

Phénoménologie du corps douloureux et anthropologie : questionnements théoriques et méthodologiques à partir d'une enquête ethnographique portant sur l'obésité au Burkina Faso

Julie D'Haussy

Volume 7, Number 1, Winter 2020

Approches inductives dans les recherches qualitatives en santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1069714ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1069714ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université de l'Ontario français (UOF)

ISSN

2562-914X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

D'Haussy, J. (2020). Phénoménologie du corps douloureux et anthropologie : questionnements théoriques et méthodologiques à partir d'une enquête ethnographique portant sur l'obésité au Burkina Faso. *Enjeux et société*, 7(1), 10–35. <https://doi.org/10.7202/1069714ar>

Article abstract

Partant d'une enquête ethnographique réalisée au sujet de l'obésité au Burkina Faso, nous dépeignons la façon dont nous avons exploité les situations d'étonnement auxquelles nous avons fait face. Ces dernières mobilisaient les corps, celui des enquêtés et le nôtre, et avaient en commun de faire émerger diverses formes de douleur. Confrontée à des enjeux théoriques et méthodologiques que nous n'avions pu anticiper, nous décrivons comment une approche phénoménologique nous a servi pour appréhender ces corps douloureux et comment la posture de recherche qu'elle a induite a ouvert des voies de recherche fructueuses. Ayant la particularité de concevoir le corps comme un site d'agencéité, ce courant a permis d'expliquer comment, au Burkina Faso, de nouveaux styles de vie naissent en silence au départ de corps douloureux, menant à la souffrance, dans un contexte où les espaces publics et intimes laissent peu de place aux discours tenus sur l'obésité.

Tous droits réservés © Enjeux et société, 2020



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>



***Phénoménologie du corps douloureux et anthropologie :
questionnements théoriques et méthodologiques
à partir d'une enquête ethnographique portant sur l'obésité au Burkina Faso***

Julie D'Haussy
Université de Mons

Résumé

Partant d'une enquête ethnographique réalisée au sujet de l'obésité au Burkina Faso, nous dépeignons la façon dont nous avons exploité les situations d'étonnement auxquelles nous avons fait face. Ces dernières mobilisaient les corps, celui des enquêtés et le nôtre, et avaient en commun de faire émerger diverses formes de douleur. Confrontée à des enjeux théoriques et méthodologiques que nous n'avions pu anticiper, nous décrivons comment une approche phénoménologique nous a servi pour appréhender ces corps douloureux et comment la posture de recherche qu'elle a induite a ouvert des voies de recherche fructueuses. Ayant la particularité de concevoir le corps comme un site d'agencéité, ce courant a permis d'expliquer comment, au Burkina Faso, de nouveaux styles de vie naissent en silence au départ de corps douloureux, menant à la souffrance, dans un contexte où les espaces publics et intimes laissent peu de place aux discours tenus sur l'obésité.

Mots-clés : Enquête ethnographique, phénoménologie, douleur, obésité, étonnement

Introduction

Préparée scolairement à appréhender le sujet délicat de l'obésité avec nos enquêtés, nous nous attendions à rencontrer des personnes en situation de mal-être psychique potentiellement important.



Il n'aura fallu que quelques jours sur le terrain pour que ce présumé vole en éclats. Nos premières observations nous ont rapidement fait comprendre que les préoccupations de nos interlocuteurs étaient ailleurs.

Presque tout nous étonnait : des personnes médicalement obèses qui ne considéraient pas l'être à cause d'une définition sociale de l'obésité très éloignée de la définition médicale; l'utilisation du terme *dépérir* comme synonyme du verbe *maigrir*, des soignants qui évoquent à peine le sujet et, surtout, des patients qui nous parlent essentiellement de maux localisés ou des divers ancrages corporels de leurs maladies quand nous les interrogeons sur leur bien-être.

Les premiers matériaux récoltés débordaient largement nos accroches théoriques et méthodologiques initiales, sans offrir de nouvelles prises évidentes. Si les recherches inductives tirent souvent leur richesse de situations et d'événements inattendus, les difficultés qui en résultent s'avèrent particulièrement déroutantes pour un jeune chercheur.

Dans cet article, nous souhaitons montrer comment l'étonnement et, à travers à lui, l'attention portée à une multitude de ressentis personnels, ont guidé notre travail de terrain. À l'époque, durant l'été 2014, nous menions une enquête ethnographique à Bobo-Dioulasso, ville importante du Burkina Faso, dans le cadre de notre mémoire de Master. Nous souhaitions y étudier l'obésité sous l'angle du phénomène de transition nutritionnelle¹, qui mène de nombreux pays dits en voie de développement à connaître une augmentation de la prévalence de la malnutrition par excès, en même temps que le taux de malnutrition par déficit reste très élevé.

Quel que soit le lieu où nous menions notre enquête (l'hôpital, la salle de sport, les cuisines de nos connaissances), le corps surgissait dans ses dimensions les plus charnelles, faisant notamment de la douleur une question centrale. Posé au sein du champ de l'anthropologie de l'obésité, ce constat dessinait une série de nouveaux enjeux théoriques et méthodologiques, qui débordent largement ce champ.



Prenant pour point de départ les réflexions de Le Breton (2010) au sujet des liens entre douleur et souffrance, nous montrerons comment la phénoménologie – telle qu'elle a été portée en anthropologie par des chercheurs s'inscrivant dans la lignée de Merleau-Ponty – a offert des réponses intéressantes aux problèmes qui nous occupaient, en ce qu'elle permet d'appréhender les corps dans leur dimension physique en dépassant les formes classiques de dualisme corps-esprit et en en faisant des sites d'agencité (voir l'encadré 1).

Merleau-Ponty, éminent représentant de la phénoménologie, est mobilisé parmi une certaine frange de chercheurs en anthropologie – parmi lesquels Csordas et Ram, qui ont particulièrement influencé notre travail. Son apport est considérable par la place qu'il donne au corps dans l'expérience des individus.

Csordas (1990) reprend à son compte l'idée d'expérience préobjective. Dans la conception merleau-pontienne, le corps n'est pas un objet qui existe en soi de façon consciente, mais le point de départ de toute expérience, qui peut aboutir en un objet. Sur cette base, l'anthropologue américain invite à porter attention à d'éventuels processus d'objectivation, souvent ignorés pour n'en étudier que les aboutissements. Nous verrons plus loin en quoi cette posture est heuristique dans l'étude des changements sociaux.

Pour les mêmes raisons, le corps, au-delà des discours, est un incroyable révélateur du social et du culturel incorporé par les individus de manière non consciente. Dans ce cadre, selon Ram (2014), les « situations limites » sont particulièrement riches pour les chercheurs en ce qu'elles sont propices à faire émerger le « non-visible », le « non-conscient ». Or, notre terrain se rapportait à deux situations limites : la maladie et le travail ethnographique. D'une part, la maladie, par le bouleversement qu'elle impose dans le quotidien, change radicalement l'expérience vécue. D'autre part, l'anthropologue, projeté dans un environnement qui n'est pas le sien, vit constamment dans le non-familier. Dans ces cas-là, les émotions deviennent des indices clés pour la compréhension du monde qui nous entoure, comme nous le montrerons ci-dessous.

Encadré 1. Merleau-Ponty et sa succession en anthropologie.

