

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(Psychiatrie)

par

Barbara JIOTSA NGUETSOP

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 mars 2020

L'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle et son
implication dans les troubles du comportement alimentaire

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Bruno ROCHER

Liste des abréviations

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
EDI : Eating Disorder Inventory
EDI- (rm) : sous-échelle EDI recherche de la minceur
EDI-(ic) : sous-échelle EDI insatisfaction corporelle
IMC : Indice de Masse Corporelle
σ : écart type

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Merci à toi Bruno de m'avoir accordé de ton temps, d'avoir montré de l'intérêt à mon sujet de thèse, d'avoir su me faire stresser à chacun de nos rdv thèse desquels je ressortais toujours en me disant que je n'y arriverai jamais (meilleure façon de motiver quelqu'un dirons nous).

Merci au *Pr Bronnec* pour sa finesse clinique et sa disponibilité.

Merci au *Pr Godart* de me faire l'honneur de siéger dans mon jury

Merci au *Dr Hommey* d'avoir porté de l'intérêt à mon travail

A ceux qui l'ont rendu possible...

Maman, que dire à part Merci... Je pense que les mots ne suffisent pas pour te faire part de ma gratitude ! Merci pour ton exemple de courage, de gentillesse et de bienveillance.

Merci d'avoir (presque) toujours les mots qu'il faut...

Papa, merci pour les valeurs que tu nous as transmises, merci pour tes encouragements et merci d'avoir toujours fait ce que tu pouvais pour ta famille...

Jess, ma sœur, les mots me manquent également. Tu es et as toujours été là pour prendre soin de ta sœur, pour m'encourager, me soutenir et me dire à quel point tu étais fière de moi. Tu es pour moi un exemple par cette faculté que tu as de chérir les tiens. Un grand merci pour les questionnaires Google forms, qui dépassaient clairement mes compétences...

Thomas, oui, car tu fais parti de ceux sans qui tout ça n'aurait pas été possible. Merci pour ton soutien sans failles, pour toujours avoir su me remotiver, me dire que ça valait le coup, me faire rire et me comprendre. Et puis pour ton travail impayé d'expert en informatique...

Yvette, merci pour ta gentillesse, tes nombreuses attentions, ton amour et ton soutien durant ces nombreuses années, merci de les avoir rendues presque acceptables

Philippe, merci pour l'exemple de ce qu'est un vrai médecin passionné par ce qu'il fait, merci de m'avoir donné envie de continuer, merci pour ton soutien

A ceux qui l'ont rendu meilleur...

Mes amies, mes essentielles,

Anissa, Flore, Rondoudou Justine : simplement merci d'être toujours là, de loin comme de près, à tous ces voyages que ce salaire de médecin va nous permettre de faire...

Lucie, merci d'être cette merveilleuse personne dont je ne peux plus me passer depuis 3 ans...

Bientôt notre cabinet au calme !

Camille, toujours les mots pour m'encourager, merci pour ta bonne humeur, ta simplicité et ta gentillesse qui font toujours le plus grand bien, comment avons-nous fait pour nous rater toutes ces années ? A tous ces souvenirs que nous avons encore à créer...

Merci à vous mes *psychopains*, Val, Baptiste, Malcolm, Vincent, Ando, Luc, Agathe, Gaele, Auxane, Solène, Eleonore, Laura.

A tonton Salomon, merci de toujours veiller à mon bien être, merci de m'accueillir à bras ouverts tous les 6 mois en Guadeloupe. Tu es, pour moi, bien plus qu'un oncle...

A Franck, merci cousin pour nos discussions interminables, tes conseils et ton exemple d'éloquence...

Merci *marraine*, pour tes encouragements, ta gentillesse et ta bienveillance...

A tonton Edmond, tonton Eric, tatie Nathalie, tatie Josiane...

Merci au reste de la *famille* (si grande), pour vos nombreux encouragements, votre soutien, et surtout pour votre amour sans conditions...

A ceux qui ont contribué à enrichir mon savoir...

A la team « Nord-est Mazurelle »,

Raphaëlle, merci pour ta bonne humeur, ton calme et ta douceur. J'étais toute nouvelle interne et tu as su me rassurer et m'encourager comme il le fallait...

Matéi, Dr Marinescu, merci pour ton accessibilité, ta gentillesse et pour ce plaisir que tu prends à transmettre ton savoir. Merci de tes encouragements...

Aux secrétaires de la Croisée, merci pour vos blagues sans fins, pour votre sourire que j'ai pris plaisir à voir tous les jours pendant 6 mois...

Aux infirmiers du service, merci pour votre accueil et le partage de vos connaissances...

A *Anne*, Pr Sauvaget, merci pour ta disponibilité, pour l'intérêt que tu nous portes, pour tes encouragements et le partage de tes nombreuses connaissances...

A *Samuel*, Dr Bulteau, merci pour ces 6 mois à apprendre à tes côtés, ce fut l'occasion pour moi de progresser de manière considérable et ce dans la bonne humeur...

Au *Pr Vanelle*, merci pour ce que vous avez apporté à la psychiatrie Nantaise, merci pour cette rigueur clinique, pour les séances d'ECT où vous m'avez laissé manier la machine, même avec cette peur que mes mains innocentes compromettent tout...

Aux secrétaires du CAPPA, *Judith*, merci pour ton sourire à toute épreuve, je te souhaite de le garder et de veiller à ne pas négliger ton bien-être...

A *Sophie*, Mme AIT SI ALI, merci pour le cœur que tu mets à tout gérer d'une main de fer, la psychiatrie nantaise universitaire a de la chance de t'avoir...

A la «dream team TATI », la meilleure...

A *Pauline*, Dr Gayet, merci pour ton sourire, ta bonne humeur et ta douceur, c'était un plaisir de travailler avec toi...

A *Anne-Cécile*, Dr Perron, merci pour ta supervision et tes encouragements...

Au *Dr Bocher*, merci pour votre dynamisme, votre disponibilité et pour le sens que vous donnez à la clinique...

Aux *secrétaires*, Fanny, Helena et Alexandra, merci pour votre bonne humeur, c'était un plaisir de venir travailler tous les matins...

A *Valentin*, Dr Lesieur, que dire... merci d'être cette personne si agréable, accessible et rassurante. Tu m'as vu de bébé externe à interne aux talons léopards, ça a toujours été un plaisir d'apprendre à tes côtés. Tu feras un excellent papa...

