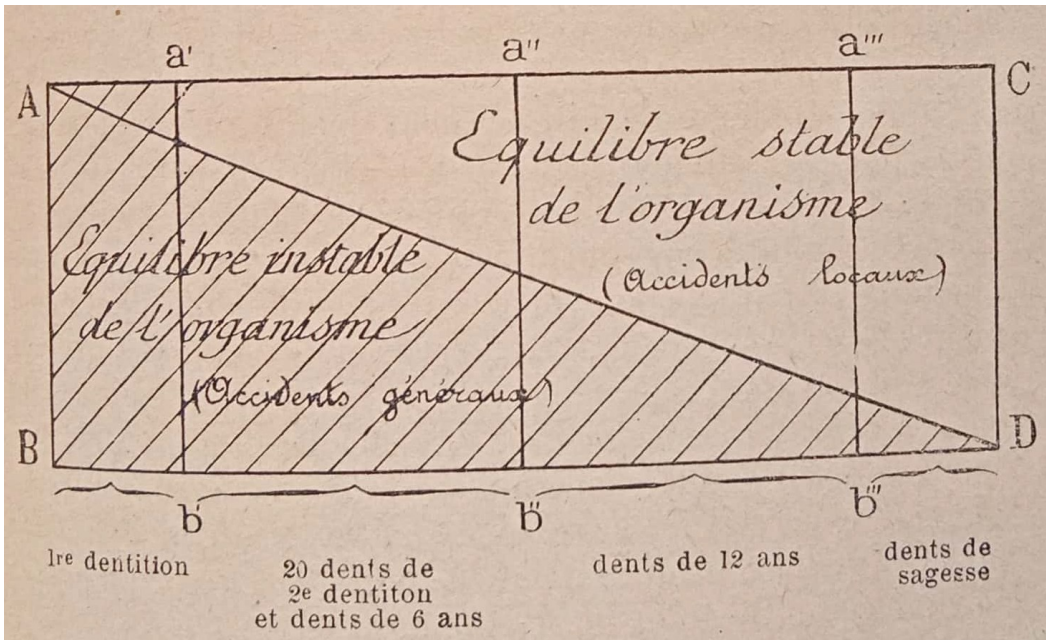
13e, 14e, 15e, 16e dents à. .....

17e, 18e, 19e, 20e dents à. .....

Source : Vaucaire, R. (1898). Livret médical, Paris : F. Fasquelle, p. 16.

Annexe 56

Équilibre physiologique et éruption dentaire : schéma et explications (1905)

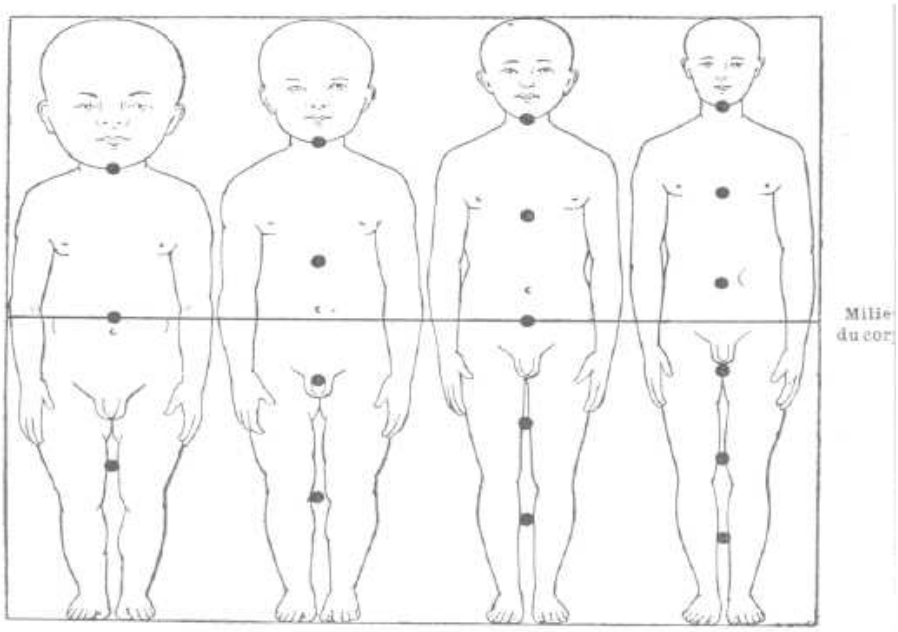


« *Comme on le voit, la période de la première dentition Aa'Bb' répond au maximum de la zone des accidents généraux, par le fait de l'instabilité de l'équilibre organique ; par contre la période des accidents de dents de sagesse a''' Cb'''D répond au maximum de la zone des accidents locaux, par le fait de la stabilité de l'équilibre organique* ».

Source : Frey, Dr. (1905). « Les accidents d'éruptions dentaires et le terrain », Revue des maladies de la nutrition, t.2, p. 221-222.

Annexe 57

Proportions du corps de la naissance à douze ans, selon C. H. Stratz (1912)



Proportions du corps de l'enfant à la naissance, à deux ans, à six ans et à douze ans (d'après Stratz).

Source : Mayet, L. (1912). « Le développement physique de l'enfant », Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon, t.31, Lyon : H. Georg, Paris : Masson, p. 108.

ANNEXES DE LA QUATRIÈME PARTIE

Annexe 58 — Publicité pour la « Thyroïdine Bouty » (1901)
Annexe 59 — La Thyroïdine, un produit concurrentiel et concurrencé (1912)
Annexe 60 — Dossier de patiente, feuille de traitement (1) (1928)
Annexe 61 — Dossier de patiente, feuille de traitement (2) (1928)
Annexe 62 — Dossier de patiente, feuille de traitement (3) (1928)
Annexe 63 — Feuille d'observation du 4 juillet au 18 septembre (1928)
Annexe 64 — Exemple de tableaux des prescriptions médicales alimentaires (1921)
Annexe 65 — Modèles de sondes œsophagiennes (1913)
Annexe 66 — Modèles de sondes pour gavage naso-pharyngien (1925)
Annexe 67 — Modèles de sondes en caoutchouc et bougies (1929)
Annexe 68 — Modèle de sonde œsophagienne « porte-radium » (1929)
Annexe 69 — Prospectus pour l'établissement hydrothérapique de la maison de santé d'Auteuil
Annexe 70 — Publicité pour la maison de santé Picpus (1903)
Annexe 71 — Publicité pour le pavillon Charcot (1903)
Annexe 72 — Publicité pour le Sanatorium de Boulogne-sur-Seine (vers 1900)
Annexe 73 — « Le grand air stimule l'appétit »
Annexe 74 — « Cure de repos ! »
Annexe 75 — Série de cartes postales de la maison hydrothérapeutique d'Auteuil
Annexe 76 — Maison de convalescence de Reims (années 1910)
Annexe 77 — Maison de santé d'Épinay-sur-Seine, « Villa Beauséjour » vue de la rue (1904)
Annexe 78 — Mairie d'Épinay-sur-Seine. Exemple de photographie de la ville (1908)
Annexe 79 — La ville Tarrius, maison de santé Maison de santé d'Épinay-sur-Seine
Annexe 80 — Sanatorium Villemin, vue d'ensemble (Oise)
Annexe 81 — Sanatorium Villemin, galerie de cure (Oise)
Annexe 82 — Sanatorium de Saint-Sever, vue d'ensemble (Calvados)
Annexe 83 — Le sanatorium de Boulogne Billancourt, pavillon de la direction (1909)
Annexe 84 — Chambre du sanatorium des cheminots de Ris-Orangis (1913-1930)
Annexe 85 — Chambre et cabinet de toilette du sanatorium de Bligny (1901-1910)
Annexe 86 — Chambre individuelle de l'hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt (1900)
Annexe 87 — Photographie d'une salle de chirurgie de la Salpêtrière (photographie)
Annexe 88 — Clinique du Dr Lefranc, Roscoff (Bretagne)
Annexe 89 — Maison de santé rue Blomet, à Paris (1900-1920)
Annexe 90 — Clinique privée « Solisana » du Docteur G. Meyer (avant 1975)

Annexe 91 — Maison de santé Saint-Jacques, à Paris (1905)

Annexe 92 — Hôpital de la charité – Jardin des malades

Annexe 93 — Série de cartes postales de la Salpêtrière (maternité, cuisine, salle de chirurgie)

Annexe 94 — Asile clinique de Sainte-Anne (1917)

Annexe 95 — Article de presse sur l'ameublement de la chambre (1898)

Annexe 96 — Publicité pour la chambre à coucher « style Louis XVI » (1898)

Annexe 97 — Courbes de poids et de température d'une anorexique (1928)

Annexe 98 — Schéma de traces de sclérose aux clavicules (1930)

Annexe 99 — Feuille de règles (1930)

Annexe 100 — Feuille de consultation d'ophtalmologie (1930)

Annexe 101 — Lettre d'un tiers pour une demande de sortie d'hospitalisation (1930)

Annexe 102 — Illustration de l'alimentation forcée d'une suffragette (1911)

Annexe 103 — Les dangers de l'alimentation forcée

Annexe 58

Publicité pour la « Thyroïdine Bouty » (1901)



PRENEZ GARDE, Madame

vous commencez à grossir, et grossir, c'est vieillir. Prenez donc tous les jours deux dragées de **THYROÏDINE BOUTY**, *et votre taille restera ou redeviendra svelte. — Le flacon de 50 dragées est expédié franco par le* **LABORATOIRE** **1, Rue de Châteaudun, Paris,** contre mandat-poste de **10f.**

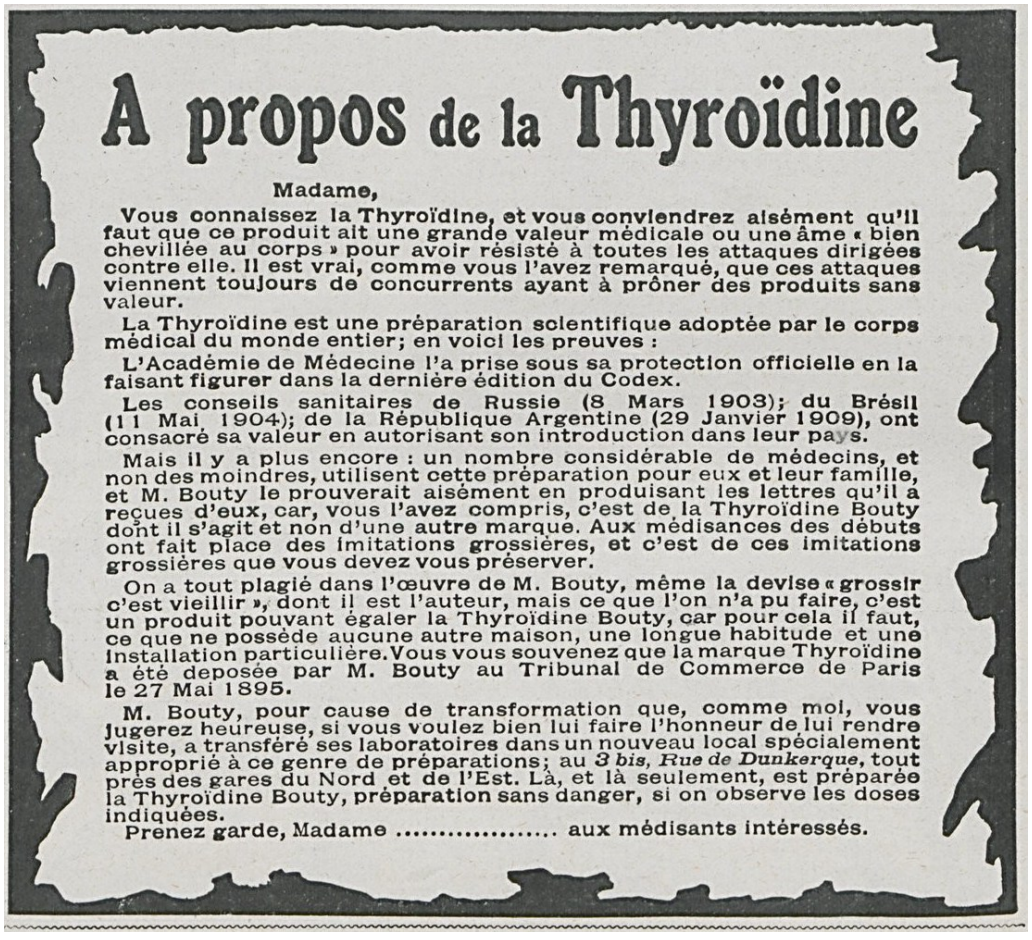
TRAITEMENT INOFFENSIF ET ABSOLUMENT CERTAIN.

Avoir soin de bien spécifier : *Thyroïdine Bouty.*

Source : La mode illustrée, journal de la famille (1901, juin)

Annexe 59

La Thyroïdine, un produit concurrentiel et concurrencé (1912)



A propos de la Thyroïdine

Madame,

Vous connaissez la Thyroïdine, et vous conviendrez aisément qu'il faut que ce produit ait une grande valeur médicale ou une âme « bien chevillée au corps » pour avoir résisté à toutes les attaques dirigées contre elle. Il est vrai, comme vous l'avez remarqué, que ces attaques viennent toujours de concurrents ayant à prôner des produits sans valeur.

La Thyroïdine est une préparation scientifique adoptée par le corps médical du monde entier; en voici les preuves :

L'Académie de Médecine l'a prise sous sa protection officielle en la faisant figurer dans la dernière édition du Codex.

Les conseils sanitaires de Russie (8 Mars 1903); du Brésil (11 Mai 1904); de la République Argentine (29 Janvier 1909), ont consacré sa valeur en autorisant son introduction dans leur pays.

Mais il y a plus encore : un nombre considérable de médecins, et non des moindres, utilisent cette préparation pour eux et leur famille, et M. Bouty le prouverait aisément en produisant les lettres qu'il a reçues d'eux, car, vous l'avez compris, c'est de la Thyroïdine Bouty dont il s'agit et non d'une autre marque. Aux médisances des débuts ont fait place des imitations grossières, et c'est de ces imitations grossières que vous devez vous préserver.