1. L'étonnement

Avant notre départ, notre projet de mémoire étonnait plus d'une personne en Belgique. Nous partions au Burkina Faso durant deux mois afin d'y étudier l'obésité et le phénomène de transition nutritionnelle sous un angle anthropologique. Nous avons nous-même découvert, par hasard, à travers la lecture d'un article de presse, le fait que la prévalence de l'obésité augmentait dans certains pays qui connaissaient encore d'importants taux de malnutrition par



déficit. Cela allait tellement à contresens des images souvent véhiculées par les médias, qui participaient à notre imaginaire, que nous avons décidé de porter notre intérêt sur ce phénomène. Si l'étonnement nous a guidée dès les premiers pas de notre recherche, nous ne devinions pas qu'il apparaîtrait tout aussi essentiel pour la suite.

Nous ne nous étions jamais interrogée sur le rôle que peuvent jouer les émotions du chercheur sur le terrain avant d'arriver sur notre lieu d'enquête. En fait, rien n'y prépare : il est essentiellement amené à s'exprimer sur lui-même, ses expériences et son vécu dans le but de contrôler son objectivité à travers une démarche réflexive. Les limites dans lesquelles sa subjectivité peut s'exprimer sont donc restreintes. Or, *a priori*, quoi de plus subjectif que des émotions?

Nous n'avons eu de cesse d'être étonnée durant nos deux mois d'enquête. Aujourd'hui, nous sommes convaincue que cette émotion a été à l'origine de points d'inflexion majeurs dans notre recherche. Elle était liée à divers ressentis personnels, plus ou moins ancrés dans les corps, tant le nôtre que ceux de nos interlocuteurs. Ainsi, certains ressentis impliquaient directement les corps (cénesthésie, présence ou absence de certains corps dans certains types d'espace, etc.). D'autres étaient plus intellectualisés, sans toutefois être totalement déconnectés des corps. Par exemple, des ressentis naissaient de la confrontation entre les expériences corporelles auxquelles nous nous attendions – en fonction de nos lectures, notamment – ou, en tout cas, celles qui nous étaient familières et celles qui étaient effectivement rapportées par nos enquêtés ou dont nous étions témoins sur le terrain.

Ce type de considérations se trouve au cœur de l'approche phénoménologique évoquée ci-dessus, découverte tout au long de notre processus de recherche. Nous illustrerons, à partir des trois situations d'étonnement qui suivent (voir les encadrés 2, 3 et 4), comment il a impacté notre recherche et l'a orientée vers de nouveaux questionnements. Ces trois situations avaient en commun de mobiliser le corps douloureux, celui des enquêtés et le nôtre.



Réalisant une partie de notre terrain au sein d'un établissement de soins, nous n'étions pas confrontée à la forme de mal-être qui nous était familière en Belgique et ailleurs en Occident, où la souffrance psychique liée à la stigmatisation, à la discrimination et à la moralisation dont sont victimes les personnes obèses occupe une place prépondérante, que ce soit dans le monde scientifique (voir infra) ou dans les témoignages des victimes². Au Burkina Faso, le regard des autres et la pression sociale liée à l'amaigrissement semblaient ne pas avoir un impact aussi significatif. La majorité des personnes rencontrées étaient accablées de maux localisés divers ou venaient consulter à cause d'une ou de plusieurs maladies (problèmes cardiaques, diabète, etc.). En premier lieu, les inquiétudes tiraient leur origine de maux ou de problèmes physiques.

Isabelle était l'une des premières personnes rencontrées à l'hôpital au sein duquel nous menions notre enquête. Durant l'entretien, nous avons ressenti une rupture de sens avec nos présupposés. Au moment où elle nous parlait, nous comprenions que la richesse de la recherche inductive s'offrait à nous : nous étions tombée sur un nœud, qu'il s'agissait de démêler, transformant l'intensité de l'étonnement en excitation et en angoisses pour la suite de la recherche.

Bien que nous ne les avons pas encore clairement identifiées, les préoccupations de nos interlocuteurs n'étaient pas celles que nous pensions. Ils ramenaient souvent la question du bien-être à des considérations d'ordre physique, auxquelles le poids était, au moins dans un premier temps, très peu souvent lié :

– Je sens des douleurs depuis un certain temps. Surtout au niveau des épaules, des bras. C'est comme si je portais chaque fois une charge, ça me fait mal. Je ne peux pas m'asseoir longtemps, j'ai mal au dos. Il faut que je me couche et, souvent, je me fais masser. [...] Moi j'ai lié ça à la tension. Mais le docteur vient de me dire qu'il faut que je maigrisse. Mon poids est excessif, vraiment.

– Il vous a donné des conseils pour maigrir?

– Non.

[...]

– Vous venez de me dire que le docteur vous avait dit que vous aviez des problèmes de poids. Avant ça, votre poids vous gênait ou pas du tout?

– Bon, je pensais même que j'étais en train de maigrir, mais quand j'ai pris mon poids tout de suite, j'ai vu que j'avais monté.

– Vous pensiez que vous aviez maigri? Qu'est-ce qui vous faisait dire ça?

– Ah, parce que mes enfants me disent : « Maman, tu n'as plus ta forme d'avant, tu n'es plus belle » [rires]³ (Isabelle, femme au foyer, IMC à 32,3).

Le témoignage d'Isabelle illustre également le fait que l'obésité faisait l'objet de peu d'intérêt dans ce milieu médical – intérêt qui semblait en outre notamment être suscité par notre présence. L'un des médecins avait par exemple pris l'habitude de mesurer les IMC⁴ de



ses patients quand nous étions présente et parlait de notre recherche à ceux qui étaient médicalement obèses. Il estimait que, la plupart du temps, ces IMC étaient si bas que ces cas d'obésité médicale seraient passés inaperçus s'il n'avait pas réalisé les calculs.

Il n'était pas question de discuter de la pertinence d'un outil comme l'IMC, de porter un jugement quelconque sur le fonctionnement des services de soin ou sur l'attention que nos interlocuteurs portaient à leur corps, mais le contraste avec le contexte belge et occidental, où la lutte contre le surpoids et l'obésité est très présente, était frappant. Au sein de cet hôpital, la prise en charge de l'obésité était en effet presque inexistante : quand le poids était évoqué, l'échange entre le patient et le personnel soignant se limitait souvent à une brève remarque indiquant à la personne un excès de poids et la recommandation de maigrir.

Encadré 2. Situation 1.

Une connaissance avec qui nous avons évoqué les difficultés administratives que nous rencontrions pour avoir accès à notre terrain en milieu hospitalier nous avait invitée à participer aux cours de fitness auxquels elle se rendait deux fois par semaine. Elle estimait que ces cours feraient un bon lieu de terrain également. Nous avons accepté sa proposition.

Sur place, nous étions surprise de découvrir que notre corpulence était en décalage avec celle de la plupart des personnes présentes, qui tendait, de façon assez uniformisée et en particulier pour les femmes, à être relativement forte. En Belgique, ce type d'écart ne nous avait jamais frappée. Une hétérogénéité des silhouettes était observable au sein des divers cours que nous avions fréquentés. Rapidement invitée à participer aux cours organisés par les mêmes instructeurs dans d'autres salles, nous rencontrions chaque fois une situation similaire.