A *Stan*, merci d'avoir partagé avec moi l'expérience que tu as de ce sujet, tout en me faisant souffrir à chaque séance d'électro, merci d'avoir contribué en partageant mon questionnaire à tes clientes.

A *Jeremy*, merci pour ton soutien, tes thés (si variés) toujours là quand il faut...

A ma *playlist « chansons tristes »*, merci de m'avoir permis de vider mes larmes lorsque j'en avais besoin (je pense que Spotify me croit dépressive)...

A *Damso*, avec tes douces paroles, tu m'as aidé à activer le mode warrior pour la dernière ligne droite...

A Snobel,

Willy,

Marley, merci pour vos ronrons et vos câlins (quand vous l'aviez décidé hein)...

Merci aux nombreuses personnes qui ont participé aux questionnaires, ayant rendu ce travail possible...

Merci aux *patients* qui ont partagé avec moi leur histoire...

Je vous souhaite beaucoup de courage !

SOMMAIRE

SOMMAIRE	7
RÉSUMÉ.....	9
INTRODUCTION	11
1 Recension des écrits	11
1.1 Image corporelle et internalisation d'un idéal de minceur	11
1.2 Insatisfaction corporelle, dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire	11
1.3 Réseaux sociaux.....	17
2 Justification et intérêt de l'étude	24
MATERIEL ET MÉTHODE.....	26
1 Recrutement et critères d'inclusion	26
2 Échantillon final.....	27
3 Méthodologie	28
3.1 Design de l'étude.....	28
3.2 Construction des questionnaires.....	29
4 Formulation d'hypothèses	32
RÉSULTATS.....	34
1 Description de la population	34
2 Usage des réseaux sociaux	36
2.1 Type de compte.....	36
2.2 Fréquence d'utilisation et temps consacré	37
2.3 Publications de selfies	38
3 Insatisfaction corporelle et comparaisons sociales.....	39
3.1 Insatisfaction corporelle et recherche de la minceur	39
3.2 Comparaison de l'apparence physique à celle des images affichées sur les réseaux sociaux.....	39
4 Analyses statistiques	41
4.1 Vérification de l'hypothèse 1 : influence négative des réseaux sociaux sur l'image corporelle	41

4.2	Vérification de l'hypothèse 2 : association fréquence d'utilisation/EDI-(ic) et (rm).....	41
4.3	Vérification de l'hypothèse 3 : association fréquence de comparaison/EDI-(ic) et (rm) ..	42
4.4	Vérification de l'hypothèse 4 : Instagram comme réseau social influençant le plus négativement l'image corporelle	43
4.5	Vérification de l'hypothèse 5 : association degré de risque d'être atteint de TCA/EDI-(ic) et (rm) 44	
4.6	Vérification de l'hypothèse 6 : Sex ratio concernant l'insatisfaction corporelle et la recherche de la minceur en faveur des femmes	44
5	Données qualitatives issues d'entretiens médicaux	45
DISCUSSION		46
1	Concordances/discordances avec la littérature existante	46
2	Limites de l'étude	51
2.1	Présence de biais	51
2.2	Extrapolation à la population générale	52
2.3	Non évaluation de l'environnement relationnel et des comorbidités	54
2.4	Futures directions.....	55
3	Bénéfices à utiliser les réseaux sociaux.....	56
3.1	Projet ANAMIA	56
3.2	Déclarations des participants	59
4	Pistes d'amélioration.....	60
4.1	Education aux médias.....	60
CONCLUSION		61
BIBLIOGRAPHIE.....		62
ANNEXES.....		68
Annexe 1 : Affiches de recrutement.....		68
Annexe 2 : Questionnaire à destination de la population générale		70
Annexe 3 : Tableaux et figures complémentaires		79
Annexe 4 : Cas cliniques		83

RÉSUMÉ

NOM : JIOTSA NGUETSOP

PRENOM : Barbara

Titre de Thèse :

L'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle et son implication dans les troubles du comportement alimentaire

Objectif : De nombreuses études ont évalué l'association entre l'exposition aux médias traditionnels, l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires pathologiques.

La dernière décennie a été témoin de l'ascension des médias sociaux, utilisés majoritairement par les adolescents et les jeunes adultes. Ceux-ci seraient également associés à des préoccupations corporelles et alimentaires pouvant entraîner des symptômes de trouble du comportement alimentaire (TCA).

Cette étude avait pour but d'étudier l'influence de l'exposition quotidienne à des images corporelles idéalisées sur les réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle et de l'étendre à son implication dans les TCA.

Matériel et méthodes : Nous avons recueillis un échantillon de 1331 sujets (dont 1138 ont été recrutés dans la population générale et 193 dans une population de patients atteints de TCA) classés en trois groupes selon le degré de risque d'être atteints de TCA (défini par le score au test de SCOFF). Ceux-ci ont rempli un questionnaire en ligne interrogeant leur satisfaction corporelle, leur utilisation des réseaux sociaux, la fréquence des comparaisons physiques, la nature positive ou négative de l'exposition aux réseaux sociaux ainsi que de potentiels bénéfices associés.

Résultats : Nous avons comparé les différentes variables étudiées entre les trois groupes. Ceci nous a permis de mettre en avant un profil type de patients atteints de TCA qui semblent être plus insatisfaits de leur apparence corporelle, rechercher davantage la minceur et s'engager plus volontiers dans les comparaisons sociales.

De plus, les résultats montrent une association significative entre la fréquence de comparaison aux images affichées sur les réseaux sociaux, l'insatisfaction corporelle et la recherche de la minceur.

Il semble que plus les sujets se comparent aux images, plus ils sont insatisfaits de leur apparence corporelle et recherchent la minceur.

Ce lien d'association n'a pas été retrouvé avec la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux.

Nous avons également retrouvé l'existence d'une influence négative des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle. En effet, lorsque les participants ont déclaré l'existence d'une influence des images sur la perception de leur image corporelle, cette influence était principalement négative.

Conclusion : Les réseaux sociaux semblent avoir une influence négative sur la perception de l'image corporelle en favorisant les opportunités de comparaisons physiques à un idéal de minceur et ainsi le développement ou la majoration d'une insatisfaction corporelle.