On a tout plagié dans l'œuvre de M. Bouty, même la devise « grossir c'est vieillir », dont il est l'auteur, mais ce que l'on n'a pu faire, c'est un produit pouvant égaler la Thyroïdine Bouty, car pour cela il faut, ce que ne possède aucune autre maison, une longue habitude et une installation particulière. Vous vous souvenez que la marque Thyroïdine a été deposée par M. Bouty au Tribunal de Commerce de Paris le 27 Mai 1895.

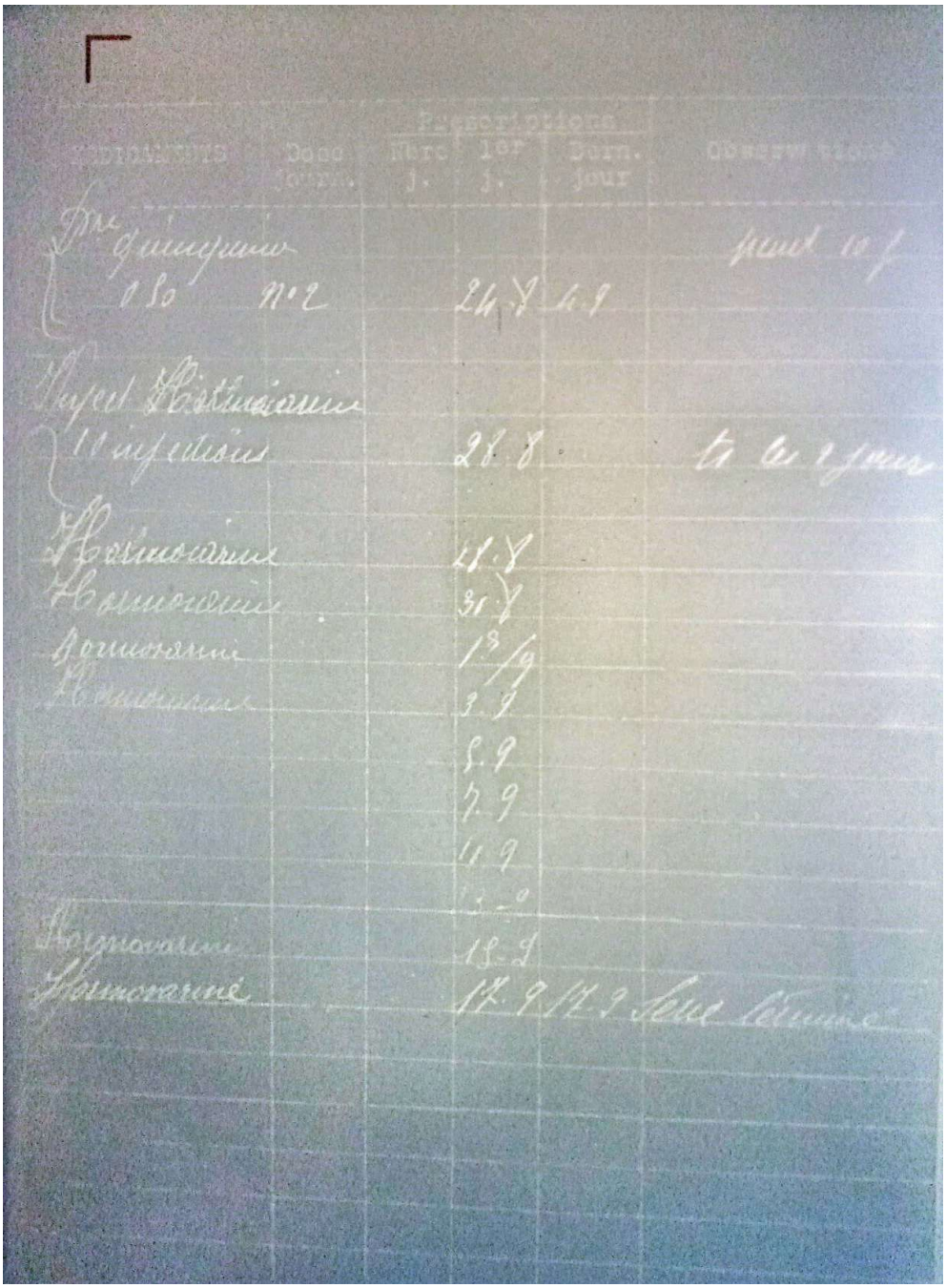
M. Bouty, pour cause de transformation que, comme moi, vous jugerez heureuse, si vous voulez bien lui faire l'honneur de lui rendre visite, a transféré ses laboratoires dans un nouveau local spécialement approprié à ce genre de préparations; au *3 bis, Rue de Dunkerque*, tout près des gares du Nord et de l'Est. Là, et là seulement, est préparée la Thyroïdine Bouty, préparation sans danger, si on observe les doses indiquées.

Prenez garde, Madame ..... aux médisants intéressés.

Source : Le rire : journal humoristique (octobre, 12 octobre).

Annexe 60

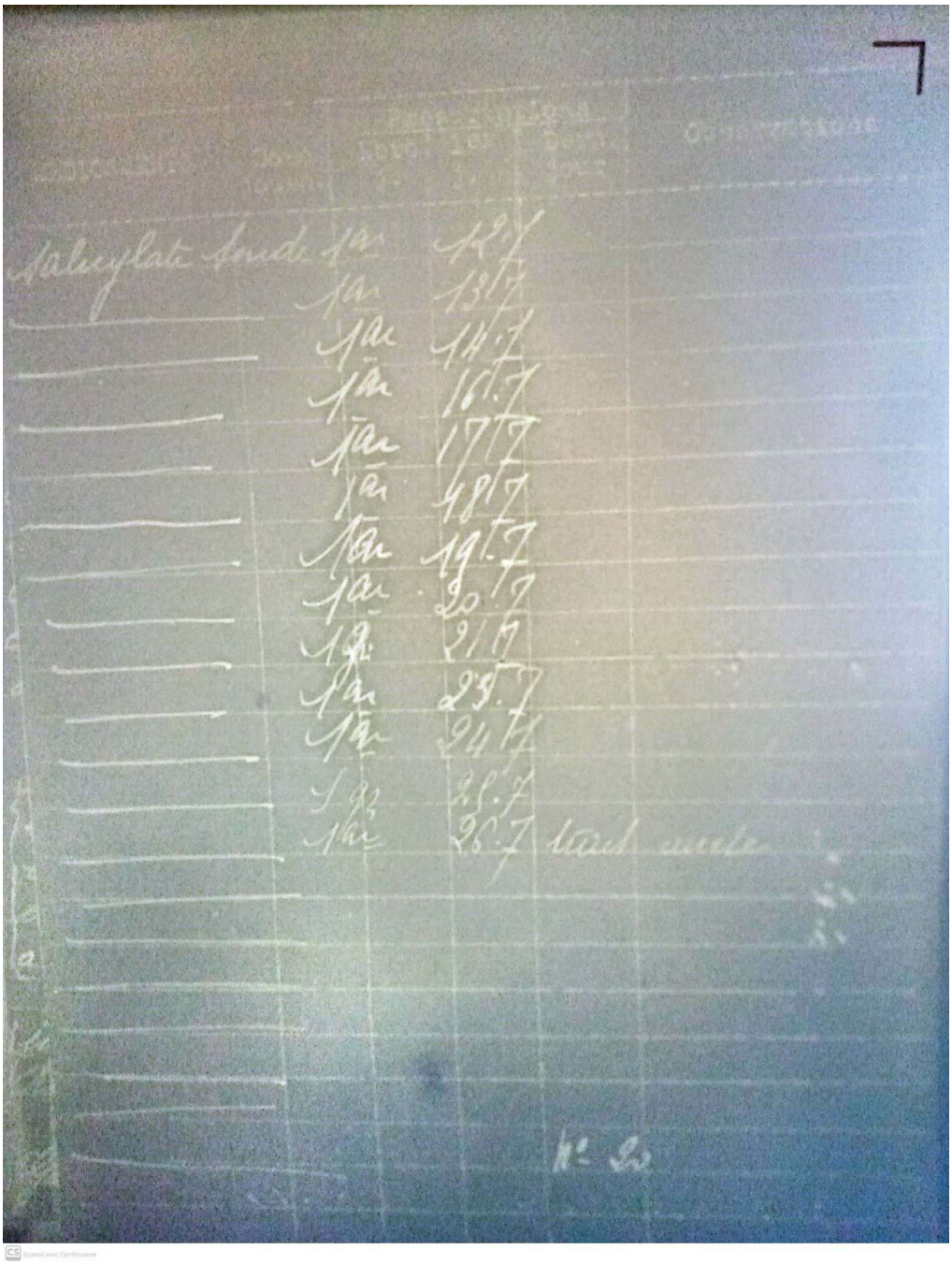
Dossier de patiente, feuille de traitement - Service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (1) (1928)



Source : *Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.*

Annexe 61

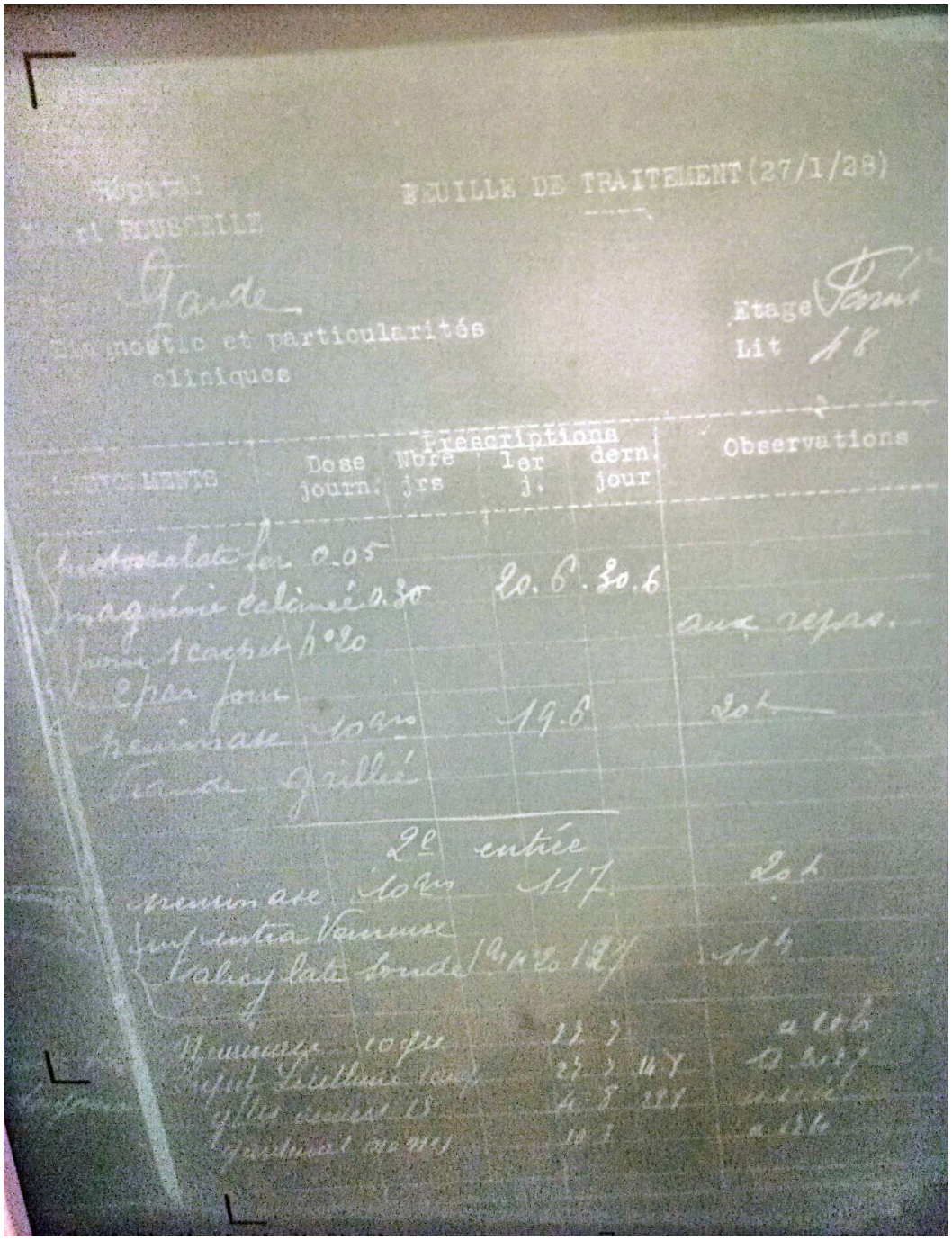
Dossier de patiente, feuille de traitement - Service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (2) (1928)



Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.