Durant les séances, notre corps était mis à rude épreuve, tout comme c'était le cas pour les autres participants. Personnellement, nous allions au fitness environ quatre fois par semaine. Dans les deux salles fréquentées la majorité du temps, nous croisions presque toujours les mêmes personnes. Leur motivation ne faiblissait pas. Bien que nos corps devenaient plus ou moins douloureux en fonction des exercices réalisés – marche de plusieurs kilomètres en ville, musculation, danses rythmées, étirements, etc. –, une ambiance joviale régnait : on chantait, on faisait des blagues et on rigolait beaucoup. La plupart des participants semblaient prendre du plaisir à venir. L'atmosphère n'était pourtant pas la seule raison évoquée lorsque nous les interrogeons au sujet de leur motivation. Comme Jean-Luc, nombre d'entre eux mentionnaient avant tout le bien-être personnel qu'ils en tiraient :

Moi, le sport, je l'ai commencé en 2008 parce que j'étais quand même obèse. [...] Au fur et à mesure que j'avancerais en âge, la légèreté que j'avais, la mobilité que j'avais dans les gestes étaient entachées et ça a même joué un peu sur ma manière de réfléchir. [...] Par glissement de conscience, j'en suis vraiment arrivé à me poser l'obligation de revenir à la forme idéale, la forme vraiment qui peut me donner la santé. [...]. Honnêtement, le sport, ça a changé ma vie et ma manière de percevoir la vie. Psychologiquement, j'ai beaucoup plus confiance en moi-même qu'avant (Jean-Luc, fonctionnaire, IMC actuel à 31,6).

Encadré 3. Situation 2.



Partant du phénomène de transition alimentaire, nous avons initialement choisi d'interroger les liens entre pratiques alimentaires et représentations du corps. La plupart de nos repas constituaient donc des situations d'enquête.

Dès le premier d'entre eux, nous avons été confrontée à une façon de composer et de présenter la nourriture tout à fait inconnue : les féculents étaient servis dans des quantités auxquelles nous n'étions pas habituée. D'un point de vue visuel, ceux-ci occupaient une place centrale dans l'assiette. Au début, il nous avait été impossible de manger plus de la moitié de la portion de féculents tant l'assiette nous semblait grosse. Après quelque temps, nous avons pourtant l'habitude de terminer notre assiette. À partir de ce moment, nous avons pu constater que notre sentiment de réplétion habituel différait de celui que nous connaissions en Belgique. Nous nous sentions « trop » rassasiée et, bien que nous adorions cette nourriture, les ressentis corporels qui suivaient ne nous plaisaient guère. Notre ventre, visuellement plus gonflé que d'habitude, tirait assez fort, ce qui nous causait parfois quelques douleurs dans les heures suivant le repas.

Si tous ces ressentis étaient nouveaux, à notre retour, nous n'étions par contre pas étonnée d'avoir pris deux kilogrammes en deux mois malgré le rythme sportif intense que nous avons décrit plus haut. Habituée à avoir un poids stable, nous avons acquis une nouvelle forme de conscience de notre corps, qui, nous le verrons, nous a guidée durant notre recherche.

Encadré 4. Situation 3.

En anthropologie, le regard du chercheur est le sens le plus évoqué (D'Onofio, 2008). L'expression « regard anthropologique » (p. 71) cristallise à elle seule ce constat. Ces trois situations illustrent pourtant le fait que, sur le terrain, le corps est mobilisé dans son entièreté. L'étonnement généré par ces situations provenait de ressentis d'« étrangeté » liés aux divers décalages vécus (les discours auxquels nous sommes habituée versus ceux qui nous surprennent, notre corps parmi ceux des autres sportifs, des sensations de satiété inhabituelles, etc.). Ram (2014) évoque de façon assez similaire l'anxiété liée aux divergences que rencontre le chercheur immergé dans un environnement différent du sien :

Nous [...] proposons que les mécanismes de l'anxiété sur le terrain fournissent également une base phénoménologique pour la méthode. Le monde apparaît comme monde pour l'anthropologue loin de chez lui, précisément dans sa totale absence. [...] Dans le malaise, la maladresse, le manque général d'adéquation entre son corps et le nouveau monde dans lequel il se trouve, ce qui est aussi



dévoilé est un corps qui est déjà profondément socialisé dans la manière dont il perçoit le monde⁵ [traduction libre] (p. 46).

Le lien que cet auteur établit entre émotions, corps, socialisation et méthode nous semble fondamentalement intéressant. Les réflexions que stimule la question de la socialisation nous paraissent essentielles d'un point de vue méthodologique : puisqu'une grande partie du processus de socialisation et des résultats que celui-ci produit échappent à la conscience de celui qui s'y inscrit, la rencontre entre un chercheur et un enquêté socialisés dans des milieux différents fera surgir au premier des éléments trop ancrés ou « naturalisés » pour les seconds⁶.

Auparavant, nous n'avions jamais réfléchi aux liens heuristiques qu'il est possible d'établir entre socialisation et émotions. Méthodologiquement, nous n'avions jamais été encouragée à examiner le corps dans son « intériorité » – ressentis, cénesthésie, sens, etc. – ni les émotions. Pourtant, des courants tels que celui de l'anthropologie des sens ou des émotions ont émergé. Il est aujourd'hui admis que, aussi intimes qu'ils puissent a priori paraître, les sens et les émotions comportent une dimension culturelle (Crapanzano, 1994; Gélard, 2016). S'ils sont pour le moment réduits à des champs d'études très spécifiques, nous désirons à travers ce texte inviter les chercheurs à les considérer, au même titre que les pratiques ou les discours, comme des objets d'étude plus transversaux. Par là, nous voulons prolonger les réflexions qu'amène une approche phénoménologique en illustrant concrètement les résultats auxquels peut mener une telle posture. En ce qui nous concerne, de prime abord quelque peu déroutante, elle a redessiné au fur et à mesure les enjeux théoriques et méthodologiques que nous avons initialement envisagés, permettant de la sorte d'ouvrir de nouvelles voies de recherche.

2. Explosion du cadre théorique initial

Portant dans un premier temps sur les représentations du corps et sur l'alimentation, nos questionnements théoriques se sont réorientés ou prolongés à la suite des observations évoquées plus haut. Cela nous a amenée à remettre en question le cadre théorique que nous



avons initialement construit et, en lien, à interroger la possibilité de penser ces questions dans le champ de la socioanthropologie de l'obésité. Ce dernier offrait peu de prises pour comprendre les différences évoquées ci-dessus et, plus particulièrement, les formes observées de bien-être ou de mal-être qui semblaient avant tout présenter des ancrages physiques et charnels.

En sciences humaines et sociales, les corps obèses ont rarement été envisagés dans leur dimension physique. Parmi les courants dominants, un premier réunit un ensemble de travaux menés sur le processus de stigmatisation et sur les situations de discrimination auxquelles sont susceptibles de faire face les personnes obèses (Brewis & Wutich, 2014; Carof, 2015). D'inspiration foucauldienne, un second s'attache à analyser de façon critique les discours issus de la santé publique en mettant notamment en évidence leur dimension normative et moralisatrice (Bossy & Briatte, 2011; Génolini & Clément, 2010; Lutz, 2017).

D'après nos premières observations, la stigmatisation et la discrimination des personnes obèses étaient beaucoup moins présentes qu'en Occident et les espaces publics ou privés laissaient relativement peu de place aux discours sur l'obésité – telle qu'elle est en tout cas conçue d'un point de vue médical – pour une raison que Jean-Luc explicite bien : « Le terme *obèse*, comme je l'ai dit, en Afrique, l'obésité, on ne le perçoit pas comme ça. En fait, c'est le signe d'aisance. On dit "forme", on ne dit jamais "gros" » (Jean-Luc, fonctionnaire, IMC actuel à 31,6). Même à l'hôpital, nous avons vu plus haut que les possibilités d'échanger à ce sujet étaient très limitées.

Face à ces constats, il apparaissait nécessaire de trouver de nouvelles pistes théoriques pour notre recherche. Finalement, les réflexions de Le Breton (2010) autour de la douleur et de la souffrance nous ont semblé être un point d'entrée intéressant à nos nouvelles préoccupations. L'auteur s'applique à penser ce qui lie et délie les deux concepts en partant de la distinction suivante, établie par Ricœur :

le terme douleur [est réservé] à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à



des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement (1994, p. 59).