Les sujets atteints de TCA semblent être plus vulnérables à l'influence d'une exposition à un idéal corporel sur les réseaux sociaux.

MOTS-CLES : adolescents, réseaux sociaux, troubles du comportement alimentaire, comparaisons sociales, insatisfaction corporelle, recherche de la minceur

INTRODUCTION

1 Recension des écrits

1.1 Image corporelle et internalisation d'un idéal de minceur

L'image du corps est définie comme la perception, les pensées et les émotions d'une personne concernant son corps. C'est l'idée que l'individu se fait de ce à quoi ressemble son corps, l'image qu'il en a dans le miroir (1).

Le concept d'image du corps évoque l'aspect somatique par le « corps » et l'aspect psychique par « l'image » (2).

L'image corporelle est le reflet d'une conception sociale selon la culture d'une société et de ses normes.

La construction socioculturelle de l'image du corps se crée à partir d'idéaux corporels, en partie communiqués par l'intermédiaire des médias, de la famille, des pairs.

Ceux-ci sont intériorisés par les individus (3).

Ce processus d'internalisation peut être à l'origine de modifications de l'image de soi pouvant entraîner une insatisfaction corporelle, des préoccupations exagérées concernant le poids et être associé à d'autres symptômes dans les troubles du comportement alimentaire (TCA).

Rappelons l'importance croissante accordée à l'apparence physique, l'idéal du corps féminin très mince comme témoin de la maîtrise de soi et de la réussite sociale, l'image valorisée de la maigreur dans le milieu de la mode, la multiplication et la banalisation des régimes amaigrissants dans les médias.

Chez les hommes, cette pression sociale prend la forme du culte du corps musclé, avec une carrure en V et des abdominaux visibles.

1.2 Insatisfaction corporelle, dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire

Un nombre important d'individus rapporte une insatisfaction quant à son apparence.

L'insatisfaction corporelle peut être définie comme étant les pensées et les sentiments négatifs d'une personne envers son corps (3).

Elle implique généralement une discordance entre l'évaluation du corps du sujet et son idéal corporel.

Aux Etats-Unis, plus de la moitié des femmes et environ la moitié des hommes n'apprécient pas l'image qu'ils renvoient (4).

De nombreuses études ont examiné la relation entre le phénomène de comparaison sociale et l'insatisfaction corporelle (5) (6).

En effet, il a été retrouvé un fort lien entre les comparaisons physiques avec autrui et l'insatisfaction corporelle. (5).

Rappelons la théorie des comparaisons sociales, initialement décrite en 1954 par Festinger, psychosociologue américain (7).

Selon lui, l'individu ne possède pas toujours de base objective pour évaluer ses opinions ou certaines de ses capacités. Il n'a pour seul moyen de comparaison que la « réalité sociale » représentant alors le consensus.

Il intègre la notion de « champ de comparaison » comme étant l'ensemble des individus auxquels le sujet peut potentiellement se comparer.

En revanche, la notion de « champ de référence » est le redécoupage opéré par le sujet au sein du champ de comparaison. Celui-ci le conduit alors à ne se comparer qu'aux individus les plus semblables à lui.

Le champ de référence choisi par le sujet n'est donc pas l'ensemble de la communauté mais le plus souvent, son groupe de référence représenté par les individus ayant des opinions et aptitudes proches des siennes.

Cette notion de champ de référence est à rapprocher de la notion de « bulle de filtre » concernant les réseaux sociaux (8). Cette notion récente est basée sur l'existence d'algorithme (ensemble d'opérations et de calculs) ayant pour finalité de personnaliser l'expérience de l'utilisateur du réseau social. En effet, les calculs algorithmiques, se basant sur les publications suivies et aimées par l'utilisateur, vont mettre en avant certains contenus jugés les plus pertinents et en masquer d'autres. L'algorithme permet aussi de proposer des publicités, de suggérer du contenu en rapport avec les activités de l'utilisateur sur le réseau social, l'enfermant alors dans une « bulle relationnelle et informationnelle » (9).

La théorie des comparaisons, référence en psychosociologie, est à nuancer lorsqu'il s'agit de sujets opérant des comparaisons de leur apparence physique et se servant de celles-ci pour évaluer leur physique.

En effet, au lieu de comparer leur apparence physique uniquement avec celle des individus les plus semblables comme suggéré par Festinger, ces sujets vont également se comparer à des images de corps irréalistes, très minces, et difficilement atteignables (10).

La théorie de la comparaison sociale émet également l'hypothèse que le sujet cessera spontanément les mécanismes de comparaisons à partir du moment où ceux-ci deviennent défavorables et altèrent son estime de lui.

Pourtant, il n'en est rien pour les sujets ayant des habitudes de comparaisons physiques, ceux-ci poursuivant ces mécanismes malgré les effets néfastes sur leur image d'eux-mêmes et l'insatisfaction corporelle en résultant.

Malgré une insatisfaction corporelle retrouvée chez les deux sexes, diverses études ont mis en lumière le fait que les femmes l'expérimentaient davantage que les hommes (11).

De plus, les préoccupations corporelles sont différentes.

En effet, si les femmes sont plus sujettes à vouloir perdre du poids, les hommes auraient au contraire un objectif de prise de masse musculaire.

L'estime corporelle (dimension de l'estime de soi impliquant l'évaluation de son propre corps) des hommes est centrée sur leur performance physique, leur force et leur degré d'attraction physique. À l'inverse, celle des femmes est liée au désir sexuel qu'elle suscite, et à leur poids.

Celles-ci sont plus engagées dans des comportements d'auto-objectification, ayant parfois tendance à placer leurs corps comme seul objet les définissant (12).

La théorie de l'auto-objectification désigne le fait d'internaliser la perspective d'un observateur externe et d'en faire le critère principal dans l'évaluation de son apparence physique.

L'insatisfaction corporelle est associée à davantage de surveillance par rapport au corps et à un niveau plus élevé d'auto-objectification (13).

Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont une entité psychiatrique regroupant notamment l'anorexie nerveuse (de type purgatif ou restrictif), la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimie, allant jusqu'à des formes atypiques qu'on qualifie de « non spécifié » (ou UFED : Unspecified Feeding and Eating Disorders(14)).

Ces troubles, caractérisés par des perturbations graves du comportement alimentaire sont des maladies chroniques se révélant essentiellement à l'adolescence associées à des taux de rechutes importants (15).