Annexe 62

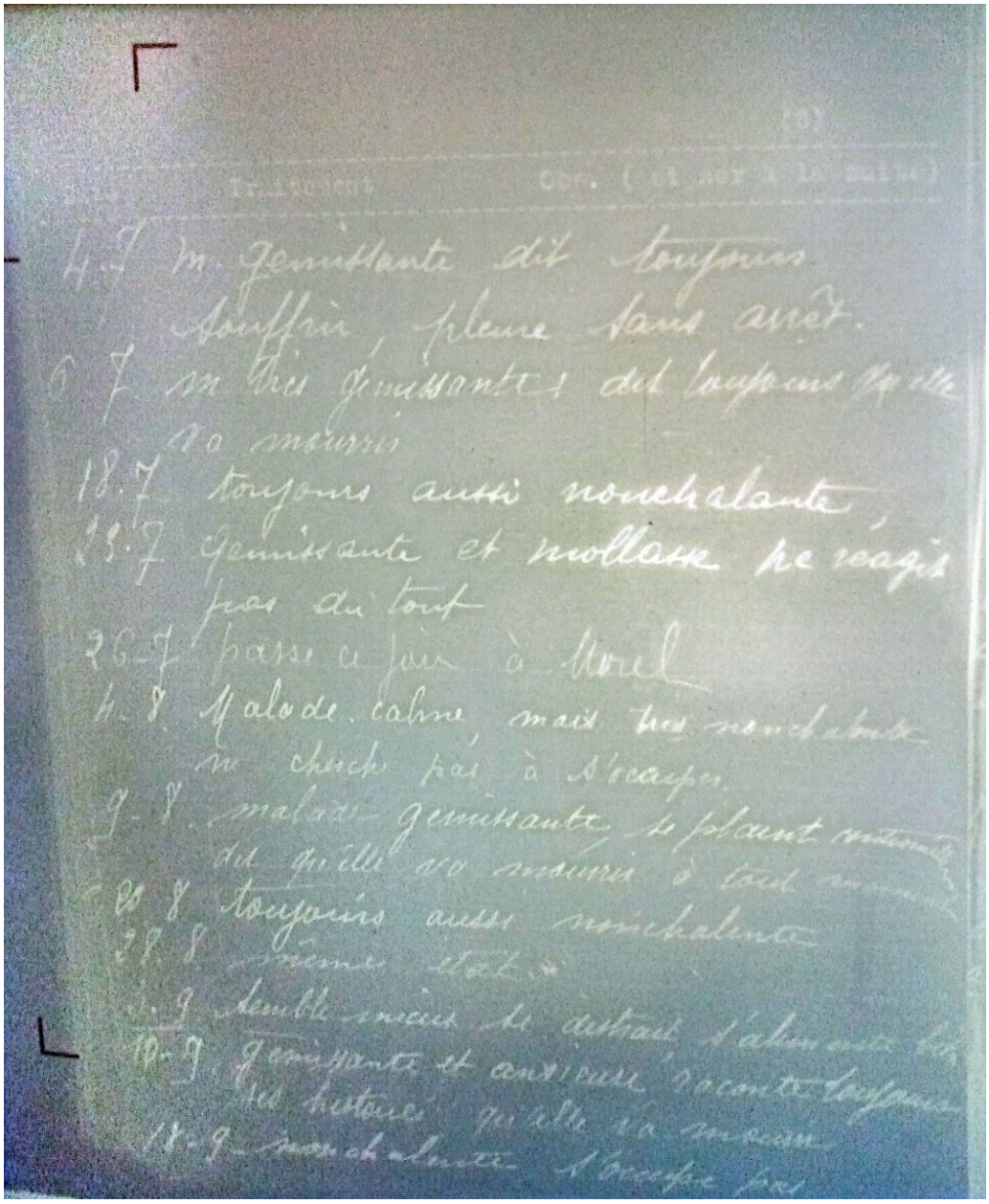
Dossier de patiente, feuille de traitement du 27 janvier - Service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (3) (1928)



Source : *Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.*

Annexe 63

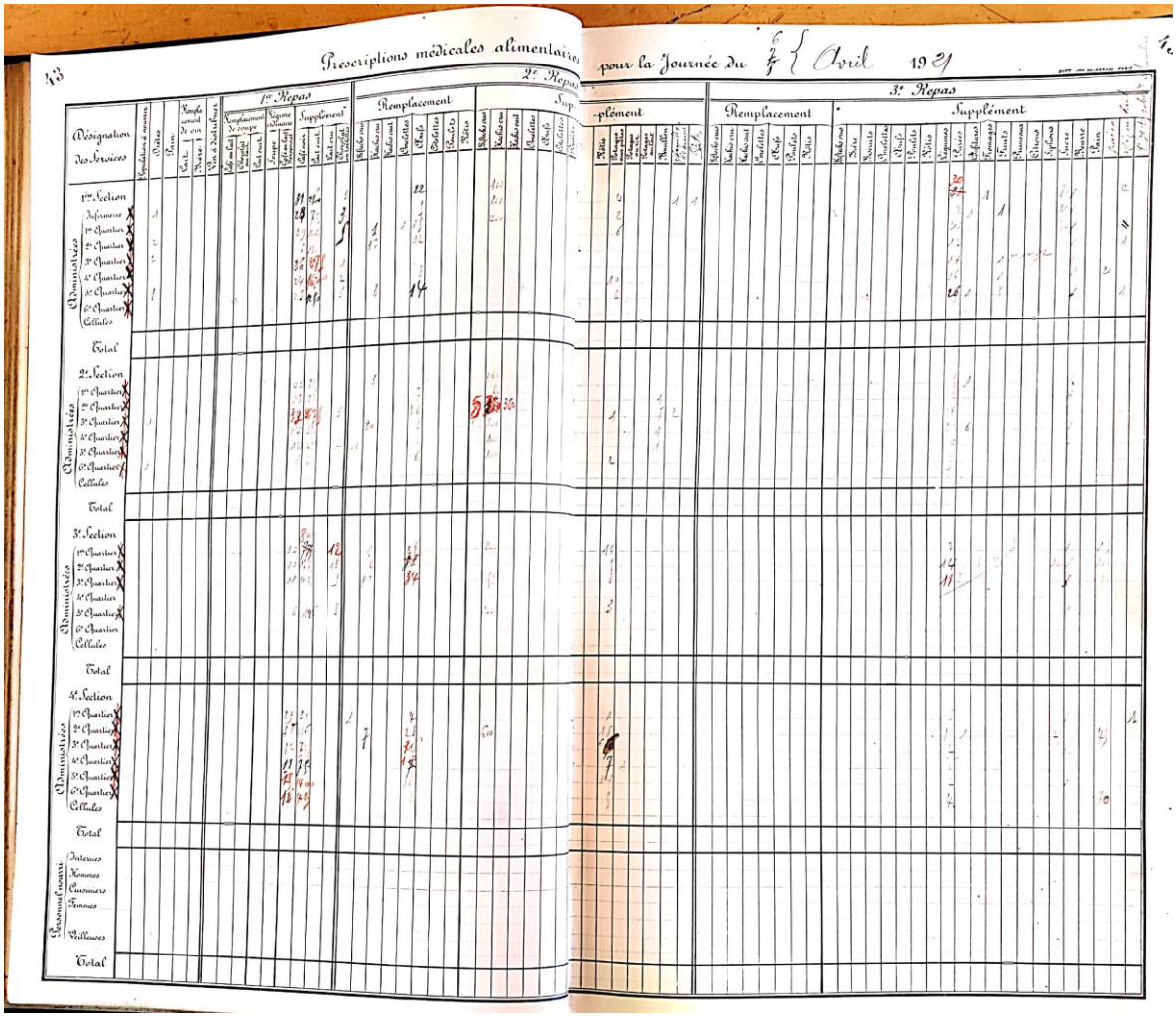
Feuille d'observation du 4 juillet au 18 septembre (1928)



Source : *Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.*

Annexe 64

Exemple de tableaux des prescriptions médicales alimentaires à Maison Blanche (journée du 6, 7 et 8 avril 1921)



Source : Archives départementales de Paris - D4X3/907 : Prescriptions médicales alimentaires (1922-1923)

Annexe 65

Modèles de sondes œsophagiennes (1913)

Fig. 2856

2856 Sondes œsophagiennes en caoutchouc moulé, n° 14 à 30, pour alimentation nasale .... 4 »



Fig. 2856a

2856a. Sondes œsophagiennes en gomme à extrémité cylindrique, n° 12 à 45 ..... 4 »

2856b. *Les mêmes*, en soie, n° 12 à 30, pour alimentation nasale ..... 6 »



Fig. 2856c

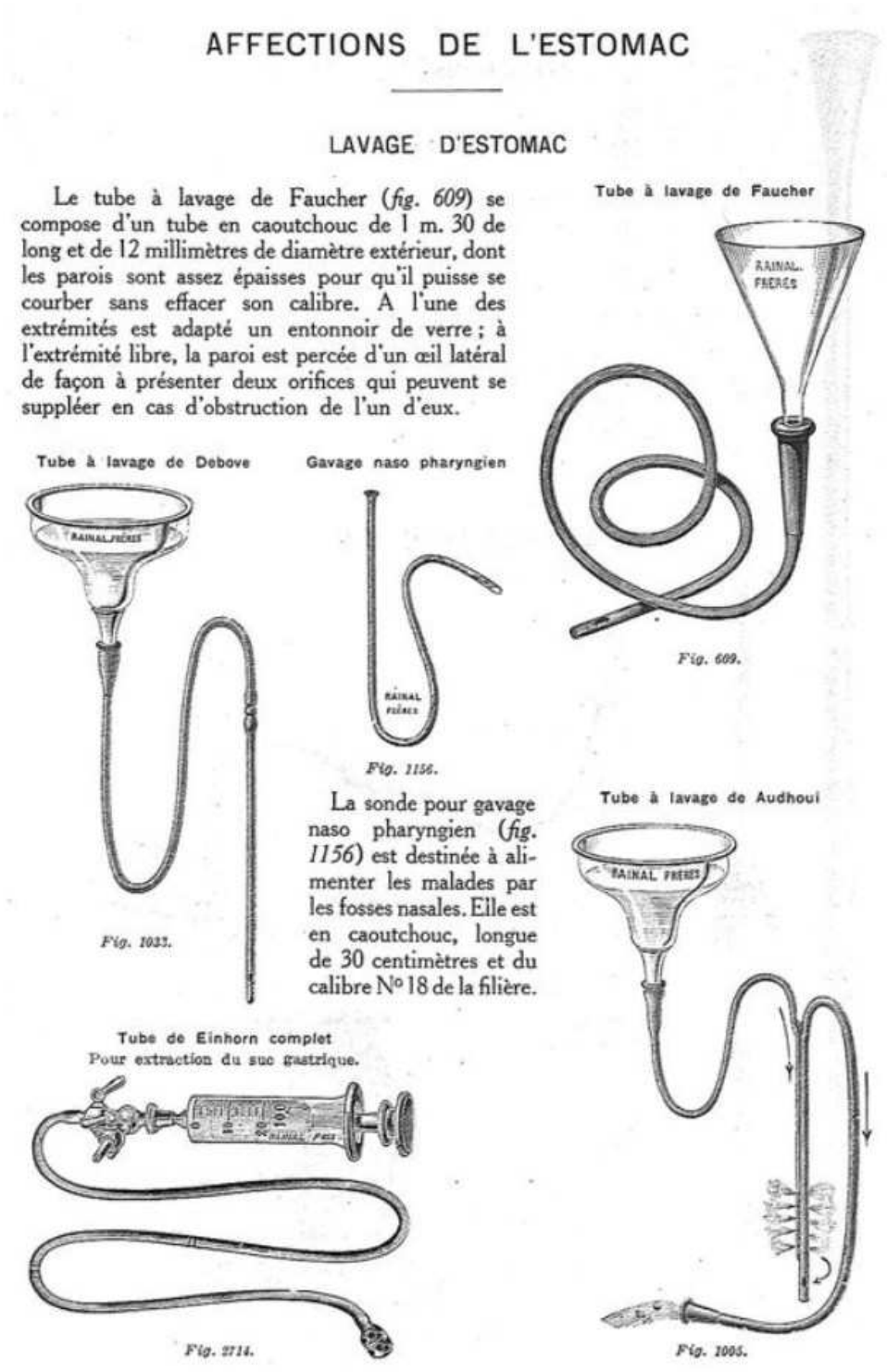
2856c. Sonde œsophagienne en gomme à extrémité olivaire, n° 12 à 45 ..... 6 »

2856d. *Les mêmes*, en soie, n° 12 à 30, pour alimentation nasale ..... 6 »



Annexe 66

Modèles de sondes pour gavage naso-pharyngien (1925)



AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

LAVAGE D'ESTOMAC

Le tube à lavage de Faucher (*fig. 609*) se compose d'un tube en caoutchouc de 1 m. 30 de long et de 12 millimètres de diamètre extérieur, dont les parois sont assez épaisses pour qu'il puisse se courber sans effacer son calibre. A l'une des extrémités est adapté un entonnoir de verre ; à l'extrémité libre, la paroi est percée d'un œil latéral de façon à présenter deux orifices qui peuvent se suppléer en cas d'obstruction de l'un d'eux.

Tube à lavage de Faucher

RAINAL FRÈRES

Fig. 609.

Tube à lavage de Debove

RAINAL FRÈRES

Fig. 1032.

Gavage naso pharyngien

RAINAL FRÈRES

Fig. 1156.

La sonde pour gavage naso pharyngien (*fig. 1156*) est destinée à alimenter les malades par les fosses nasales. Elle est en caoutchouc, longue de 30 centimètres et du calibre N° 18 de la filière.

Tube à lavage de Audhoui

RAINAL FRÈRES

Fig. 1005.

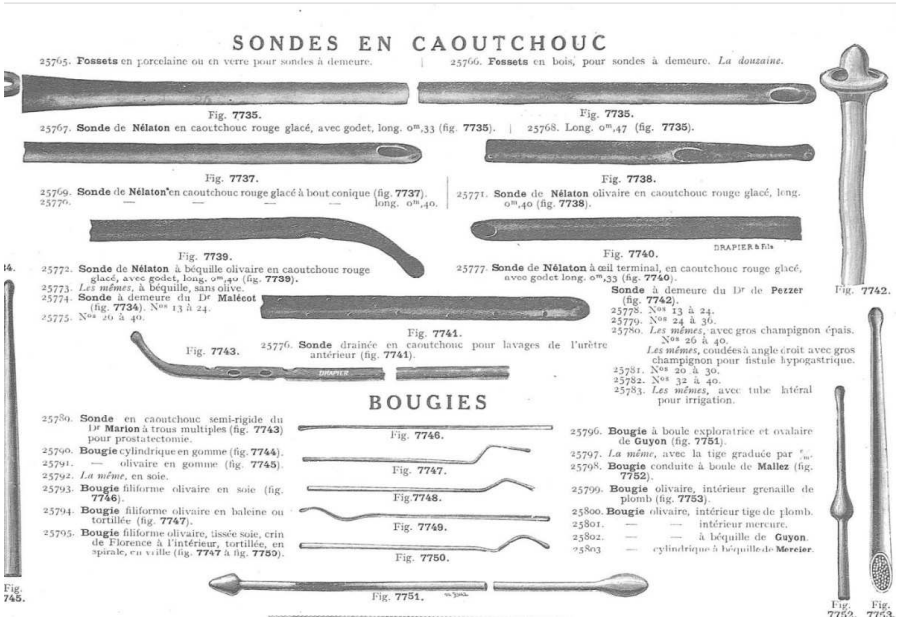
Tube de Einhorn complet
Pour extraction du suc gastrique.