Pour Le Breton, l'un et l'autre sont liés par le fait qu'une altération somatique implique nécessairement une activité de sens, qui dépend à la fois du contexte culturel et social ainsi que de l'histoire personnelle de celui qui y est confronté. Il associe par ailleurs la souffrance au degré de contrôle que celui qui la subit opère sur la douleur et note enfin que, dans certaines circonstances, une douleur recherchée et contrôlée peut entraîner de la satisfaction et du plaisir.

Ouvrant un pan de réflexion stimulant au sujet de la variabilité des liens entre douleur et souffrance, l'auteur nous confrontait toutefois à un certain nombre d'enjeux méthodologiques auxquels il n'apportait pas nécessairement de réponses : comment l'expérience intime de la douleur peut-elle être partagée et mise en récit durant un entretien? Dans quelle mesure et comment les autres outils méthodologiques de l'anthropologie apparaissent-ils complémentaires à l'entretien pour saisir la douleur, comprendre la souffrance et interpréter les phénomènes sociaux et culturels auxquels douleur et souffrance sont liées?

3. Comment interroger les corps?

Désormais, nos interrogations portaient avant toute chose sur le corps physique et la douleur de nos enquêtés. La difficulté consistait à trouver le moyen de les approcher le plus finement possible.

Nous sommes partie du postulat suivant : si notre propre corps nous avait fourni des informations précieuses dans le cadre de l'enquête – à travers les ressentis d'étrangeté évoqués plus haut notamment –, cela signifiait que de nombreuses informations émanaient également du corps de nos enquêtés. Il s'agissait de comprendre comment utiliser ces matériaux, sans toutefois s'y limiter pour éviter de passer à côté de ce que nous ne ressentions pas et que nos enquêtés pouvaient potentiellement ressentir.



Dans un premier temps, nous avons choisi de laisser davantage de place au corps, aux ressentis qui y sont liés et aux émotions durant les entretiens et les observations. À ce sujet, bien qu'une approche phénoménologique comme la nôtre implique un positionnement méthodologique particulier, notamment par rapport au regard porté sur l'objet de recherche et aux questions posées, les outils méthodologiques mobilisés restent tout à fait semblables à ceux utilisés classiquement en anthropologie (Csordas, 2014), avec notamment la réalisation d'observations (participantes) et d'entretiens.

Nos observations ont donc été réalisées à partir d'une focale particulière sur le corps, saisi sous divers aspects (corpulence et forme du corps, soins apportés, émotions visibles, mobilité, usages, pour ne citer que quelques exemples). Nos canevas d'entretien étaient rédigés sur un principe similaire. Ceux-ci étaient toutefois susceptibles de fournir des informations différentes en ce qui concerne la douleur et les autres ressentis plus intimes. Il est par exemple possible d'observer une émotion créée par la douleur, mais pas le ressenti qui en est à l'origine. En tant que chercheuse, nous avons besoin de mots pour appréhender la douleur et les autres ressentis. Pour ces raisons, plus encore que dans les courants méthodologiques traditionnels, la complémentarité des outils nous semblait essentielle à exploiter.

En lien, nous avons envisagé une seconde façon d'appréhender les expériences intimes de nos enquêtés : commençant dans notre propre intimité, les observations réalisées nous ont permis d'engager des échanges précis au sujet de ce qui avait provoqué notre étonnement. Afin d'illustrer cela, nous rapportons ci-dessous la façon dont nous nous sommes servie des trois situations évoquée en début de texte (voir les encadrés 5, 6 et 7).

Interrogeant le type de mal-être en présence, nous avons, d'une part, questionné nos enquêtés sur leurs ressentis physiques et, d'autre part, sur la relation qu'ils entretenaient avec leur propre corps au regard des normes sociales en vigueur.

En ce qui concerne les normes sociales, nous avons constaté que l'embonpoint pouvait être considéré comme un signe de réussite, comme le montre l'extrait d'entretien suivant :

Nous, ici, l'obésité, c'est signe de richesse pour les hommes. Quand tu manges le pain que tu veux sans contrôle, les accumulations te conduisent dans l'obésité.



Quand tu n'as pas trop de soucis, de stress... Le stress fait baisser le poids. Quelqu'un qui n'a pas de soucis, il a l'argent, il mange comme il veut, il est vite parti dans l'obésité (Mahamadou, entrepreneur, IMC à 35,5).

Toutefois, des mutations apparaissaient et le seuil de tolérance au poids semblait baisser. Des raisons d'ordre sanitaires étaient le plus souvent évoquées :

- Quand j'étais mince, je voyais des femmes qui étaient grosses et j'avais envie de ça. Mais aujourd'hui, moi-même je suis devenue grosse, je ne veux plus ça.
- Vous aviez envie de ça?
- J'avais envie de ça mais j'ai grossi et ça a dépassé. C'est pas bon. Maintenant, j'ai grossi mais je ne veux plus. Je veux maigrir maintenant parce qu'être grosse, c'est être malade! (Marie-Angélique, mère au foyer, IMC à 33,5.)

Quant aux ressentis physiques, ils étaient en grande majorité considérés comme dérangeants ou, en tout cas, associés à une représentation négative. Toutefois, l'interprétation à laquelle ils donnaient lieu était modulée par le fait qu'ils étaient liés ou non à l'obésité, par la gravité supposée à laquelle ils étaient associés ou la gêne qu'ils occasionnaient. L'extrait d'entretien suivant, réalisé auprès de Catherine, une dame rencontrée après une consultation dans le service de diabétologie, illustre comment la relation qu'une personne entretient avec son corps est susceptible d'évoluer en fonction de l'interprétation qu'elle fait de son état physique et en fonction du fait qu'elle associe plus ou moins cet état à son poids :

- Je voyais que je devenais très obèse puisque j'avais 113 kg. Avec les 113 kg, ça ne me gênait pas. De temps en temps, j'ai un champ, je cultivais un peu, donc, il n'y avait pas de problème. C'est quand ça, c'est devenu dur, avec l'épuisement du corps, donc, que j'ai dit : « Comme c'est ainsi, est-ce que c'est pas l'obésité qui fait que je deviens bizarre comme ça? » Donc, j'avais commencé à diminuer avant qu'on me déclare diabétique. Donc, c'est à partir de ce moment que j'ai commencé à diminuer de manger et puis, le soir, je marche un peu, je fais le tour. [...] Sinon, toi-même, en te regardant comme ça tu ne vois pas que tu es obèse.
- Tu ne le vois pas?
- Tu ne le vois pas comme ça, donc, c'est lors... c'était à l'occasion de quoi? ... Ah oui, j'avais le palu', donc, maintenant, c'est par rapport à ça que j'ai pris mon poids pour pouvoir adapter à mon produit, c'est ça que j'ai vu que j'avais jusqu'à 97 kg à ce moment, j'ai dit : « Avec ma taille, c'est pas facile », mais avec ça, comme il n'y avait pas de problèmes, ça ne me disait rien, quoi. Donc, après ça, je n'ai pas pris ça en tête comme si c'était un problème (Catherine, agent itinérant de santé à la retraite, IMC à 36,2).

Encadré 5. Propos obtenus lors d'échanges établis à la suite de la situation 1.