A ces troubles des conduites alimentaires sont fréquemment associées des préoccupations obsédantes liées à la forme du corps allant jusqu'à des troubles du schéma corporel concernant électivement les hanches, les cuisses, le ventre.

On retrouve l'association de complications médicales, psychologiques et psychiatriques (16) (17) (18).

L'anorexie nerveuse est caractérisée par une peur obsédante de prendre du poids, une vision déformée du corps (ou dysmorphophobie), une perte de poids significative (l'IMC n'est plus un critère nécessaire au diagnostic selon le DSM-5 mais définit la sévérité).

Le déni de la maigreur et de ses conséquences est un des critères de gravité.

Il existe un intérêt exagéré pour la cuisine et l'alimentation, une ritualisation des prises alimentaires avec souvent un décompte des calories, des ruminations obsédantes alimentaires et une culpabilité liée aux repas, des perturbations du comportement à table (lenteur, tri, découpage des aliments, etc), une hyperactivité physique et/ou intellectuelle, une exposition au froid, des conduites de purge (comme la prise de laxatifs, de diurétiques, des vomissements), une potomanie ou au contraire une restriction des apports hydriques.

Sa prévalence chez les jeunes femmes est de 0,4%. La prédominance est féminine avec un ratio de 1/10 selon le sexe (14) (18).

Elle débute généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Il existe des formes prépubères associées à un pronostic plus sévère (notamment concernant le développement staturo-pondéral et psychologique). De plus, des formes plus tardives (après 40 ans) sont possibles.

Cette maladie est d'origine poly-factorielle répondant au modèle bio psycho sociale.

La boulimie nerveuse est marquée par la survenue d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie ou « binge-eating ») incontrôlés, des comportements de compensation pour éviter la prise de poids (vomissements, activité sportive, laxatifs, restriction), un sentiment de culpabilité important survenant après les crises.

Sa prévalence est d'environ 1 à 1,5% chez les jeunes femmes. On retrouve le ratio de 1/10 avec la même prédominance féminine (14).

L'hyperphagie boulimie retrouve les mêmes accès hyperphagiques, à la différence de l'absence des comportements de compensation.

Les patients anorexiques et boulimiques ont en commun la même obsession autour de l'image du corps avec l'omniprésence d'une idée surinvestie étant la peur de grossir.

Il est important de considérer la notion de troubles de l'image du corps dans ces affections, pouvant aller jusqu'à la « dysmorphophobie » qui est la vision déformée de tout ou partie du corps associée à une peur irraisonnée.

Dysmorphophobie

Le trouble dysmorphophobique appartient au registre des troubles obsessionnels compulsifs selon le DSM-5.

A distinguer de l'insatisfaction corporelle, il se définit comme un syndrome psychiatrique dans lequel le malade est convaincu qu'une partie de son corps est déformée ou disproportionnée et craint alors d'impressionner défavorablement autrui. Selon une conception psychodynamique, c'est un trouble de l'image corporelle qui se situe à la frontière entre la névrose et la psychose. Les personnes souffrant de dysmorphophobie sont préoccupées par une partie de leur corps qu'elles perçoivent comme un défaut majeur dégradant considérablement leur apparence. Ce défaut n'étant pourtant pas ou très légèrement observable par les autres.

Le plus fréquemment, les parties concernées sont le visage et la peau (acné, cicatrices, taches de rousseur, etc), le nez, mais n'importe quelle partie du corps peut être concernée (les seins, le ventre, les cuisses, les hanches). Les sujets atteints de troubles dysmorphiques corporels sont en général préoccupés par cinq à sept parties de leur corps. Certains par leur apparence en général.

Le corps est décrit comme « monstrueux », « hideux », « pas attirant ».

La notion de temps passé à se préoccuper de la ou des parties en question est importante pour le diagnostic. On retrouve la notion de plusieurs heures (3 à 8h en moyenne) avec une impossibilité de contrôler le comportement.

Ces sujets vont développer des comportements répétitifs, s'apparentant à des compulsions (vérifications dans le miroir, soins de beauté excessifs, excoiations de la peau, demande de rassurement) ou accomplir des actes mentaux tels que d'incessantes comparaisons de leur apparence physique à celle d'autrui (14).

Tout ceci étant très chronophage et anxiogène, une importante diminution de la qualité de vie est associée avec un repli social significatif.

Une particularité masculine est retrouvée concernant les parties du corps à l'origine du trouble.

Ceux-ci seraient plus sujets aux préoccupations dirigées vers les muscles et la masse musculaire (appelé dysmorphie musculaire « muscle dysmorphia », ou encore « Adonis complex ») (19) (4). Ces derniers développeront alors une obsession concernant leur musculature, se trouvant insuffisamment musclés, trop chétifs.

Pourtant, ces sujets paraissent souvent très musclés aux yeux des autres. Un entraînement intensif et un régime alimentaire contraint avec la prise de fortes doses de protéines font partis des comportements entrepris pour « corriger le défaut ».

Ce type de dysmorphophobie se rapproche des troubles du comportement alimentaire de par son régime strict. Il est surnommé anorexie inverse, « reverse anorexia » (79).

En effet, le but est inverse à celui de l'anorexie, à savoir prendre de la masse musculaire, mais il s'en rapproche par la volonté de perdre de la masse grasse.

Distinction entre TCA et dysmorphophobie

Il est difficile de faire la distinction entre dysmorphophobie et troubles du comportement alimentaire (*Tableau 1*).

En effet, dans les deux cas, il existe une insatisfaction de l'image corporelle et la mise en place de comportements liés à cette insatisfaction.

Lorsque la dysmorphophobie concerne une partie du corps très précise (la peau, les cheveux) et que les rituels sont caractéristiques (camouflage, curage de la peau...), il est plus facile de distinguer dysmorphophobie et TCA.

En revanche, lorsque la partie concernée est le ventre, les cuisses, les fesses ou le poids, et que les comportements mis en place s'apparentent à des régimes restrictifs et une pratique d'activité physique importante, il devient plus difficile de faire la distinction.

Bien que la dysmorphophobie soit considérée comme entité psychiatrique à part entière, son existence n'exclue pas celle d'un TCA.

En effet, elle est très souvent associée aux TCA, plus particulièrement dans l'anorexie mentale.