Fig. 2714.

Source : Rainal Frères. (1925). Appareils et instruments. Catalogue général [1825-1925], Paris, Impr. Maréchal. © Musée de l'AP-HP, Medic@.

Annexe 67

Modèles de sondes en caoutchouc et bougies (1929)



SONDES EN CAOUTCHOUC

25765. **Fossets** en porcelaine ou en verre pour sondes à demeure.

25766. **Fossets** en bois, pour sondes à demeure. *La douzaine.*

Fig. **7735.**

25767. **Sonde de Nélaton** en caoutchouc rouge glacé, avec godet, long. 0m,33 (fig. **7735**).

Fig. **7735.**

25768. Long. 0m,47 (fig. **7735**).

Fig. **7737.**

25769. **Sonde de Nélaton** en caoutchouc rouge glacé à bout conique (fig. **7737**).

25770. — — — — long. 0m,40.

Fig. **7738.**

25771. **Sonde de Nélaton** olivaire en caoutchouc rouge glacé, long. 0m,40 (fig. **7738**).

Fig. **7739.**

25772. **Sonde de Nélaton** à béquille olivaire en caoutchouc rouge glacé, avec godet, long. 0m,40 (fig. **7739**).

25773. *Les mêmes*, à béquille, sans olive.

25774. **Sonde** à demeure du Dr **Malécot** (fig. **7736**). Nos 13 à 24.

25775. Nos 26 à 40.

Fig. **7740.**

25777. **Sonde de Nélaton** à œil terminal, en caoutchouc rouge glacé, avec godet long. 0m,33 (fig. **7740**).

Fig. **7741.**

Fig. **7743.**

25776. **Sonde** drainée en caoutchouc pour lavages de l'urètre antérieur (fig. **7741**).

Sonde à demeure du Dr de **Pezzer** (fig. **7742**).

25778. Nos 13 à 24.

25779. Nos 24 à 30.

25780. *Les mêmes*, avec gros champignon épais. Nos 26 à 40.

Les mêmes, coudées à angle droit avec gros champignon pour fistule hypogastrique.

25781. Nos 20 à 30.

25782. Nos 32 à 40.

25783. *Les mêmes*, avec tube latéral pour irrigation.

Fig. **7742.**

BOUGIES

25789. **Sonde** en caoutchouc semi-rigide du Dr **Marion** à trous multiples (fig. **7743**) pour prostatectomie.

25790. **Bougie** cylindrique en gomme (fig. **7744**).

25791. — olivaire en gomme (fig. **7745**).

25792. *La même*, en soie.

25793. **Bougie** filiforme olivaire en soie (fig. **7746**).

25794. **Bougie** filiforme olivaire en baleine ou tortillée (fig. **7747**).

25795. **Bougie** filiforme olivaire, tissée soie, crin de Florence à l'intérieur, tortillée, en spirale, en ville (fig. **7747** à fig. **7750**).

Fig. **7746.**

Fig. **7747.**

Fig. **7748.**

Fig. **7749.**

Fig. **7750.**

25796. **Bougie** à boule exploratrice et ovalaire de **Guyon** (fig. **7751**).

25797. *La même*, avec la tige graduée par c/m.

25798. **Bougie** conduite à boule de **Mallez** (fig. **7752**).

25799. **Bougie** olivaire, intérieur grenaille de plomb (fig. **7753**).

25800. **Bougie** olivaire, intérieur tige de plomb.

25801. — — intérieur mercure.

25802. — — à béquille de **Guyon**.

25803 — cylindrique à béquille de **Mercier**.

Fig. **7751.**

Fig. **7745.**

Fig. **7752.**

Fig. **7753.**

Source : Drapier et Fils (Maison). Catalogue d'instruments de chirurgie, mobilier chirurgical, appareils de stérilisation et de laboratoires, électricité médicale, orthopédie, prothèse, bandages, Paris : s.n. : 87. © Musée de l'AP-HP, Medic@.

Annexe 68

Modèle de sonde œsophagienne « porte-radium » (1929)



Fig. **10909.**

32015. **SONDE œsophagienne porte-radium**, du Dr **de Nabias**, type " *Amétal* " déposé (fig. **10909**).

Cette sonde creuse présente une extrémité conique pleine longue de 1 c/m, au milieu de laquelle se trouve un orifice permettant la fixation d'une soie destinée à assurer la mise en place et le maintien en bonne position de la sonde porte-radium au moyen d'un fil sortant par la bouche de gastrostomie. Elle est en outre graduée de c/m en c/m de façon à permettre la lecture instantanée sur la sonde elle-même en regard des arcades dentaires des repères métriques indiqués sur l'œsophagoscope au cours de l'examen clinique.

Longueur.	Diamètre extérieur.	Diamètre intérieur.	Épaisseur des parois.
75 c/m	26 Charrière	20 Charrière	1 c/m 1/2

DIVERS

32018. **Fil de maillechort recuit** de 5/10 m/m d'épaisseur pour la fixation des tubes de radium placés à l'intérieur des tumeurs..... *Le mètre.*

32019. **Tube caoutchouc feuille anglaise rouge** très fin, servant de fourreau au fil métallique dans le trajet intra-buccal (langue) ou intra-abdominal (radium abdominal)..... *Le mètre.*

32020. **Gants de chaput en caoutchouc noir " Amétal "**. Epaisseur 1 m/m. Nos 1, 2, 3 ..... *La paire*

32021. **Feuille de caoutchouc noir type "Amétal"** pour assurer la filtration, secondaire dans les appareils plats. *Prix suivant taille et épaisseur.*

Fig. **10911.**

32022. **Mandrin poussoir** du Dr **de Nabias** pour faire pénétrer les tubes de radium à l'extrémité des tubes de caoutchouc, longueur 30 c/m (fig. **10911**).

RECTOSCOPES voir page **153.** | **ŒSOPHAGOSCOPES** voir page **71** et suivantes.

Amétal " déposé. Modèle du Dr **de Nabias**

e 10 m/mg. de Ra E, filtrés à 2 m/m

intérieur.	Épaisseur des parois.
arrière	2 m/m

decins désireux de n'employer comme filtrage

ns désireux rts ou plus lessous.

Épaisseur les parois. 1 m/m 1/3 1 c/m 1/2 2 c/m

Source : Drapier et Fils (Maison). (1929). Catalogue d'instruments de chirurgie, mobilier chirurgical, appareils de stérilisation et de laboratoires, électricité médicale, orthopédie, prothèse, bandages, Paris : s.n. : 211. ©Musée de l'AP-HP, Medic@.

Annexe 69

Prospectus pour l'établissement hydrothérapique de la maison de santé d'Auteuil

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE SANTÉ,

A AUTEUIL (10, RUE BOILEAU),

DIRIGÉS PAR

Le Docteur **V. BOULLAY,** ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

L'Établissement reçoit des Pensionnaires et des Externes.

Le prix est, pour les Pensionnaires, de 315 francs par mois et au-dessus, suivant l'appartement qu'ils occupent. Ce prix comprend le logement, la nourriture, le linge de table, de lit et de toilette, le service, le traitement hydrothérapique et les honoraires du Médecin Les médicaments, les opérations chirurgicales, les eaux minérales, sont payés à part.

Les Pensionnaires mangent à une table commune ; ceux qui désirent être servis dans leur chambre, paient, pour ce service exceptionnel, 30 francs par mois.

Le prix de la Pension est de 210 francs par mois, pour les Personnes qui accompagnent les malades, et de 100 francs pour les Domestiques.

Les prix, pour les Visiteurs, sont de 4 francs pour le dîner, 2 francs 50 centimes pour le déjeûner, et 2 francs pour le coucher.

Le prix du traitement, comme Externe, est de 165 francs par mois, honoraires du Médecin et service compris.

Une Quinzaine est toujours payée d'avance et reste acquise à l'Établissement, quand même le Malade quitterait la maison avant l'expiration de ce délai.

Les Pensionnaires doivent prévenir le DIRECTEUR, huit jours à l'avance, de leur intention de quitter l'Établissement. Le prix de la Pension, pendant ces huit jours, est toujours dû par le Malade, quand même il effectuerait son départ avant leur expiration.

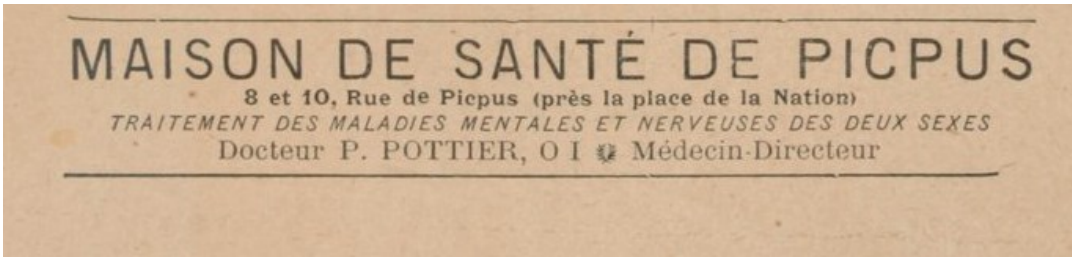
Belleville.—Typ. GALBAN. Lith. LE PELLETIER, r. J.-J.-Rousseau, 26.

Te 164

Source : Prospectus « Établissement hydrothérapique et maison de santé à Auteuil, 10, rue Boileau, dirigé par le Dr V. Boullay » [en ligne] https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5846558t/f4.item.texteImage# (page consultée le 10/02/2025).

Annexe 70

Publicité pour la maison de santé Picpus (1903)



Source : Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie (*1903).*

Annexe 71

Publicité pour le pavillon Charcot (1903)



Source : Revue de psychiatrie : médecine mentale, neurologie, psychologie (*1903).*

Annexe 72

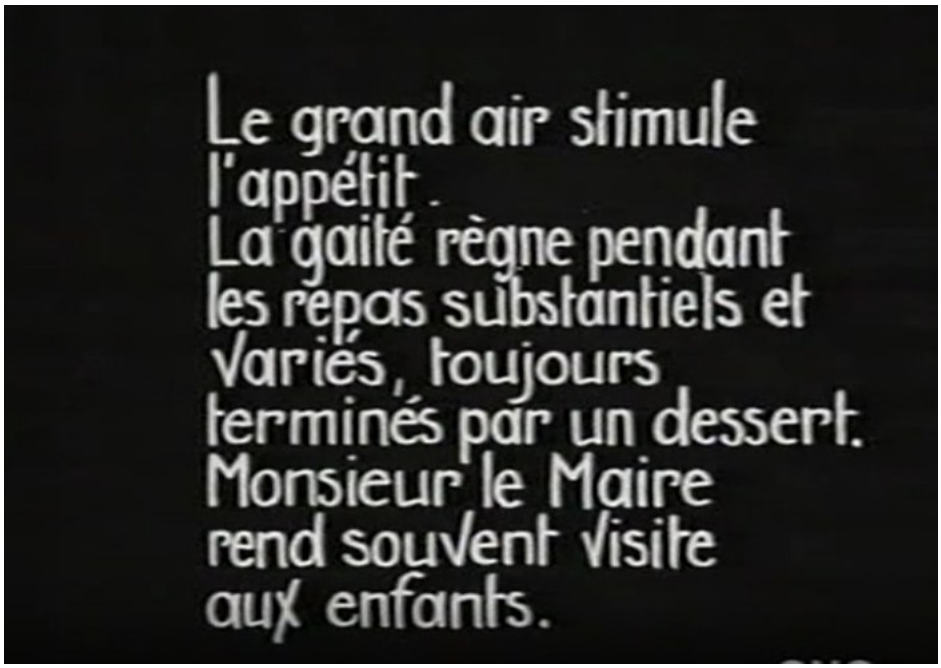
Publicité pour le Sanatorium de Boulogne-sur-Seine (vers 1900)



Source : Blog Le Hameau Fleuri (sur l'histoire de Boulogne-Billancourt) : url : https://lehameaufleuri.wordpress.com/ (page consultée le 14/04/2024).

Annexe 73

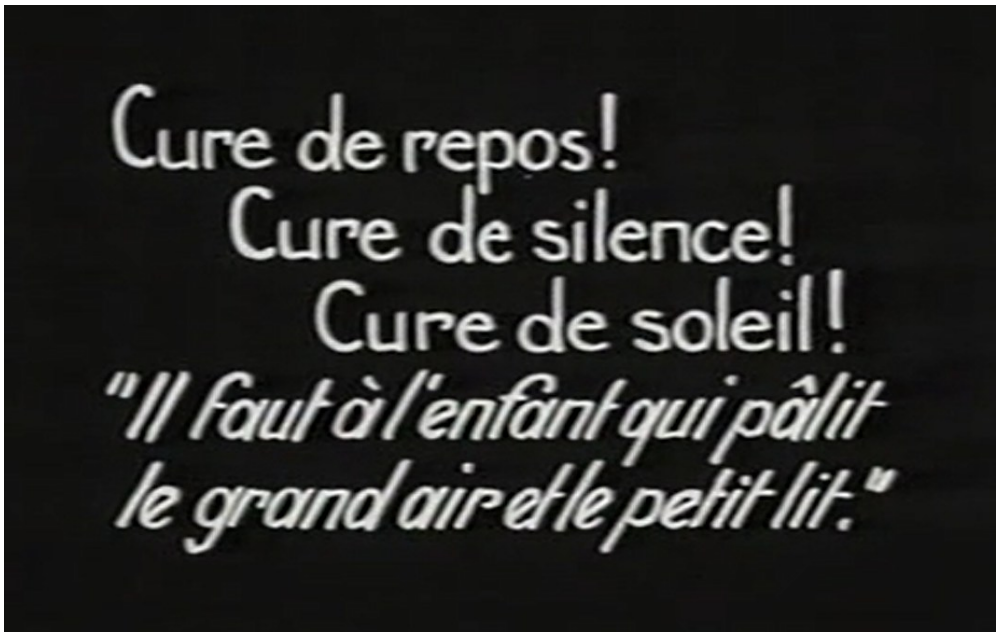
« Le grand air stimule l'appétit »



Source : Extrait vidéo « L'école en plein air de Pantin » de J.-B. Lévy (1927), 6'51 minutes.