De façon à comprendre pourquoi les cours de fitness étaient majoritairement fréquentés par des personnes de forte corpulence, nous avons interrogé les participants au sujet des raisons qui les avaient poussés à s'inscrire. Après quelques semaines de pratique, ayant fait la connaissance de la plupart d'entre eux, nous nous sommes aperçue qu'ils étaient nombreux à évoquer des problèmes d'ordre physiques ou des craintes liées à leur santé dans le parcours qui les ont amenés à pratiquer du sport. C'était par exemple le cas de Thérèse :

Puis, tu sais ce qui m'a beaucoup encouragée [à pratiquer du sport]? Quand je suis tombée malade en France, je palpétais, je toussais, je palpétais très fort. [...] Je suis partie chez [le cardiologue]. [...] Aujourd'hui, ça va parce que mon cardiologue m'a dit : « Madame, si vous repartez en Afrique, n'oubliez pas de faire le sport, faites le sport parce que ça sera mieux pour vous, ça sera bien pour vous, pour votre santé. En tout cas, le conseil que je vais vous donner, c'est le sport. Faites le sport! » Quand il m'a dit ça, j'ai dit : « Ça, je ne vais pas oublier. » Quand je suis revenue, j'ai continué à faire du sport et, aujourd'hui, je ne prends plus de produits, je ne prends rien. Ça fait plus de deux ans. Plus de médicaments, je n'ai plus de palpitations, ma tension s'est régularisée (Thérèse, femme au foyer, IMC à 29,7).

Comme Jean-Luc, dont nous parlions plus haut, la pratique sportive a permis à Thérèse d'améliorer sa qualité de vie.

Encadré 6. Propos obtenus lors d'échanges établis à la suite de la situation 2.

Confrontée à un modèle alimentaire qui ne nous était pas familier, nous n'apprécions guère le fort sentiment de réplétion que nous ressentions régulièrement. Cela nous a amenée à interroger nos enquêtés à ce sujet. Ceux-ci témoignaient pour beaucoup d'un tout autre rapport à la réplétion.

Évoquant nos modèles alimentaires respectifs au cours d'une discussion, un médecin témoigne :

Mais tu seras plus choquée de voir des chefs de famille qui te diront que, non, à midi, il faut que tu manges bien les féculents! C'est-à-dire bien manger, quand on dit « bien manger », en fait, je sais pas comment t'expliquer, en fait, parce que moi aussi, quelque part, c'est comme si j'ai cette même conception (Docteur Sanou, médecin généraliste).

Ce type de discours est tout à fait illustratif de ceux auxquels nous étions souvent confrontée lorsque nous évoquions les conceptions personnelles du « bien manger » avec nos enquêtés. Il est également cohérent avec les sensations de satiété valorisées, comme l'exprime avec humour Valérie :

- *Bien manger*, ça veut dire quoi pour vous?
- Si c'est chez nous en Afrique, quand on dit « bien manger » là (rires), c'est-à-



dire que j'ai un plat devant moi, je mange, je suis rassasiée et puis je rote... Alors que l'Occident nous apprend : quand on dit bien manger, ça veut dire qu'il faut avoir tous les nutriments nécessaires (Valérie, femme au foyer, IMC à 42,1).

Encadré 7. Propos obtenus lors d'échanges établis à la suite de la situation 3.

Chacune de ces situations illustre le fait que les ressentis d'un chercheur peuvent être liés de diverses manières à ceux de ses enquêtés. Certains sont partagés, certains ne le sont pas, mais donnent une base de discussion au sujet, par exemple, l'absence de ressentis « attendus » ou de la présence de ressentis « inattendus ».

Les ressentis et le sens s'y rapportant, évoqués par celui qui les vit – issus ou non d'une confrontation volontaire avec nos propres ressentis et le sens qu'ils revêtent pour nous –, étaient donc en tant que tels des matériaux ethnographiques qu'il s'est agi d'analyser. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse par théorie ancrée (Lejeune, 2014) et avons abouti aux résultats que nous présentons ci-dessous.

4. Mise au jour des systèmes sémantiques locaux en lien avec le corps

Les trois situations développées ci-dessus avaient en commun d'impliquer des expériences de douleur, que, souvenons-nous, Le Breton propose de comprendre à travers le rapport à la souffrance qu'elles induisent. Pour ce faire, nous avons tenté de saisir la diversité des mises en sens à laquelle donnaient lieu les ressentis corporels douloureux de nos enquêtés. Interreliées et suivant certains types de schémas, ces mises en sens formaient ce que nous avons appelé des systèmes sémantiques.

Selon la définition de Ricœur et le développement de Le Breton (2010), une douleur est une perception sensorielle qui est interprétée en fonction du contexte social, culturel et de l'histoire personnelle de celui qui la vit. Cette douleur devient souffrance en fonction du sens qu'elle revêt et donc de l'interprétation qui en est faite. Le Breton évoque une anthropologie des limites à cet égard, dont l'enjeu se situe dans l'identification du basculement entre douleur et souffrance. Si, dans un premier temps, cela implique de nous intéresser à la question du sens, c'est néanmoins la problématique du changement de sens qui *in fine* apparaît centrale.



Dans les écrits anthropologiques, les réflexions entourant le sens des maladies ont souvent été associées aux questions de causalité : « pourquoi moi, pourquoi moi maintenant (Aronowitz, 1999)? » En ce qui concerne l'obésité, maladie au statut complexe⁷, nous avons constaté que la mise en sens débordait largement ce questionnement pour intégrer la dimension de gravité et celle de gestion du mal, qui y sont toutefois liées.

4.1 La question de la causalité

Sur le terrain, le poids n'était pas la seule cause qu'évoquaient nos enquêtés pour expliquer leurs maux. Toutefois, quand c'était le cas, la nature des maux (maux localisés, essoufflements, problèmes cardiaques, diabète, etc.) impactait l'établissement du lien précité de la façon qui suit : plus l'expérience de douleur était ancrée physiquement au sein du corps de la personne qui l'éprouve, plus l'excès de poids était mentionné comme cause du mal.

Par exemple, le lien était fréquemment évoqué dans les situations où les personnes connaissaient des difficultés de déplacement, de mobilité, des sensations de lourdeur, etc., donc quand nos enquêtés étaient directement aux prises avec des affects physiques impactant négativement leurs ressentis cénesthésiques. Le cas de Perrine, rencontrée après une consultation chez le cardiologue, est tout à fait illustratif de cela. Elle témoigne qu'elle s'est rendu compte de son surpoids à cause des ressentis qu'elle rencontrait en travaillant :

- [Le docteur] m'a dit que j'avais trop de poids.
- Est-ce qu'on vous avait déjà dit ça avant?
- Non.
- Est-ce que vous-même vous avez déjà pensé que vous avez trop de poids?
- Oui parce que quand je travaille trop, je me sens fatiguée (Perrine, commerçante, IMC >30).

Cette cause était suggérée de façon moins évidente par nos enquêtés lorsqu'ils étaient en présence de maux localisés (dos, genoux, etc.). L'évidence s'estompait encore plus lorsqu'il



s'agissait de maladies telles que le diabète ou l'hypertension et que l'obésité avait le statut de facteur de risque. Ces maladies s'exprimaient à travers divers symptômes, qui étaient expérimentés de façon unique par chaque personne. Pour certains, ces maladies apparaissaient même « invisibles ».