Caractéristiques de la dysmorphophobie
Préoccupation à partir d'un défaut d'une partie du corps
Camouflage d'une partie spécifique du corps
Évitement des interactions sociales
Consultations et interventions chirurgicales non nécessaires
Caractéristiques des TCA
Perception d'une distorsion du corps entier
Camouflage de tout le corps
Excès, purges (vomissements) et restrictions alimentaires
Exercice excessif

Tableau 1 : Caractéristiques de la dysmorphophobie comparées à celles des troubles du comportement alimentaire
(Traduit d'après l'article de Slaughter et al, 1999 « In pursuit of perfection : A primary care physician's guide to body dysmorphic disorder » (20))

1.3 Réseaux sociaux

De nombreuses études ont démontré qu'historiquement, les normes corporelles étaient principalement véhiculées par les médias traditionnels (télévision, radio, journal, magazines...) (21) (22).

En effet, les médias jouent un rôle dans la valorisation de la minceur et des régimes, impliquant un contrôle de son alimentation. En parallèle, une autre idée est soutenue, celle que l'on peut et doit contrôler sa silhouette grâce à l'activité physique.

Ces dernières années, il est observé un tournant dans la consommation des médias, passant de l'usage des médias traditionnels à celui des médias sociaux.

Ceci pouvant en parti être imputé au développement avancé des technologies et à l'avènement du téléphone intelligent, communément appelé « smartphone ».

L'arrivée des réseaux sociaux crée une transformation au niveau de la consommation des médias, notamment par leurs aspects interactifs.

Les médias sociaux sont définis comme l'ensemble des applications internet et mobiles de contenu généré par les usagers. Ils permettent à ceux-ci de participer à des échanges en ligne, de diffuser du contenu qu'ils ont eux-mêmes créé et de se joindre à des communautés électroniques.

Les réseaux sociaux sont fréquemment utilisés par les adolescents et les jeunes adultes (23).

Facebook

Facebook détient la place de leader dans le domaine des réseaux sociaux avec plus de 2 milliards d'utilisateurs actifs (Statista, 2019).

Cette plateforme regrouperait 86% d'utilisateurs chez les jeunes adultes (18-29 ans) et 77% chez les adolescents (13-19 ans) (23).

Elle permet de partager des images, photos, vidéos, articles, échanger des messages instantanés, communiquer directement avec son réseau par appel audio ou vidéo, joindre et créer des groupes, jouer à des jeux en ligne.

Les usagers se créent un profil personnel au sein duquel il est possible d'entrer des informations personnelles telles la date de naissance, le lieu de résidence, l'état civil, le domaine et les établissements d'étude.

Sur le profil, on retrouve plusieurs images et photos de l'utilisateur dont les photos de profil, celles de couverture, ou du contenu « à la une », les photos sur lesquelles il a été « identifié(e) » par d'autres, les images téléchargées, les albums photos ainsi que le « mur » où se trouve toutes les publications partagées (Facebook, 2018).

Instagram

Instagram est un réseau social permettant de partager des photographies ou des vidéos.

Ces images peuvent être diffusées de manière permanente (sur le profil de l'utilisateur) ou de façon éphémère (concept des « stories » qui disparaissent après 24 heures).

Instagram comptabilise à ce jour 1 milliard d'utilisateurs actifs (Statista, 2019).

Un des enjeux de son utilisation réside dans le principe des abonnements. Il est en effet possible de s'abonner à d'autres utilisateurs afin de visionner leurs images et réciproquement, que ces utilisateurs s'abonnent à notre profil (« followers »).

Une autre fonctionnalité est celle de commenter et d'aimer les publications des utilisateurs.

Il existe également le principe du hashtag dont le symbole est le suivant « # ». Il a pour objectif de rassembler des images autour d'un même lien. Ainsi, il est possible de trouver directement les images associées à un centre d'intérêt spécifique.

Prenons l'exemple du #fitness qui rassemble 372 millions de publications sur Instagram autour de cette thématique. Le #healthy, lui, en rassemble 150 millions (janvier 2020).

Concernant Instagram, les analyses de données font état d'une augmentation conséquente du nombre d'utilisateurs de l'application, en particulier chez les adolescents (7% d'utilisateurs en 2014 versus 14% en 2015).

Ce réseau social donne une place centrale à l'apparence physique. Il peut ainsi influencer l'image corporelle des utilisateurs.

Chaque jour, en moyenne 80 millions de photographies sont postées au sein de la plateforme, fournissant alors aux utilisateurs de nombreuses occasions de comparer leur apparence physique à celles des personnes qu'ils suivent.

A noter, la présence de nombreux filtres facilement utilisables sur l'application modifiant les photographies, en particulier les « selfies », leur permettant ainsi de se rapprocher des standards de beauté véhiculés par les médias.

La particularité de cette plateforme réside dans le fait que les utilisateurs ont tendance à suivre davantage de célébrités et, par le fait, d'être plus fréquemment soumis à des images de modèles « sans défauts » apparents. Ce qui est moins retrouvé dans le cas de plateformes telles que Facebook.

Snapchat

Snapchat est une application de partage de photos et de vidéos, particulièrement dédiée à la prise de selfie.

Elle regroupe un total d'environ 290 millions utilisateurs actifs.

Elle permet d'envoyer des messages avec des photographies (notamment des selfies) ou des vidéos qui s'autodétruisent au bout d'une seconde à un temps infini choisi par l'expéditeur.

350 millions de snaps sont échangés chaque jour dans le monde.

L'application permet également aux utilisateurs de créer une story (« histoire ») qui est une juxtaposition de plusieurs photos/vidéos. Une « story » peut être vue autant de fois que l'utilisateur le souhaite mais chaque élément de la story possède une durée de vie de 24 h.

Il existe une option chat ainsi qu'un détecteur de présence, pour discuter en direct via caméra interposée.

Selfies, filtres et « Snapchat dysmorphia »

Avant l'avènement des réseaux sociaux et de l'accessibilité des filtres (notamment sur Snapchat et Instagram) pour retoucher les photographies, ces procédés de retouche étaient presque exclusivement réservés aux célébrités afin d'afficher une image « sans défauts » dans les magazines. Le public, en revanche, n'avait pas facilement accès à de telles méthodes pour modifier leur apparence.

Ce qui les plaçait dans une position d'admirateurs, d'idolâtres des standards de beauté affichés dans les médias, malgré la conscience plus ou moins élevée que ces images étaient retouchées, retravaillées, afin d'afficher un tel niveau de « perfection ».