Annexe 74

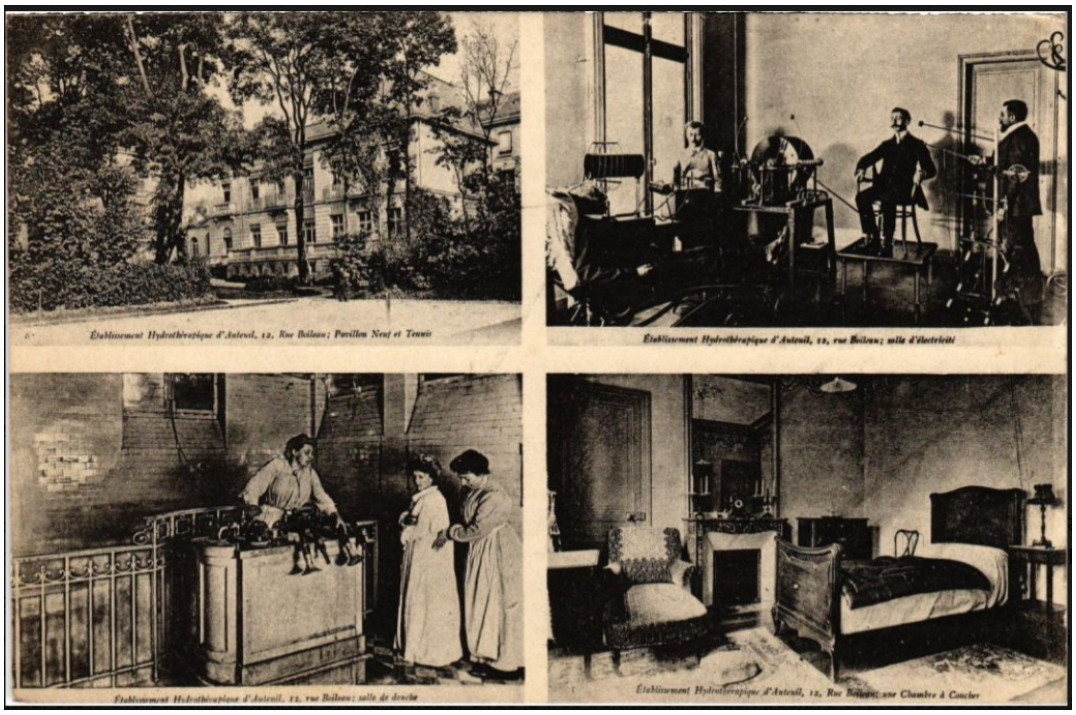
« Cure de repos ! »



Source : Extrait vidéo « L'école en plein air de Pantin » de J.-B. Lévy (1927), 7'53 minutes.

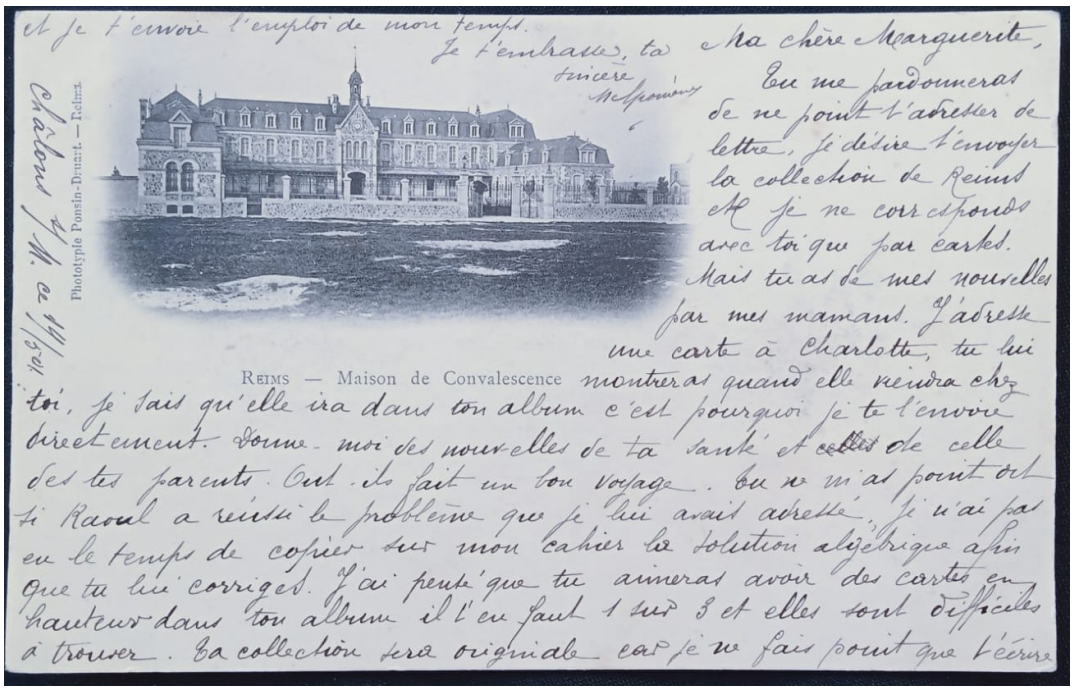
Annexe 75

Série de cartes postales de la maison hydrothérapeutique d'Auteuil



Annexe 76

Maison de convalescence de Reims (années 1910)



Annexe 77

Maison de santé d'Épinay-sur-Seine, « Villa Beauséjour » vue de la rue (1904)



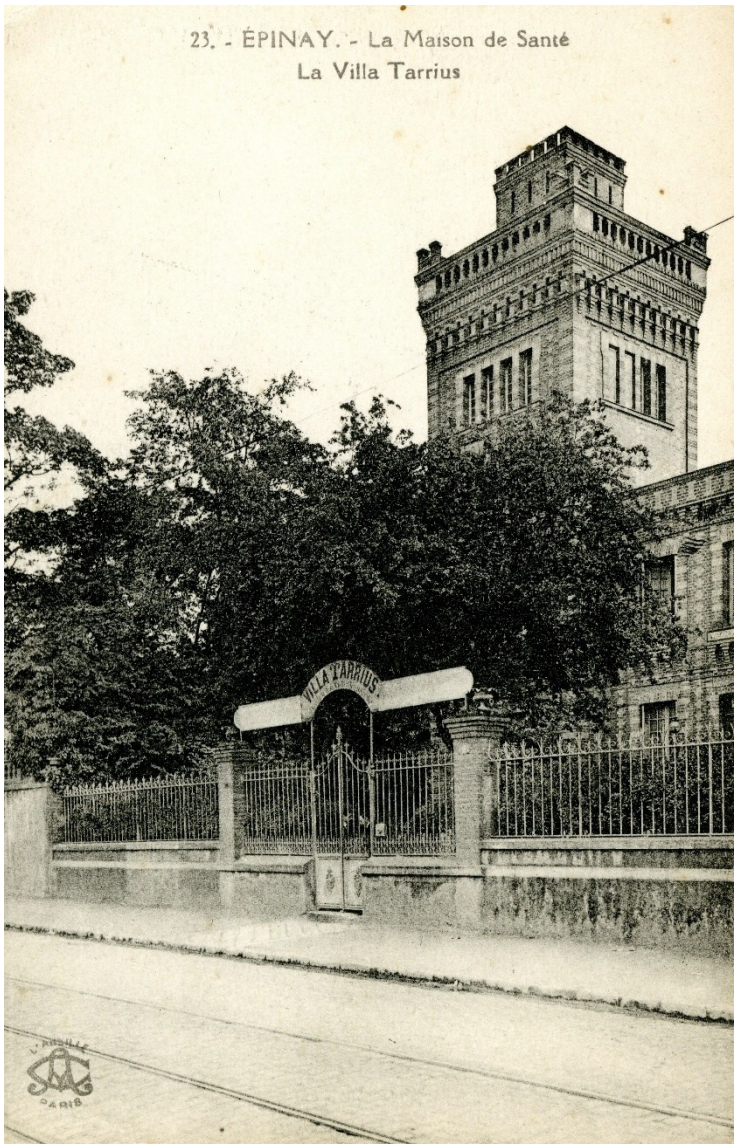
Annexe 78

Mairie d'Épinay-sur-Seine. Exemple de photographie de la ville (1908)



Annexe 79

La ville Tarrius, maison de santé Maison de santé d'Épinay-sur-Seine



Annexe 80

Sanatorium Villemin, vue d'ensemble (Oise)



Annexe 81

Sanatorium Villemin, galerie de cure (Oise)



Annexe 82

Sanatorium de Saint-Sever, vue d'ensemble (Calvados)



Annexe 83

Le sanatorium de Boulogne Billancourt, pavillon de la direction (1909)



Source : Site Cartorum, archives92

Annexe 84

Chambre du sanatorium des cheminots de Ris-Orangis (1913-1930)



Source : Archives départementales de l'Essonne (Fonds Nanty, 57FI143/37), collection en ligne.

Annexe 85

Chambre et cabinet de toilette du sanatorium de Bligny (1901-1910)



Source : Archives départementales de l'Essonne (2FI33/10), collection en ligne.

Annexe 86

Chambre individuelle de l'hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt (1900)



Source : Site Cartorum, archives92

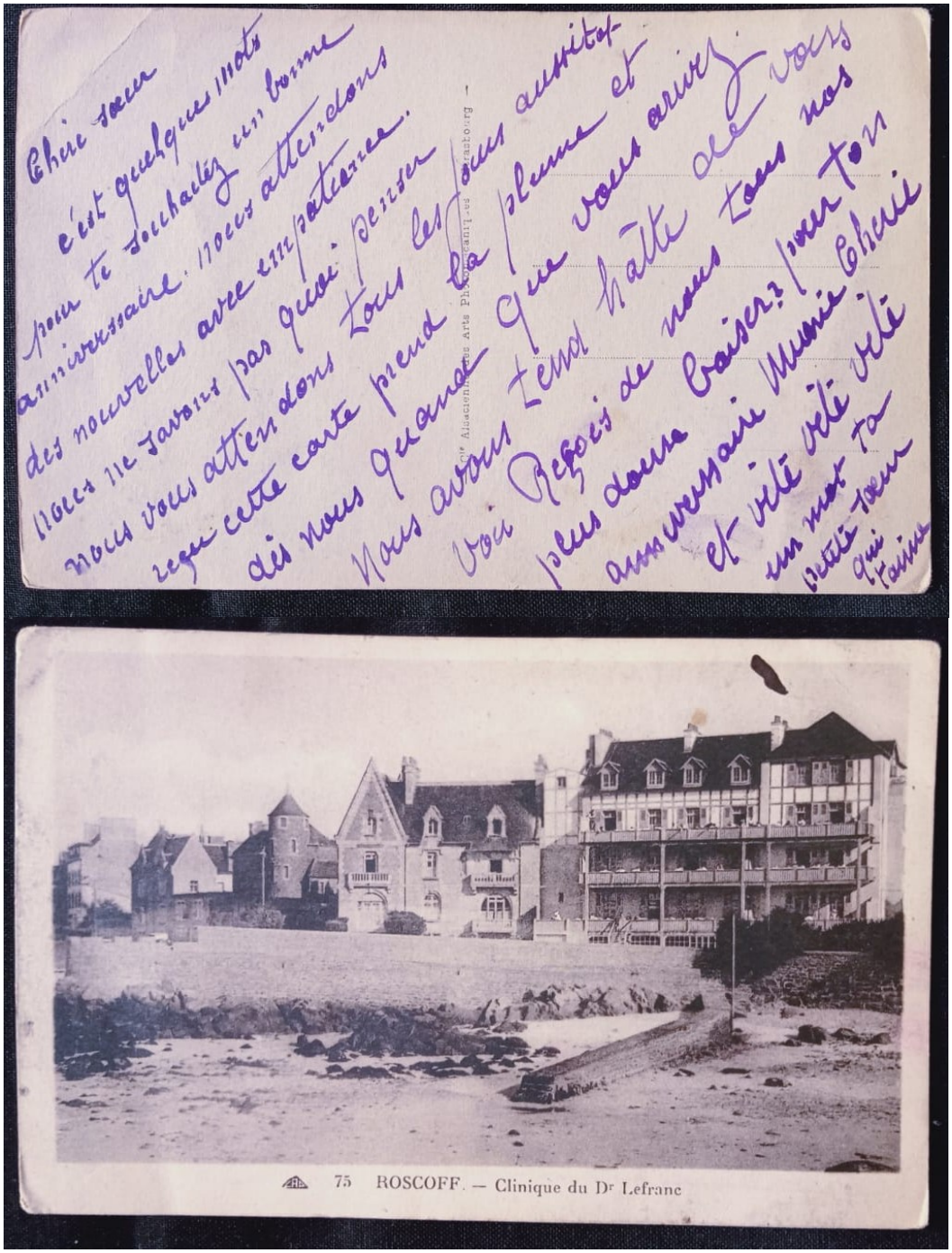
Annexe 87

Salle de chirurgie de la Salpêtrière (photographie)