Quand l'expérience du mal ne trouvait pas ou peu d'ancrage dans le corps, l'établissement de son origine présentait un caractère plus incertain pour les malades :

- Il paraît que [la prise de poids] amène beaucoup de choses, la tension et autres. Donc, pour éviter les problèmes, j'ai arrêté de prendre des hormones [un contraceptif qui la faisait grossir].
- Vous pensez que vos maladies pourraient être dues à votre corpulence? Ou quelle pourrait être leur origine?
- Ça, franchement, moi-même, je n'arrive pas à comprendre puisque, moi-même, je vois des gens qui me dépassent en poids, mais ils n'ont quand même pas le diabète, donc, je me suis dit, peut-être, c'est le fait que notre papa était diabétique et, comme on dit, c'est héréditaire. C'est ça peut-être on a ce gène-là en nous et, puis, ils l'ont pas. Mais, comme on dit, l'obésité peut provoquer ça, sinon, je ne sais pas franchement (Odette, femme au foyer, IMC à 42,2).

Les témoignages de Perrine et d'Odette sont illustratifs de la mobilisation de savoirs expérientiels d'origines diverses : la première construit sa connaissance sur la base de sa propre expérience corporelle tandis que la seconde – qui n'éprouve pas de symptômes spécifiques qu'elle peut relier à son poids – part des constats qu'elle effectue sur les maladies et leur cause dans son entourage.

La prégnance de ce type de savoir a été constatée ailleurs en Afrique (Gobatto & Tijou-Traoré, 2011). Elle s'explique notamment par le contexte dans lequel les soins de santé sont réalisés. Au Burkina Faso, les sources d'informations et l'information sont plus réduites qu'en Belgique ou ailleurs en Occident : peu d'accessibilité à internet, prise en charge



(para)médicale de l'obésité limitée, etc. Il en résulte que, dans certaines situations, les savoirs expérientiels étaient quasiment les seuls accessibles.

Le problème de la pesée est tout à fait illustratif de cela. Une autre condition pour que la causalité poids-problèmes de santé s'établisse se rapporte au fait que l'identification d'un changement de poids (souvent une prise de poids) ou la conception d'un poids excessif doivent être possibles. Or un tel processus ne va pas de soi au Burkina Faso. D'une part, pour les raisons culturelles évoquées plus haut, les poids qui selon les normes internationales médicales peuvent être considérés comme excessifs ne sont pas nécessairement socialement d'emblée perçus comme un problème. D'autre part, les Burkinabés bénéficient rarement de la possibilité de se peser à domicile. Les lieux où il est possible de monter sur une balance sont rares et se limitent plus ou moins à l'hôpital ou à la pharmacie. Déterminer une prise de poids ou un excès de poids constitue donc une tâche beaucoup moins évidente dans ces conditions. Les personnes utilisent de ce fait d'autres indicateurs à leur disposition (commentaires de l'entourage, habits trop petits ou grands, indices physiques personnels, etc.).

4.2 Gêne et gravité

Au-delà de l'établissement d'un lien de causalité, le sens donné à la douleur dépendait largement de la gêne et de l'interprétation de la gravité des sensations ressenties. Par exemple, les problèmes de déplacement ou de mobilité occasionnaient souvent de nombreuses plaintes tant ils entravaient de façon plus ou moins importante le déroulement des occupations quotidiennes. C'était notamment le cas de Mahamadou, qui est entrepreneur :

Je me suis rendu compte que, plus j'ai de poids, moins j'arrive à faire mon travail. Vous voyez, mon travail, c'est très mouvementé. Quand j'ai beaucoup de poids, c'est difficile, je souffre. [...] Il y a 4 niveaux [dans le bâtiment qu'il construit actuellement] [...] donc si vous devez les monter 4 ou 10 fois dans la journée, le poids gêne beaucoup, c'est très fatigant! Je dirais même, c'est pénible parce que, des fois, il faut s'arrêter et, donc, moi, j'ai décidé d'aller au sport pour me dégraisser [...] (Mahamadou, entrepreneur, IMC à 35,5).



Par ailleurs, la survenue d'un trouble de santé exceptionnel – par exemple un malaise soudain, des palpitations, de la difficulté lors d'une anesthésie en péridurale ou lors d'une opération – a également été mentionnée à quelques reprises par nos interlocuteurs. Ce trouble, souvent impressionnant, a directement, chaque fois, été pris au sérieux et été considéré comme un problème grave. Mahamadou a par exemple subi un malaise soudain il y a quelques années :

- Comment est-ce que vous étiez arrivé à aller voir ce médecin pour un régime?
- J'étais arrivé à 122 kg et un jour pendant la conduite, j'ai perdu un peu connaissance. J'ai eu l'impression que je ne voyais pas. Je suis allé à l'hôpital, ils ont fait la consultation en urgence, ils n'ont rien trouvé et il y a un jeune médecin qui m'a dit : « Vous savez, grand frère, vous êtes trop gros pour votre taille, essayez de faire régime. »

4.3 La gestion de la douleur et de la maladie

La gestion de la douleur et de la maladie s'organisait en fonction des deux points précédemment cités. Nous avons en effet vu que l'expérience corporelle est déterminante dans l'acquisition de nouvelles conceptions et attitudes vis-à-vis du poids, apportant potentiellement les bases nécessaires à l'adoption d'un nouveau style de vie, par de nouvelles pratiques alimentaires et/ou sportives.

Dans le contexte burkinabé, où la prise en charge de l'obésité est extrêmement réduite, ces deux options présentent l'avantage qu'elles ne nécessitent pas forcément l'intervention d'autres personnes. Leurs effets s'inscrivant dans les chairs, elles modifiaient l'expérience corporelle des personnes, participant de la sorte au maintien, ou pas, de l'élan lié au changement de style de vie. Par exemple, une personne comme Mohamed, qui ne ressentait pas d'amélioration ou, pire, qui considérait que son état empirait après le sport, ne poursuivait pas cette pratique. Dans son cas, Mohamed avait essayé le sport à la suite de la pression que lui mettait sa mère :



- Tout le temps [ma maman] me dit « il faut maigrir », « il faut faire régime », « il faut aller au sport ».
- Toi, tu penses quoi de tout ça?
- Moi, je m'en fous. Moi, je me sens bien dans ma peau puisque je ne suis pas complexé.
- Tu n'as pas de douleurs?
- Si j'ai des douleurs au sport. Quand je reprends, j'ai des douleurs. Bon, c'est pas des douleurs, je me sens fatigué (Mohamed, étudiant, IMC à 35,2).

D'abord, Mohamed, ne percevant pas son poids comme une source de mal-être, ne manifestait pas la volonté de maigrir. En outre, la pratique du sport lui faisait éprouver des sensations négatives qu'il ne ressentait pas avant. Aucune raison ne le stimulait donc à s'investir davantage dans la pratique d'un sport.

Par contre, qu'il s'agisse de faire du sport ou de pratiquer un régime, dès lors que les sensations éprouvées étaient vécues positivement, la pratique mise en place tendait à se maintenir, comme l'illustre le cas d'Odette, qui avait déjà perdu 15 kg depuis qu'elle avait entamé un régime :

[...] je pense que c'est positif [le régime] puisque toute personne, tu sens [bien] si tu es en surpoids. Physiquement, même si tu ne déperis pas comme ça, tu sens qu'en suivant le régime, tu te sens léger en toi, tu arrives à faire des mouvements. Moi, je sens ça depuis que j'ai commencé à faire mon régime, il y a des distances que j'arrive à faire seule. [...] quand tu perds du poids, tu te sens [bien] dans ta peau (Odette, femme au foyer, IMC à 42,2).

Ces nouvelles pratiques étaient liées à une prise de conscience croissante, par les individus, de leur poids, de sa variation et des effets de celle-ci, que nous avons nommée « processus d'objectivation du poids et de ses effets ». De façon interdépendante et en corollaire naissaient de nouvelles représentations du corps, d'une certaine forme de la pratique



sportive (comme le fitness) et de l'alimentation. Le témoignage de Mahamadou explicite la complexité du mouvement qui est en jeu : « Si je veux bien vivre, il faut que je sache comment manger. Celui qui mange très bien à sa faim n'a pas longue vie! » (Mahamadou, entrepreneur, IMC à 35,5.)