Aujourd'hui, avec l'existence d'applications telles que Snapchat et Instagram, ce niveau de « perfection » est accessible au grand public.

Les standards visuels et de beauté ne sont plus uniquement diffusés par les célébrités mais par un collègue, un ami, une connaissance, pouvant amplifier l'insatisfaction corporelle en majorant la frustration de ne pas ressembler aux standards affichés.

Une des activités les plus populaires parmi la population d'adolescents et de jeunes adultes est le partage et le visionnage de « selfies ».

Le mot vient du terme anglais *self*, « soi ». Celui-ci a fait son apparition dans la nouvelle version du dictionnaire Oxford en 2013 dans lequel il a été élu *mot de l'année*.

Le « selfie », ou egoportrait, est défini comme un autoportrait photographique pris avec un smartphone, soit tenu à bout de bras, soit fixé au bout d'une perche à selfie.

Il est en général pris sur le vif pour ensuite être partagé sur les réseaux sociaux notamment dans le but d'attester de sa présence sur un lieu ou auprès de quelqu'un (notamment lors d'une photographie aux côtés d'une célébrité), de générer une « photo de profil », de partager son état du jour ou de publier certaines scènes particulières.

Ce dernier est devenu un outil de communication, de reconnaissance sociale, omniprésent sur internet.

La pratique l'entourant est composée de différentes étapes de préparation impliquant la modification par des filtres et retouches, et le partage sur les réseaux sociaux.

Ceci est représentatif du phénomène d'exacerbation de l'approbation sociale sous tendu par les réseaux sociaux.

En effet, il existe une recherche d'une réaction affective, d'être aimé ou apprécié. Ce qui compte est le nombre de personnes ayant regardé la photographie, ainsi que leurs réactions.

Une des spécificités de ces réponses est son expression en termes binaires « J'aime/Je n'aime pas ». On perd alors les multiples nuances des réactions émotionnelles existantes dans la vie réelle. C'est avant tout le nombre de « J'aime » qui compte, la quantité l'emporte ici sur la qualité.

Certains auteurs comme Simone Korff-Sausse, psychologue psychanalyste, dans son livre « selfies : narcissisme ou autoportrait » (24) font le parallèle avec la théorie du miroir de Winnicott, pédiatre, psychiatre psychanalyste britannique du XXe siècle, en apparentant les selfies à une tentative désespérée de capter un regard qui voit. Ces individus n'existant que dans les moments où ils s'éprouvent comme étant regardés, dans une surenchère sans fin.

La période de l'adolescence, particulièrement liée à l'utilisation des réseaux sociaux, est une période charnière, de développement identitaire, de développement d'une image et d'une confiance en soi. C'est au travers des échanges interpersonnels avec autrui que l'adolescent construit sa représentation de lui-même en tant que sujet. Le regard et le jugement des pairs prennent alors une importance majeure.

La théorie du biofeedback social formulée par G.Gergely et S.Watson en 1998 (25), présentant les mécanismes psychologiques et interpersonnels en jeu dans le développement de l'enfant, peut être remise en perspective concernant le développement de l'adolescent.

En effet, cette théorie a montré que le nourrisson prend conscience de ses états émotionnels en percevant chez l'autre un reflet de son propre état émotionnel. Le reflet parental de l'affect constitue ici un biofeedback naturel pour le bébé.

Certains auteurs questionnent la capacité des selfies à assurer cette fonction de biofeedback pour l'adolescent, au moment où se réactive le besoin de reconnaissance en miroir.

Derrière le désir de donner une image de soi se cacherait la recherche d'une reconnaissance en miroir. Les réseaux sociaux pouvant être apparentés à un miroir géant donnant l'illusion d'être infaillible, car il y aura toujours quelqu'un pour regarder l'image diffusée.

L'action de prendre des selfies, de les modifier et de les publier en ligne est chronophage allant jusqu'à la possibilité d'une « addiction ».

Deux chercheurs, Griffiths (psychologue anglais) et Balakrishnan (enseignant chercheur indien), après s'être intéressés à l'addiction aux réseaux sociaux (26) (27) , ont étudié l'existence d'une addiction aux selfies (28), réutilisant le terme de « *selfite* » (de l'anglais « *selfitis* ») introduit en 2014 qui désigne cette « addiction ».

Balakrishnan décrit les personnes souffrant de « *selfitis* » comme des sujets ayant peu confiance en eux et essayant de s'intégrer au groupe de leurs pairs. Ceux-ci pourraient manifester des symptômes similaires à d'autres comportements addictifs.

Les auteurs ont mis au point une échelle de diagnostic à partir d'un questionnaire, la « *selfitis behaviour scale, SBS* », mesurant la sévérité de la maladie. Celle-ci a été testée sur une population de 400 étudiants indiens. L'Inde étant le pays comptant le plus d'utilisateurs de Facebook et celui le plus associé à des morts accidentelles en tentant de prendre des selfies (29).

L'échelle SBS différencie trois degrés d'addiction différents : **à risque** : prendre des photos de soi-même au moins trois fois par jour sans les poster sur les réseaux, **sévère** : prendre des photos de soi-même au moins trois fois par jour et toutes les poster sur les réseaux et **chronique** : une envie incontrôlable de prendre des photos de soi-même tout au long de la journée, et les poster ensuite sur les réseaux plus de six fois par jour (28).

Néanmoins, ce « *selfitis* » n'est pas validé dans les classifications internationales comme appartenant au champ des addictions et des troubles mentaux, ni même parmi la communauté de cliniciens.

Cependant, cette mise en lumière interroge la nécessité de poursuivre les recherches.