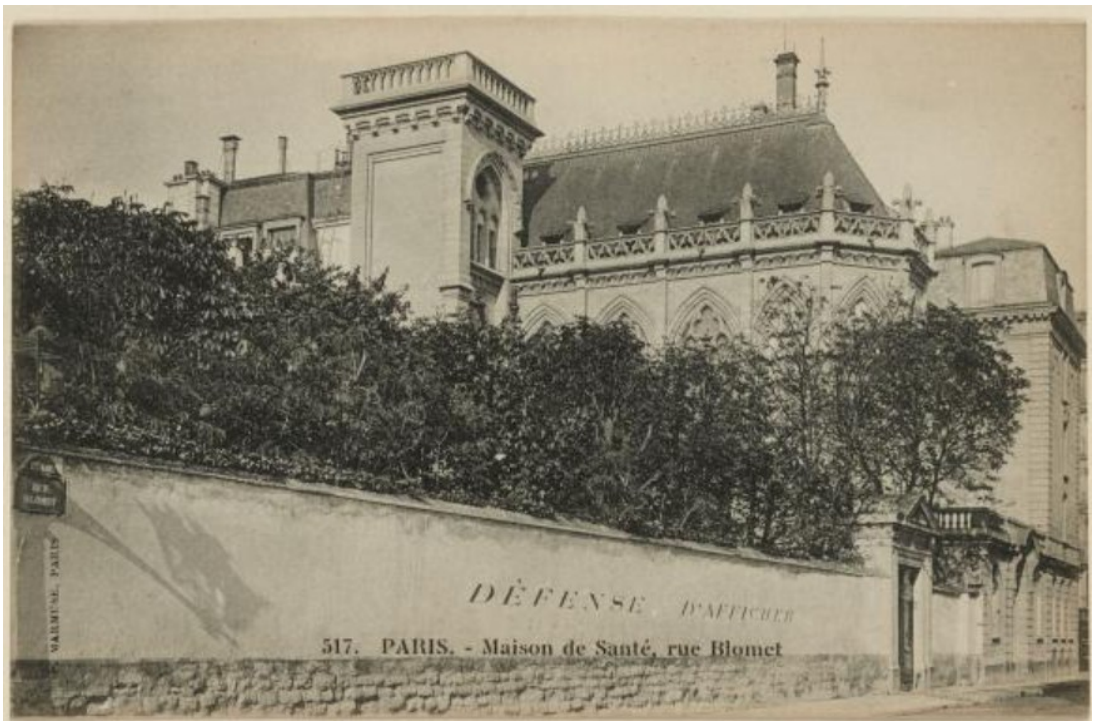
Annexe 88

Clinique du Dr Lefranc, Roscoff (Bretagne)



Annexe 89

Maison de santé rue Blomet, à Paris (1900-1920)



Annexe 90

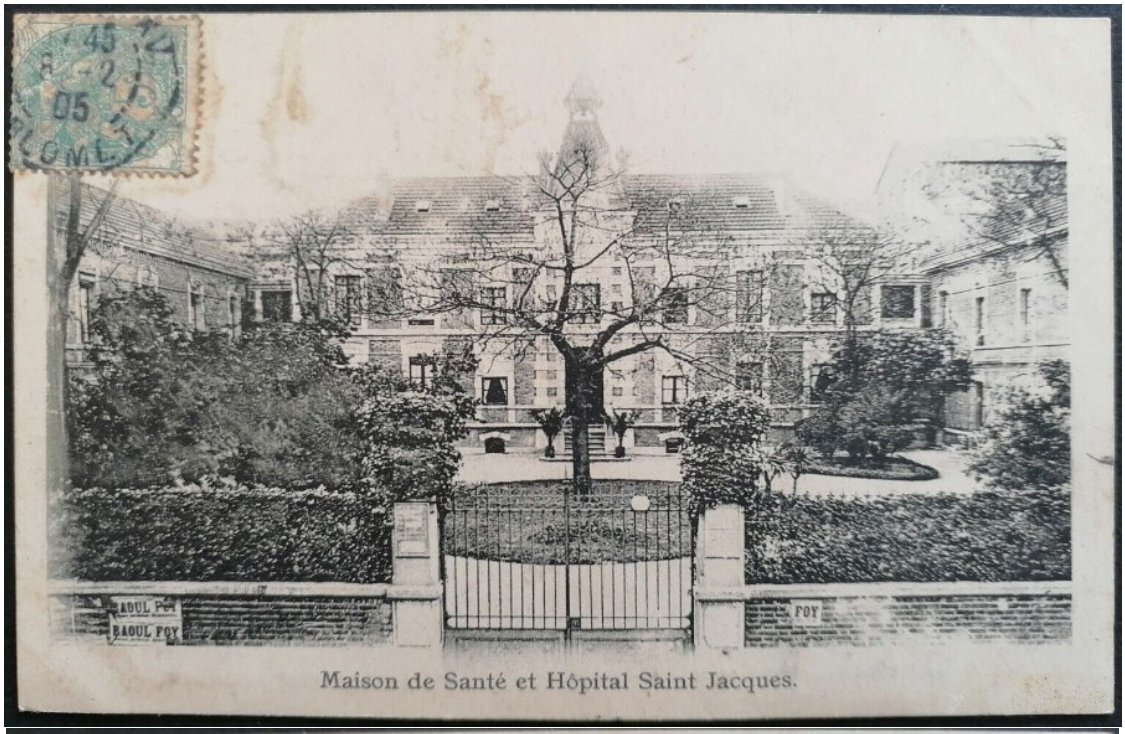
Clinique privée « Solisana » du Docteur G. Meyer (avant 1975)



Source : CollecOnline, ©photomaag, Saint-Louis

Annexe 91

Maison de santé Saint-Jacques à Paris (1905)



Maison de Santé et Hôpital Saint Jacques.



CARTE POSTALE

Certains pays étrangers n'acceptent pas la Correspondance de ce côté (se renseigner à la Poste.)

Correspondance

Adresse

Mes bons souvenirs

Monsieur Madeleine
129 Boulevard
Montparnasse
Paris

Annexe 92

Hôpital de la charité – Jardin des malades



Annexe 93

Série de cartes postales de la Salpêtrière (maternité, cuisine, salle de chirurgie)



Annexe 94

Asile clinique de Sainte-Anne (1917)

Cette carte postale de l'asile clinique de Sainte-Anne, envoyée en 1917 depuis Paris vers Berne, est la plus énigmatique qu'il m'ait été donné de récolter au cours de cette enquête. Le contenu du message, rédigé en russe, laisse penser que les correspondants fréquentaient les cercles de la neurologie parisienne. L'adresse du destinataire suggère que la carte était adressée au professeur de neurologie et d'histologie Eber Landau. Toutefois, au vu du surnom de la destinataire (*Firochka*), il est aussi possible qu'Eber Landau ait adressé lui-même cette lettre, depuis Paris, à une de ses proches résidant en Suisse. Au début de la Première Guerre mondiale, le médecin est en effet envoyé en France pour exercer en tant que neurologue dans les hôpitaux militaires de la capitale (Salpêtrière, Val-de-Grâce), avant de revenir à Berne en 1918 (Vitkus & *al*., 2016). Les hypothèses autour de cette carte postale restent ouvertes !

« Дорогая Фирочка!

Отдал сегодня в печать довольно обширную статью по неврологии. Мое сообщение в Мед. Академии вероятно будет сделано, когда я уже буду во отпуску. Будь здорова, крепко целую. Эд »

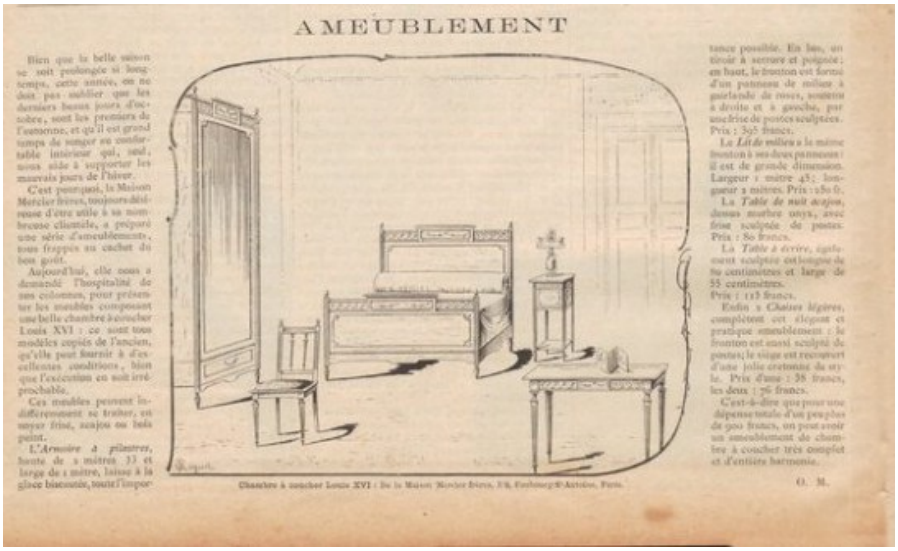
« Chère Firochka !

Aujourd'hui, j'ai remis à la presse un article assez long sur la neurologie. Mon message dans *L'Académie médicale* sera probablement prononcé quand je serai déjà en vacances. Sois en bonne santé, je t'embrasse bien fortement. ED. »



Annexe 95

Article de presse sur l'ameublement de la chambre (1898)



AMEUBLEMENT

Bien que la belle saison se soit prolongée si longtemps, cette année, on ne doit pas oublier que les derniers beaux jours d'octobre, sont les premiers de l'automne, et qu'il est grand temps de songer au confortable intérieur qui, seul, nous aide à supporter les mauvais jours de l'hiver.

C'est pourquoi, la Maison Mercier frères, toujours désireuse d'être utile à sa nombreuse clientèle, a préparé une série d'ameublements, tous frappés au cachet du bon goût.

Aujourd'hui, elle nous a demandé l'hospitalité de nos colonnes, pour présenter les meubles composant une belle chambre à coucher Louis XVI : ce sont tous modèles copiés de l'ancien, qu'elle peut fournir à d'excellentes conditions, bien que l'exécution en soit irréprochable.

Ces meubles peuvent indifféremment se traiter, en noyer frisé, acajou ou bois peint.

L'*Armoire à pilastres*, haute de 2 mètres 33 et large de 1 mètre, laisse à la glace biseautée, toute l'importance possible. En bas, un tiroir à serrure et poignée ; en haut, le fronton est formé d'un panneau de milieu à guirlande de roses, soutenu à droite et à gauche, par une frise de postes sculptées. Prix : 395 francs.

Le *Lit de milieu* a le même fronton à ses deux panneaux : il est de grande dimension. Largeur : mètre 45 ; longueur 2 mètres. Prix : 280 fr.

La *Table de nuit acajou*, dessus marbre onyx, avec frise sculptée de postes. Prix : 80 francs.

La *Table à écrire*, également sculptée est longue de 80 centimètres et large de 55 centimètres. Prix : 115 francs.

Enfin : *Chaises légères*, complètent cet élégant et pratique ameublement : le fronton est aussi sculpté de postes ; le siège est recouvert d'une jolie cretonne du style. Prix d'une : 38 francs, les deux : 76 francs.

C'est-à-dire que pour une dépense totale d'un peu plus de 900 francs, on peut avoir un ameublement de chambre à coucher très complet et d'entière harmonie.

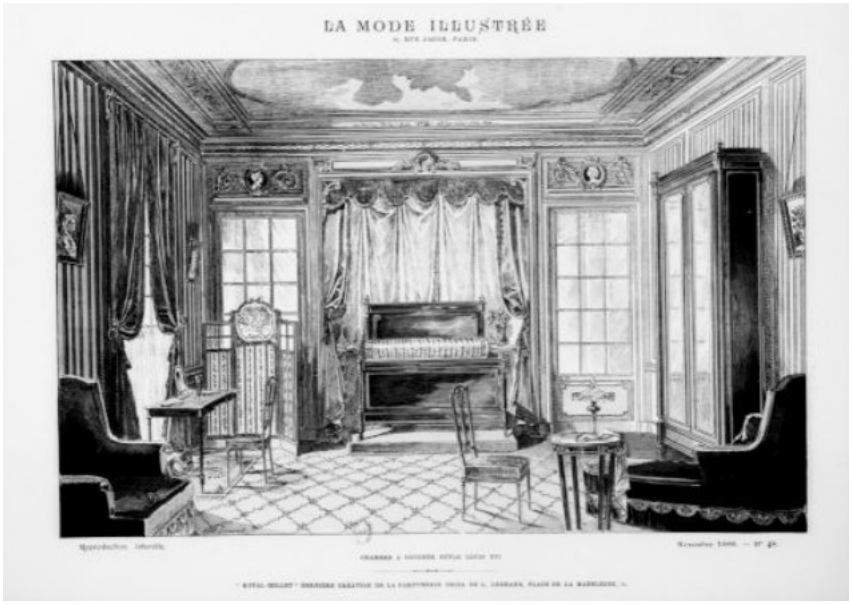
O. M.

Chambre à coucher Louis XVI : De la Maison Mercier frères, 118, Faubourg St-Antoine, Paris.

Source : La mode illustrée, journal de la famille (1898).