Mahamadou, bien qu'il exprimait des dangers sanitaires liés à son excès de poids, qu'il avait fait le choix de s'engager dans un régime il y a quelques années et qu'il contrôlait toujours son alimentation, estimait malgré tout que manger à sa faim signifiait systématiquement dépasser et arriver dans l'excès par rapport à la norme sanitaire. Cela est tout à fait illustratif de la complexité de la situation actuelle au sein de laquelle de nombreuses mutations ont lieu. Ces dernières menaient schématiquement à la coexistence de deux systèmes sémantiques liés au corps, un ancien système et un nouveau système. Dans le premier, notamment du fait des représentations positives associées à l'embonpoint et des conceptions du « bien manger », il faisait sens d'être « gros ». Dès lors, la pratique d'un sport comme le fitness, importé d'Occident, ou l'adoption d'un régime alimentaire spécifique prenait difficilement sens. Dans le second, être « gros » prenait un sens nouveau et était synonyme de souffrance. En corollaire, la pratique sportive ou l'adoption d'un régime alimentaire revêtait également un sens nouveau.

Si nous avons évoqué la survenue possible d'un processus d'objectivation du poids et de ses effets, celui-ci s'inscrit dans un mouvement de basculement sémantique plus large, que nous abordons maintenant.

5. Point de rupture et basculement sémantique

Si tous nos enquêtés pouvaient potentiellement être confrontés à la douleur, ceux que nous pouvons rattacher au nouveau système sémantique partageaient le fait qu'ils ont tous fait face à une forme de souffrance liée à l'obésité. Il apparaissait que le passage de la douleur à la souffrance constituait pour beaucoup un point de rupture, intervenant au départ du mouvement de basculement sémantique.



De façon interdépendante, la souffrance potentielle de nos enquêtés était modulée par le fait qu'une cause, quelle qu'elle soit, était clairement établie par la personne, que les symptômes ou la ou les maladies qui s'y rapportaient étaient considérés comme gênants ou graves et qu'un moyen de les gérer était disponible et efficace, ou non. Dans tous les cas, s'il est généralement admis que le rapport que les personnes entretiennent avec leur corps dépend de leur culture, le mouvement inverse fait l'objet de peu de réflexions. Pourtant, dans la filiation de Csordas (1990), on soutient le fait que le corps est autant le sujet de culture qu'il en est l'objet. Une approche phénoménologique permet ici de dépasser la primauté accordée à l'esprit issue des conceptions dualistes qui influencent toujours la culture occidentale, faisant du corps un site d'agencéité (Čargonja, 2013).

Ce double mouvement (corps objet de culture et corps sujet de culture) permet de comprendre pourquoi certains ressentis douloureux assez semblables sont la source de souffrance pour les uns et pas pour les autres. Dans la lignée de Le Breton, souvenons-nous que la souffrance incarne une perte de contrôle, une perte de sens, qui implique un bouleversement du rapport à soi, aux autres et au monde.

Pour les personnes en souffrance, nous avons pu constater que les ressources, notamment culturelles, à disposition ne permettaient pas de répondre à ces pertes. Ces dernières apparaissent dès lors être le moteur d'une reconquête et, en cela, le moteur d'un changement. Les cas de Mohamed et de sa maman, Thérèse (voir supra), sont tout à fait illustratifs de cela.

La maman de Mohamed, médicalement obèse, a commencé à venir au fitness après avoir développé des problèmes cardiaques. Elle ressentait notamment des « palpitations ». Elle a constaté que son état de santé s'améliorait et que les symptômes précités avaient disparu. Sa pratique s'est stabilisée. Depuis ces événements, elle encourage son fils, lui aussi médicalement obèse, à pratiquer du sport. Non seulement il n'en voit pas les bénéfices, mais au contraire, il constate que son état de bien-être se dégrade en raison de douleurs qu'il ressent après le sport. Il refuse de continuer de se rendre à la salle où sa mère lui a acheté un abonnement.



En réalité, le sens que Mohamed et sa maman donnent à la pratique du fitness est radicalement différent. Si, auparavant, ils partageaient plus ou moins une même conception du sport, ce n'est plus le cas. Le sens qu'y donne désormais Thérèse provient d'un long processus mettant en branle une série de ressentis intimes. C'est pour cette raison que Mohamed ne peut y accéder, en tout cas pour le moment. Grâce au contraste qu'ils procurent, ces deux types de mise en sens permettent d'identifier les moments où ont eu lieu le point de rupture et le basculement sémantique pour Thérèse et de comprendre pourquoi le système sémantique utilisé par Mohamed n'est à aucun moment remis en question.

Pour Thérèse, le point de rupture s'est produit en France lorsqu'elle a commencé à ressentir des « palpitations » qui l'ont beaucoup inquiétée. C'est à partir de ce moment qu'a commencé le mouvement de basculement sémantique, qui s'est opéré à plus long terme. En constatant que la pratique du fitness a amélioré sa santé, elle a stabilisé sa pratique et le basculement sémantique a encore davantage progressé. Nous parlons de point de rupture, car la plupart du temps apparaissait un moment-clé dans le discours de nos interlocuteurs qui constituait une prise de conscience radicale de leur poids et de ses effets – rappelons-nous, par exemple, Mahamadou et son malaise en voiture. Il faut toutefois noter que ce mouvement de prise de conscience pouvait également passer par une série d'événements plus banals (reportage à la télé, remarques de l'entourage, etc.), qui dans un premier temps pouvaient ne pas être pris au sérieux, mais qui finissaient par produire un basculement, comme pour Jean-Luc :

Vous quittez chétif, cultivateur. Vous revenez un jour, vous êtes en forme. Chez nous sincèrement, c'est bien vu. Quand j'ai commencé à manger à ma faim [...] naturellement je grossissais. Les gens me disaient : « Tu es trop gros, tu vas piquer la tension un jour. » Ça ne me disait rien. Je disais : « Vous êtes des fous, vous n'avez pas à manger. » Un jour, un ami m'a dit que, si je ne voulais pas maigrir, un jour, je le ferai de force. J'ai dit : « Attention, ça veut dire quelque chose. » Actuellement, la plupart des morts que moi j'ai enregistrées, la plupart c'est soit de maladies cardiovasculaires, soit d'une crise d'hypertension, soit d'un



AVC ou soit d'une crise cardiaque. Donc ça veut dire que, sincèrement, c'est la réalité. Donc, j'ai commencé à réellement faire le sport.» (Jean-Luc, fonctionnaire, IMC actuel à 31,6).

Au moment où il témoignait, Jean-Luc faisait 88 kilogrammes pour 1 mètre 67. Il avait commencé le fitness six ans auparavant quand il pesait 135 kilogrammes. Nous pouvons supposer qu'il était confronté à de nombreuses remarques, car il est très probable qu'il dépassait le seuil de tolérance au poids burkinabé de l'époque. Comme Thérèse, nous avons vu plus haut que le bien-être qu'il retirait du sport l'avait amené à stabiliser sa pratique, avançant de la sorte au sein du processus de basculement sémantique.