« Snapchat dysmorphia »

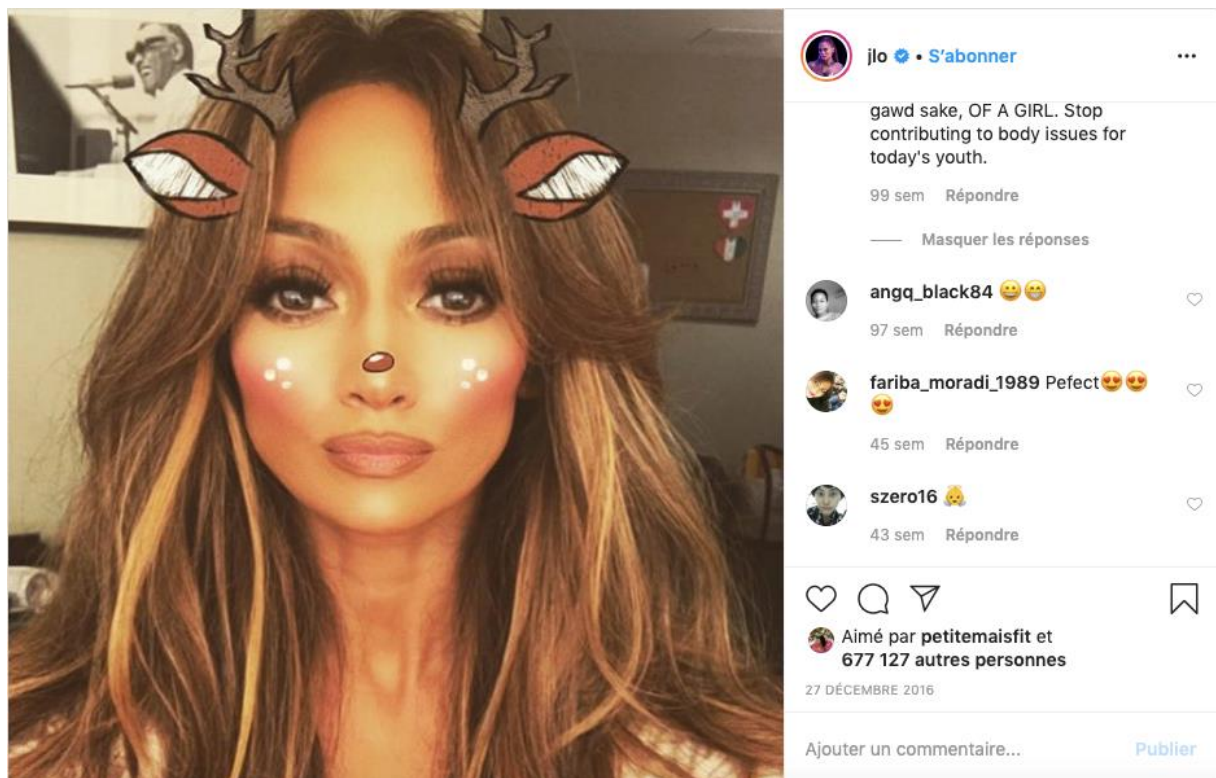


Image 1 : Exemple d'une photographie filtrée apparaissant sur le réseau social Instagram

Comme évoqué précédemment, les filtres Instagram et Snapchat sont le nouvel équivalent des photographies « glamour » des célébrités, affichant des normes de beauté irréalistes susceptibles d'entraîner les utilisateurs à une insatisfaction de leur apparence réelle.

Un phénomène émergent nommé « *dysmorphie Snapchat* » ou « *Snapchat dysmorphia* », décrit initialement par des chirurgiens américains, est représenté par un recours à la chirurgie esthétique de plus en plus fréquent par des patients avec la demande de ressembler à des versions filtrées d'eux-mêmes. Ce qui implique, en général, des lèvres plus charnues, des yeux plus grands, un nez plus fin, une peau lissée et des dents éclatantes de blancheur.

Selon l'American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, en 2017, 55% des chirurgiens ont rapporté avoir reçu des patients qui souhaitaient une intervention afin d'améliorer leur apparence sur les selfies, contre 42% un an plus tôt.

Ce phénomène image assez bien le franchissement de la limite entre fantasme et réalité avec la perte de contact avec celle-ci.

Il est possible de s'inscrire alors dans une quête interminable et dangereuse de la perfection, alors même que le problème est ailleurs et nécessiterait une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

L'omniprésence de ces images filtrées (*image 1*) peut avoir une incidence négative sur l'estime de soi, notamment par le processus de comparaison sociale. Les utilisateurs évaluent leur apparence physique en se comparant aux standards visuels affichés sur les réseaux sociaux, ayant pour conséquence d'augmenter l'insatisfaction corporelle.

Les utilisateurs les plus actifs dans la modification (par des filtres et retouches) et la publication des selfies ont été identifiés comme ayant davantage de préoccupations et d'insatisfaction corporelle, de surestimation des formes de leur silhouette et de leur poids avec l'adoption de comportements de restriction alimentaire et enfin ayant une plus forte internalisation de l'idéal de minceur (30).

Ce profil d'utilisateurs aurait tendance à accorder d'autant plus d'importance aux commentaires d'autrui en lien avec leurs publications. Ils s'engagent volontiers dans des mécanismes de comparaisons.

2 Justification et intérêt de l'étude

Plusieurs études ont mis en avant la forte prévalence de l'insatisfaction corporelle et des comportements entrepris dans l'objectif d'une perte de poids, parmi les adolescents (particulièrement les adolescentes) et les jeunes adultes dans la population générale (31) (32) (33).

Ces données sont d'autant plus intéressantes que cette insatisfaction corporelle et les comportements qu'elle entraîne sont mis en cause dans le développement et l'installation de trouble du comportement alimentaire.

En effet, des études de cohortes longitudinales ont identifié l'insatisfaction corporelle comme étant l'un des facteurs de risque de trouble du comportement alimentaire le plus significatif, ainsi qu'un facteur prédictif de faible estime de soi et de dépression (34) (35) (36).

L'insatisfaction corporelle est associée à un recours plus fréquent aux diètes alimentaires augmentant ainsi le risque de développer des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) (37).

De nombreuses études prospectives ont étudié les facteurs de risque d'insatisfaction corporelle.

La pression ressentie à être mince pouvant émaner de diverses sources tels que les médias, les parents, les pairs, les partenaires semble identifiée comme un facteur de risque majeur.

Plus cette pression ressentie est importante, plus elle augmenterait le risque d'insatisfaction corporelle (22) (35) (38) (39).

De même, l'exposition à des images corporelles idéalisées par les médias et l'internalisation de ces idéaux augmenterait le risque d'insatisfaction corporelle.

La tendance à comparer son apparence corporelle aux autres est également un facteur de vulnérabilité de l'apparition d'une insatisfaction corporelle (40).