Annexe 96

Publicité pour la chambre à coucher « style Louis XVI » (1898)

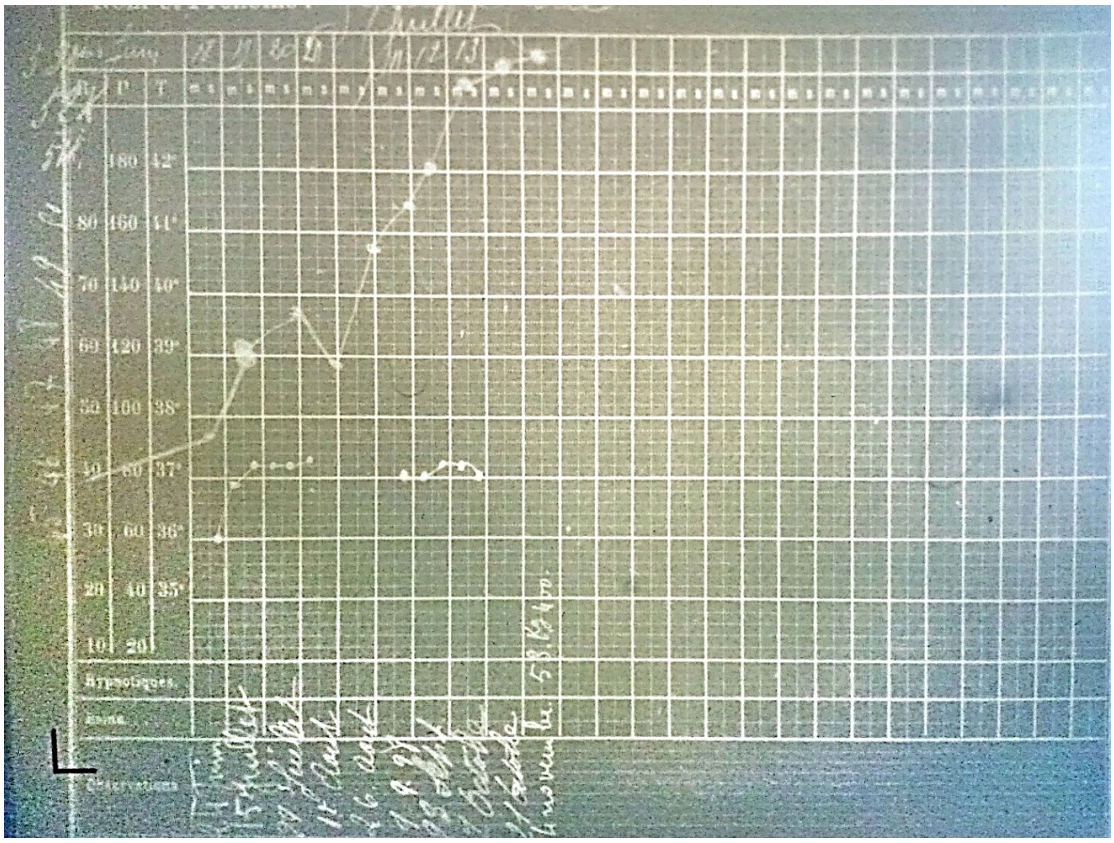


LA MODE ILLUSTRÉE

Source : La mode illustrée, journal de la famille (1898).

Annexe 97

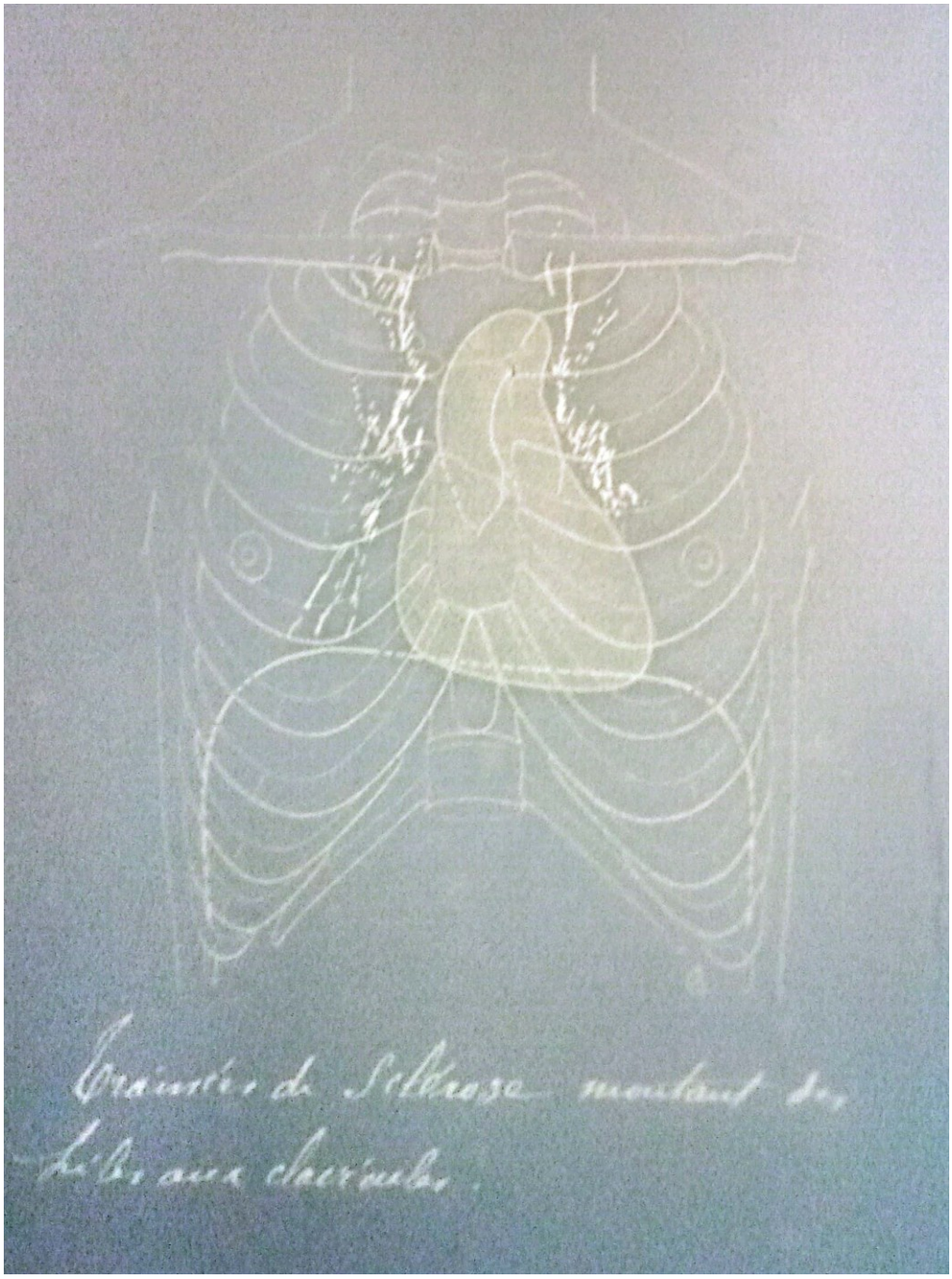
Courbes de poids et de température d'une anorexique - Service de Prophylaxie mentale de l'hôpital Sainte-Anne (1928)



Source : *Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 76), 1928.*

Annexe 98

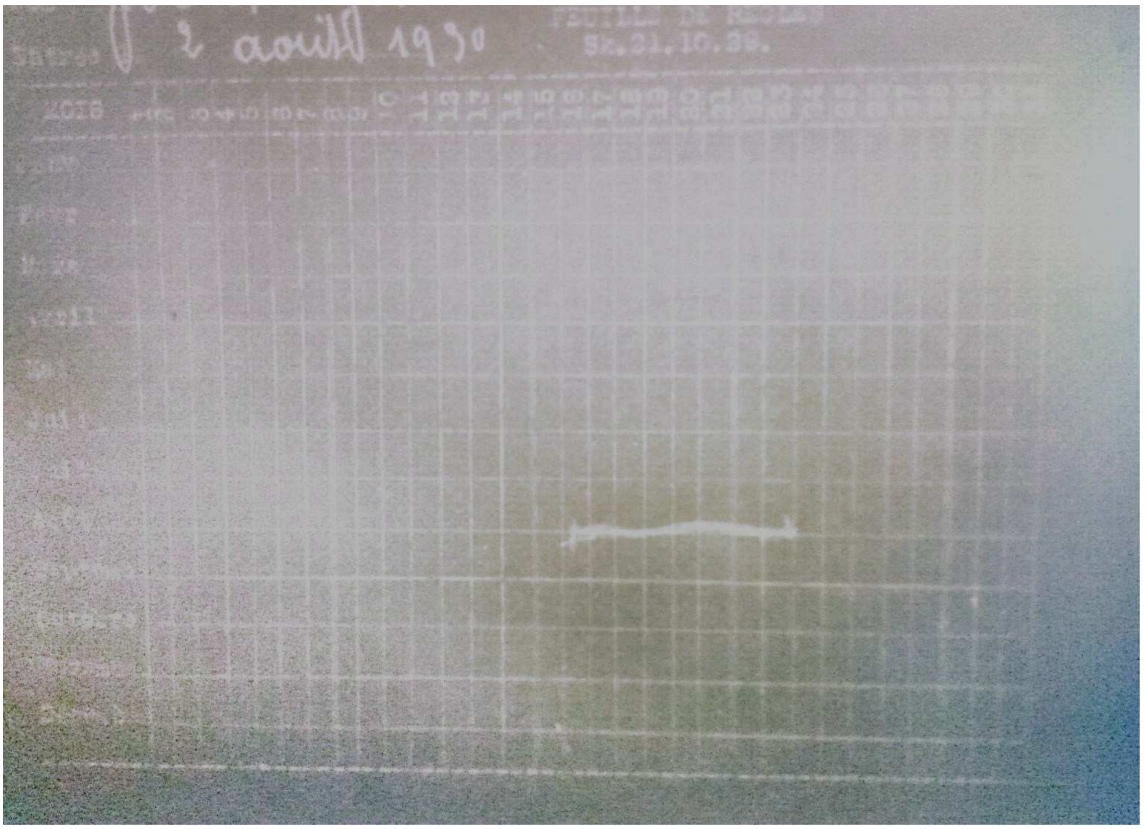
Schéma de traces de sclérose aux clavicules - Service de Prophylaxie mentale de l'hôpital Sainte-Anne (1930)



Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 119), 1930.

Annexe 99

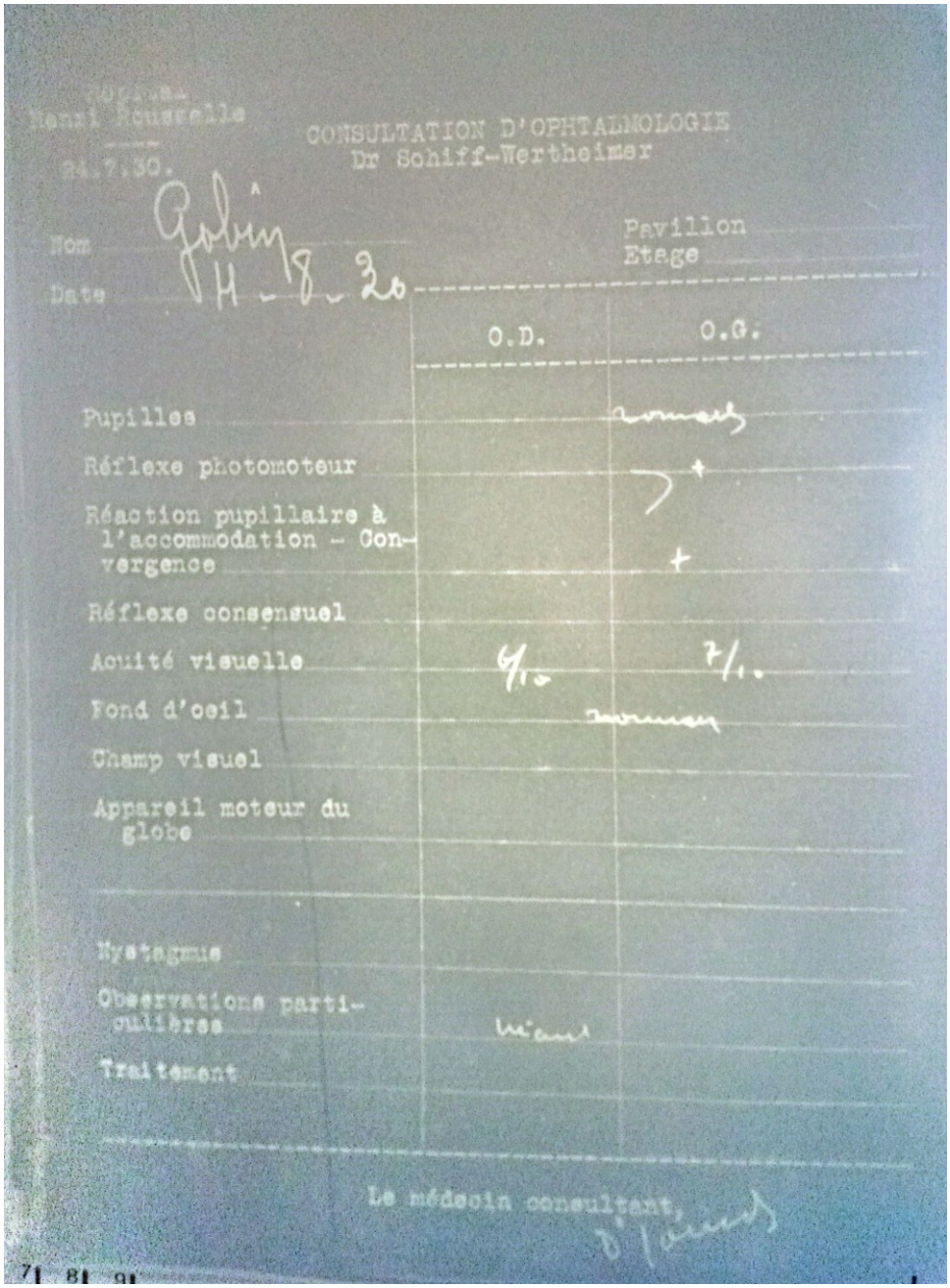
Feuille de règles - Service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (1930)



Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 119), 1930.

Annexe 100

Feuille de consultation d'ophtalmologie - Service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (1930)



Henri Rousselle

CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE
Dr Schiff-Wertheimer

24.7.30.