Nous pouvons établir schématiquement la dynamique complexe qui était en œuvre dans la création de nouveaux styles de vie ou, à l'inverse, dans le maintien de ceux qui avaient été incorporés. D'une part, lorsque les ressentis corporels sont problématiques – et/ou, moins fréquemment, si la pression sociale devient trop forte –, un mouvement de changements de sens s'effectue en parallèle avec une prise de conscience croissante du poids et des effets qui y sont liés. La maîtrise de ces effets passe par l'adoption d'un nouveau style de vie (nouvelles pratiques alimentaires et sportives) qui sera facilitée ou entravée en fonction des contraintes auxquelles l'individu fait face. Ce mode de vie sera ensuite maintenu en fonction de l'évolution de ces mêmes effets, s'il participe à un plus grand bien-être. D'autre part, lorsque ni les ressentis corporels ni la pression sociale ne sont vécus de façon problématique, c'est-à-dire quand le système sémantique initial de la personne est assez préservé, la douleur peut exister sans provoquer (trop) de souffrance. Aucun point de rupture ni basculement sémantique n'est possible. Les anciens styles de vie sont alors maintenus.

Conclusion

La recherche inductive produit sans doute un paradoxe pour nombre de jeunes chercheurs : sur le terrain, bien que ça soit ce à quoi ils aspirent, il est tout à fait angoissant d'être confronté à ce qui ne peut être anticipé et, donc, à l'inconnu.



Durant notre propre enquête, nous nous sommes sentie quelque peu démunie face aux situations étonnantes que nous vivions et aux divers ressentis auxquels nous étions en proie. Le fait d'y porter un regard réflexif et de nous en servir comme base méthodologique a toutefois stimulé notre recherche. Pour terminer, nous souhaitons mentionner deux apports particuliers de l'approche phénoménologique qui nous a guidée.

Cette approche nous a d'abord permis de proposer une lecture originale des changements de style de vie en mettant le corps au centre des dynamiques. Non plus uniquement considéré comme de la matière sur laquelle la culture agit, le corps devient créateur et est un site d'agencéité. Le chercheur est ainsi invité à porter son attention à des niveaux d'analyse relativement peu interrogés, sans les couper des autres. Notre enquête a par exemple fait apparaître les relations dynamiques entre corps et styles de vie. À travers elle, nous nous sommes attachée à montrer l'intérêt d'interroger les personnes, en tant qu'« hommes et femmes de chair », sans toutefois les y réduire. En toile de fond et aux dépens des conceptions dualistes « classiques » se dessinait un schéma complexe de relations entre corps et culture, entre corps et esprit, au sein duquel aucun élément n'a la primauté sur l'autre.

L'approche phénoménologique a ensuite permis de mettre en avant le fait qu'une partie de l'expérience des personnes obèses a largement été mise de côté jusqu'à présent dans les recherches menées au sein de l'anthropologie de l'obésité. Souvent ignorée comme source de souffrance, la douleur a en effet fait l'objet de peu d'attention au profit de formes de souffrance qui ne tirent pas leur origine du corps organique.

Pour l'une et l'autre raison, nous pensons que la phénoménologie ouvre de nombreuses voies de recherche fructueuses en anthropologie. Pour tous, y compris pour le chercheur, le corps est un médiateur entre intériorité et extériorité. Qu'elle soit utilisée comme outil méthodologique ou non, la posture induite par ce courant, par nature réflexive, nous semble faire sens bien au-delà de la sous-discipline qui est la nôtre. Bien que cela demande de faire l'objet de nouvelles réflexions, nous pensons notamment qu'une attention croissante aux émotions, aux ressentis et aux sens qui leur sont liés peut permettre au chercheur d'affiner le



contrôle qu'il a sur son objet de recherche et, donc, de gagner en objectivité en appréhendant mieux sa subjectivité.

Notes

¹ Ce phénomène renvoie aux modifications du contexte environnemental liées aux processus de modernisation, d'industrialisation et d'urbanisation qui, *in fine*, conduisent à des changements à la fois en ce qui a trait à l'énergie stockée et à l'énergie dépensée par les individus, se soldant par un déséquilibre de la balance énergétique (Brewis, 2011, p. 48).

² Voir par exemple l'ouvrage *On ne naît pas grosse* (2017) de Gabrielle Deydier.

³ Le français n'étant pas la langue maternelle de tous nos enquêtés, par respect pour ces derniers et quand cela s'avérait nécessaire, nous avons fait le choix de corriger les erreurs grammaticales commises.

⁴ L'IMC ou indice de masse corporelle est un outil fréquemment utilisé dans le milieu médical pour évaluer si une personne est obèse ou non.

⁵ « *We [...] propose that the workings of anxiety in fieldwork also provide a phenomenological basis for method. The world shows up as world for the displaced anthropologist, precisely in its utter absence. [...] In the awkwardness, the fumbling, and the general lack of fit between one's body and the new world one finds oneself in, what is also disclosed is a body that is already profoundly socialized in the way it perceives the world* » (Ram, 2014, p. 46).

⁶ L'inverse peut être vrai également.

⁷ D'abord considérée comme un facteur de risque, l'obésité est depuis 1990 reconnue comme une maladie dans l'International Classifications of Disease, mais, comme le remarque Poulain (2009, p. 169), elle n'est pourtant pas prise en charge comme une « vraie » maladie.

Références

Aronowitz, R. (1999). *Les maladies ont-elles un sens?* Paris : Synthelabo.

Bossy, T., & Briatte, F. (2011). Les formes contemporaines de la biopolitique. *Revue internationale de politique comparée*, 18(4), 7-12.

Brewis, A. (2011). *Obesity. Cultural and biocultural perspectives*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.

Brewis, A., & Wutich, A. (2014). A world of suffering? Biocultural approaches to fat stigma in the global contexts of the obesity epidemic. *Annals of anthropological practice*, 38(2), 269-283.

Čargonja, H. (2013). Bodies and worlds alive : An outline of phenomenology in anthropology. *Studia ethnologica Croatica*, 25(1), 19-60.



- Carof, S. (2015). Le « surpoids », un stigmat acceptable? Représentations, discriminations et réappropriations des rondeurs féminines en France, en Allemagne et en Angleterre. *Trajectoires*, 9. Repéré à <http://journals.openedition.org/trajectoires/1690>
- Crapanzano, V. (1994). Réflexions sur une anthropologie des émotions. *Terrain*, (22), 109-117.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Csordas, T. (2014). Toward a cultural phenomenology of body-world relations. Dans K. Ram, & C. Houston (Éds), *Phenomenology in anthropology. A sense of perspective* (pp. 50-67). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Deydier, G. (2017). *On ne naît pas grosse*. Paris : Goutte d'or.
- D'Onofio, S. (2008). Le regard anthropologique. *La lettre du collège de France, hors-série 2*, 71-72.
- Gélard, M.-L. (2016). L'anthropologie sensorielle en France. *L'Homme*, 1(217), 91-107.
- Génolini, J.-P., & Clément, J.-P. (2010). Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3(1), 133-156.
- Gobatto, I., & Tijou-Traoré, A. (2011). Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali : la « fabrique » locale de savoirs et de rôles professionnels et profanes. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5(3), 509-532.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*. Paris : Métaililé.
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-La-Neuve : De Boeck.
- Lutz, A. (2017). Les économies morales de l'obésité de l'enfant. *Anthropologie & Santé*, 14. Repéré à <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2617>
- Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ram, K. (2014). Moods and method. Heidegger and Merleau-Ponty on emotion and understanding. Dans K. Ram, & C. Houston (Éds), *Phenomenology in anthropology. A sense of perspective* (pp. 29-49). Bloomington, IN : Indiana University Press.
- Ricœur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. Dans J.M. Von Kaenel (Éd.), *Souffrances. Corps et âmes, épreuves partagées* (pp. 58-67). Paris : Autrement.