Nom Gobin

Pavillon
Etage

Date 14-8-30

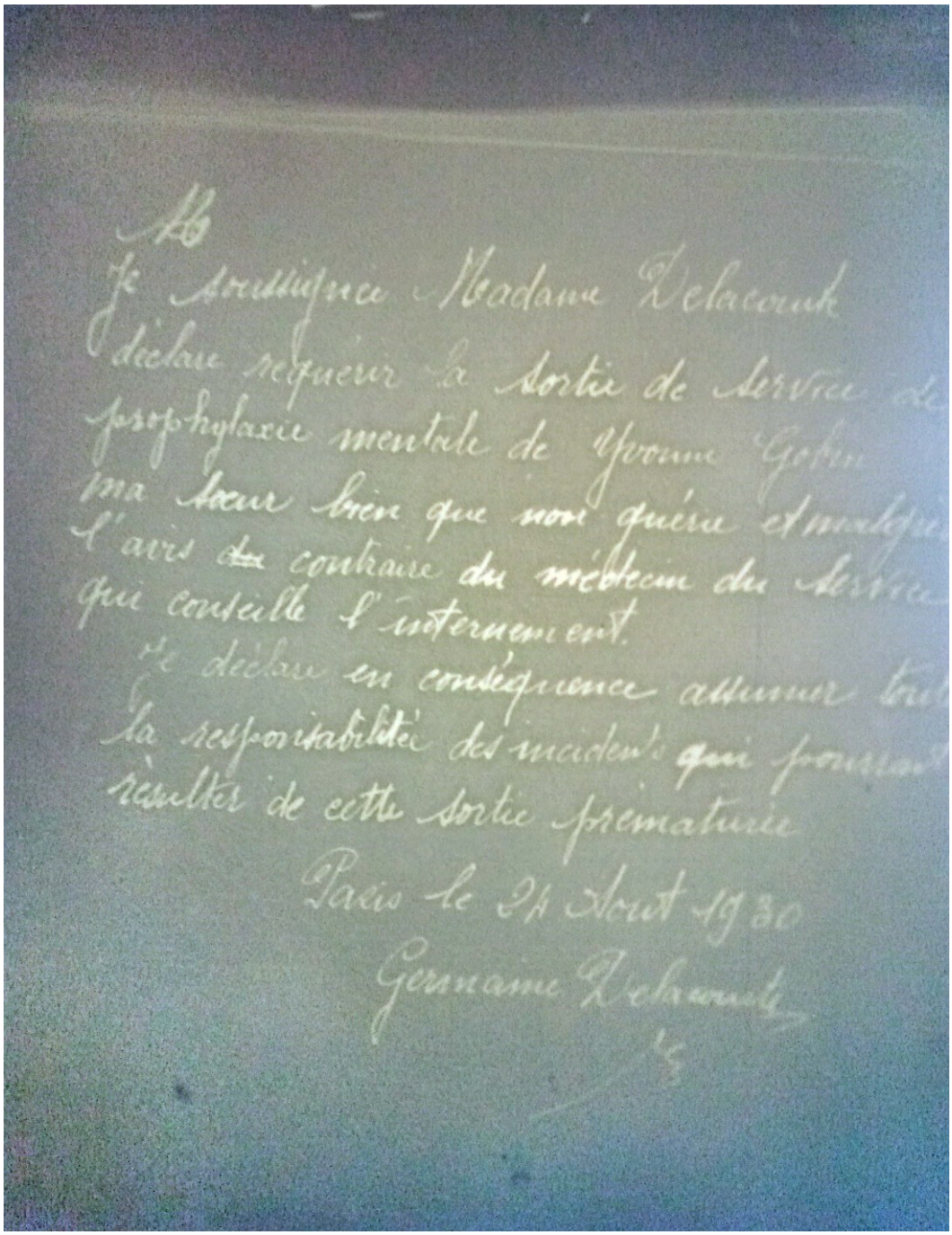
	O.D.	O.G.
Pupilles		normales
Réflexe photomoteur		+
Réaction pupillaire à l'accommodation - Convergence		+
Réflexe consensuel		
Acuité visuelle	4/10	7/10
Fond d'oeil		normaux
Champ visuel		
Appareil moteur du globe		
Nystagmus		
Observations particulières		néant
Traitement		

Le médecin consultant,

Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 119), 1930.

Annexe 101

Lettre d'un tiers pour une demande de sortie d'hospitalisation - Service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (1930)

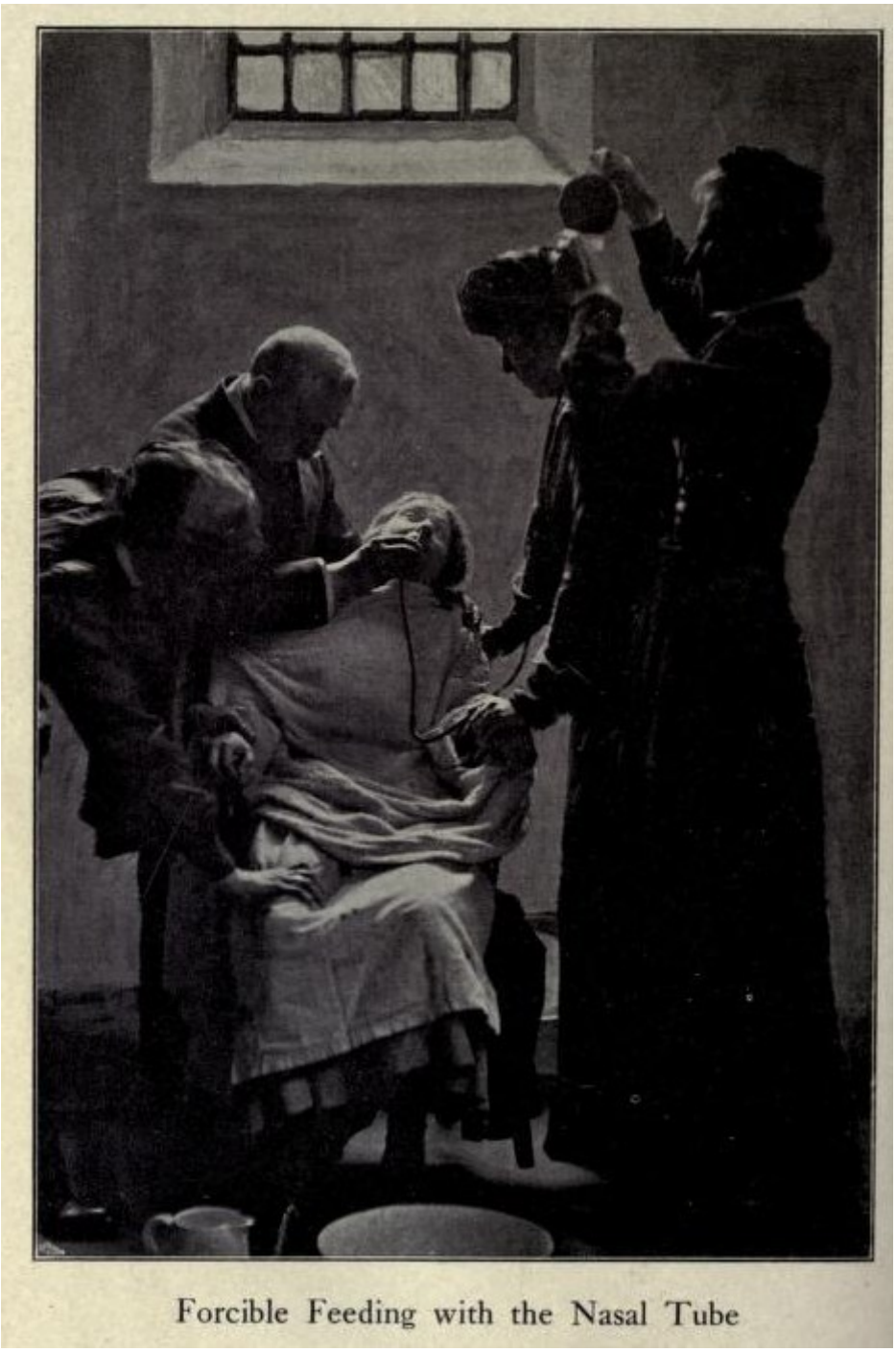


Je soussigné Madame Delacroix
déclare requérir la sortie de service de
prophylaxie mentale de Mme Gobin
ma sœur bien que non guérie et malgré
l'avis contraire du médecin du service
qui conseille l'internement.
Je déclare en conséquence assumer toute
la responsabilité des incidents qui pourraient
résulter de cette sortie prématurée
Paris le 24 Août 1930
Germaine Delacroix

Source : Archives départementales de Paris, Asile clinique Sainte-Anne, Henri Rousselle. Dossiers médicaux de patients microfilmés (3MI2 119), 1930.

Annexe 102

Illustration de l'alimentation forcée d'une suffragette (1911)



Forcible Feeding with the Nasal Tube

Source: Pankhurst, S. (1911). The suffragette. The History of the Women's Militant Suffrage Movement, 1905-1910, New York Sturgis & Walton Company, p. 433.

Annexe 103

Les dangers de l'alimentation forcée

Extrait de l'ouvrage de Sylvia Pankhurst (1911)

« In the Lancet for September 28th, 1872, a case was reported of a man under sentence of death, who had been forcibly fed by means of the stomach pump, that is to say by means of an india-rubber tube passed through the mouth into the stomach, the method used in the case of the Suffragettes. The man had died. In the same issue of the Lancet, appeared the opinion upon this question of several prominent medical men. Dr. Anderson Moxey, M.D., M.R.C.P., had said: "If anyone were to ask me to name the worst possible treatment for suicidal starvation I should say unhesitatingly, forcible feeding by means of the stomach pump." Dr. Tennant stated that this method of feeding produced "an incentive to resistance," and that the exhaustion thereby introduced was sometimes so great as to cause death by syncope. Dr. Russell had met with a case in which death had occurred immediately after the placing of the tube "before it could be withdrawn, much less used"; and Dr. Conolly was "appalled by the dangers resulting from the forcible administration of food by the mouth." Amongst the various important medical experts consulted by The Women's Social and Political Union was Dr. Forbes Winslow, whose wide experience in cases of insanity could not be questioned. When asked professionally to give his views on the subject he said:

So far as the stomach pump is concerned it is an instrument I have long ago discontinued using, even in the most serious cases of melancholia, where the victim, perhaps from some religious delusion, refuses all nourishment. It possibly may be regarded by some as the most simple means of administering food, but this I challenge by saying at once that it is the most complicated and the most dangerous.... I have known some of the most serious injuries inflicted by the persistent use of the stomach pump. I have known a case in which the tongue has been partly bitten off where it has been twisted behind the feeding tube. He added that forcible feeding was especially dangerous in cases of heart or lung weakness or of rupture or hernia, and that the result of persistent use would be to seriously injure the constitution, to lacerate the parts surrounding the mouth, to break and ruin the teeth".

Source: Pankhurst, S. (1911). The suffragette. The History of the Women's Militant Suffrage Movement, 1905-1910, New York Sturgis & Walton Company, p.432.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Elsie Mégret

La question anorexique en France (1873-1937). Étude de la production des « seuils diagnostiques » d'une catégorie médicale d'âge et de genre

Résumé : Cette étude problématise la production des « seuils diagnostiques » de la catégorie médicale d'anorexie en France, entre 1873 et 1937. En s'appuyant sur une enquête de sociologie et d'anthropologie historique menée à partir d'un terrain documentaire (archives médicales et administratives, publications scientifiques et médicales, iconographies), la thèse retrace les façons dont la « question anorexique » a été « travaillée » *par* et *au sein* de divers savoirs relatifs aux processus vitaux de développement.

L'étude souligne d'abord que dès les années 1870, les aliénistes, psychiatres et neurologues identifient l'anorexie hystérique, mentale et nerveuse à partir de « seuils esthétiques de genre » et de « seuils de sexualisation ». Elle montre ensuite qu'au tournant du XXe siècle, les connaissances psychophysiologiques et pédiatriques axées sur la nutrition et la maturation psycho-sexuelle participent à diagnostiquer la pathologie à partir de « seuils métaboliques » et de « seuils de croissance », rendant ainsi observable l'anorexie chez les nourrissons et les enfants. Enfin, l'étude suggère que les réponses thérapeutiques apportées à l'anorexie par la psychologie expérimentale et l'hygiène mentale contribuent à stabiliser la catégorie médicale autour de « seuils de rendement » d'âge, de genre et de classe, classifiant ainsi durablement la maladie parmi les anormalités de l'enfance et les troubles nerveux considérés comme curables.

Au fil de l'analyse, ce travail suggère que la catégorie d'anorexie n'est pas produite à partir d'âges chronologiques stables, mais à partir de pratiques matérielles d'objectivation, de mesure et de visibilisation de phénomènes vitaux corporels, biochimiques ou physiologiques. La thèse met également en avant les tensions classificatoires qui façonnent la catégorie, à la croisée d'« interventions médicales » de régulation du développement et d'opérations de standardisation des âges de la vie.

Mots-clés : Anorexie, âges de la vie, développement, genre, sexualité, processus vitaux, temporalités corporelles, histoire des sciences et de la médecine, matérialités scientifiques

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Elsie Mégret

The Anorexic Issue in France (1873-1937). A Study of the Production of 'Diagnostic Thresholds' of a Medical Category of Age and Gender.

Abstract: This study examines the production of diagnostic thresholds for the medical category of anorexia in France between 1873 and 1937. Drawing on a sociological and anthropological history approach, based on documentary research (medical and administrative archives, scientific and medical publications, iconographies), this thesis traces how the 'anorexic issue' was constructed by and within various fields of knowledge related to vital developmental processes.

The study first highlights that from the 1870s onward, alienists, psychiatrists, and neurologists identified hysterical anorexia, mental anorexia, and nervous anorexia based on 'aesthetic gendered thresholds' and 'sexualisation thresholds'. It then demonstrates that psychophysiological and paediatric knowledge – focusing on nutrition and psycho-sexual maturation – contributed to the diagnosis of the pathology at the turn of the 20th century, using 'metabolic thresholds' and 'growth thresholds,' thereby making infantile and childhood anorexia visible to medicine. Finally, the study shows that therapeutic responses to anorexia developed by experimental psychology and mental hygiene contributed to stabilizing the medical category around 'social return thresholds' related to age, gender, and social class, thereby firmly classifying the disease among childhood abnormalities and nervous illnesses considered curable.

Throughout the analysis, this work suggests that the anorexia category was not produced from stable chronological ages, but rather through material practices of objectification and measurement, and through the visibility of bodily, biochemical, and physiological life processes. This thesis also emphasizes the classificatory tensions that shaped the medical category, occurring at the intersection of medical interventions aimed at regulating development and medical operations standardizing life stages.

Key words: Anorexia, Life stages, Development, Gender, Sexuality, Life processes, Body temporalities, History of Science and Medicine, Scientific materialities