Il est important de clarifier les mécanismes en cause dans le développement et le maintien des troubles du comportement alimentaires afin de mettre en place des moyens de prévention efficaces.

Toutefois, si la notion de l'existence de standards corporels est conscientisée par la plupart des sujets, seuls certains les internalisent et développent des TCA.

C'est pourquoi il est intéressant d'identifier les groupes « à risque » de développer des conduites alimentaires problématiques.

Ce qui rendrait d'autant plus efficace les programmes de prévention visant à réduire l'influence de la pression socio-culturelle, celle-ci étant particulièrement développée dans les sociétés occidentales.

L'objectif de cette étude est d'établir un portrait global des phénomènes qui sous-tendent l'utilisation des réseaux sociaux (comparaisons sociales, internalisation d'un idéal de minceur, publications de selfies) et de leur influence sur la perception de l'image corporelle.

De même, un intérêt particulier est porté à l'étude de l'implication des réseaux sociaux dans le développement et l'entretien de troubles du comportement alimentaire.

MATERIEL ET MÉTHODE

1 Recrutement et critères d'inclusion

Les participants à l'étude ont été recrutés par le biais d'une publication sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Twitter) et d'affiches placées dans des salles de sport, en ce qui concerne la population générale supposée vierge de TCA.

Les patients atteints de TCA, ont, pour leur part été recrutés suite à la diffusion du questionnaire à des professionnels de santé (psychiatres, médecins généralistes, psychologues...) exerçant à Nantes et dans diverses villes de France qui étaient chargés de leur transmettre.

La FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie), association qui regroupe les professionnels impliqués dans le champ des TCA a facilité la diffusion du questionnaire par ses mailings, réseaux sociaux et site internet.

Les deux modes de recrutement impliquaient une affiche de recrutement (*annexe 1*) qui contenait le lien URL menant vers le questionnaire en ligne disponible sur Google form ainsi qu'un QR code pour un accès plus rapide à celui-ci.

Les critères d'inclusion, mentionnés sur les affiches de recrutement étaient les suivants :

- Avoir entre 16 et 32 ans
- Avoir un compte Facebook et/ou Instagram *utilisé quotidiennement*
- Être exposé régulièrement à des images et des vidéos faisant la promotion d'une image corporelle idéalisée
- Le questionnaire TCA requérait en plus d'être diagnostiqué d'un trouble du comportement alimentaire.

Les critères d'exclusion étaient donc de ne pas entrer dans la tranche d'âge définie au préalable, de ne pas souffrir d'un TCA pour le questionnaire en question.

Le choix des critères d'inclusion est justifié d'après la littérature existante qui a démontré que l'utilisation des réseaux sociaux et les préoccupations corporelles concernaient en particulier les adolescents et jeunes adultes (d'où le choix de la tranche d'âge de 16-32 ans).

Révision de l'âge cible à posteriori

L'âge cible initialement énoncé de 16 à 32 ans a été révisé à posteriori et étendu à une fourchette de 15-35 ans, dans le but d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population cible et d'ainsi augmenter la puissance statistique et les chances de démontrer des corrélations significatives.

Nombre de sujets nécessaires

Il n'y a pas eu de calcul de nombre de sujets nécessaires à priori.

Non exclusion d'une population masculine

Les hommes n'ont volontairement pas été exclus, malgré le faible pourcentage de représentation. Ceci s'expliquant par la prédominance féminine des préoccupations corporelles et des troubles du comportement alimentaire (41).

Durée de recrutement

Le recrutement s'est étendu de septembre à décembre 2019.

Respect des bonnes pratiques

Les deux questionnaires spécifiaient aux participants la garantie de l'anonymat. En effet, aucune information ne permettait de les identifier.

La présente recherche a respecté la Déclaration d'Helsinki.

2 Échantillon final

Nous avons fusionné les données des deux échantillons obtenus par le biais des différents questionnaires pour obtenir un seul échantillon final avec la particularité de les classer en trois « degrés de risque » d'être atteint de TCA (défini à partir du score obtenu au test de SCOFF, test reconnu de dépistage d'un TCA).

En effet, le degré de risque 0 (N=371) correspond aux sujets de la population générale ayant un SCOFF négatif (c'est-à-dire < 2).

Le degré de risque 1 (N=767) correspond aux sujets de la population générale ayant un SCOFF positif (≥ 2) sans diagnostic de TCA.

Enfin, le degré de risque 2 (N=193) correspond aux sujets ayant un SCOFF positif associé à un diagnostic de TCA (recrutés via le questionnaire TCA).

Nous avons donc finalement trois populations différentes selon leur degré de risque d'être atteint d'un TCA, ce qui nous donne la possibilité de les comparer.

3 Méthodologie

3.1 Design de l'étude

Cette étude est une étude de type transversale, observationnelle.

En effet, elle cherche à établir un portrait global du phénomène sous-tendant l'utilisation des réseaux sociaux et l'image corporelle selon une collecte de données effectuée sur une brève période. Les variables ne sont donc pas manipulées mais seulement observées, n'impliquant alors pas nécessairement la causalité.

Le but est de mesurer deux variables par observation puis d'évaluer le niveau de relation existant entre-elles (42).

L'idée étant de rendre compte d'une situation ou d'un indicateur, à un moment donné, dans un groupe donné, permettant ainsi la formulation d'hypothèses sans jamais poser d'interprétations.

Cette étude est multicentrique du fait de la diffusion du questionnaire TCA via les professionnels de santé de différentes villes de France.

Phase descriptive

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages, tandis que les variables quantitatives par leur moyenne, écart type σ et intervalle de confiance de la moyenne.

Afin d'évaluer la comparabilité des trois groupes de population, la distribution par degré de risque des sujets selon les différentes variables a été comparée via un test de Chi2 pour la variable sexe, un test exact de Fisher pour le niveau d'étude, et un test de Kruskal-Wallis pour les variables suivantes : IMC, âge, situation conjugale, score au test de SCOFF, EDI-(ic), EDI-(rm)

Les analyses descriptives ont été réalisées sur le logiciel Excel.

Phase analytique

Concernant la phase analytique, nous avons initialement prévu d'expliquer la variabilité des scores EDI-(ic) et EDI-(rm) par une analyse de type régression linéaire multiple en ajustant sur les facteurs

suivants : IMC, âge, sexe, degré de risque, fréquence d'utilisation des réseaux sociaux, fréquence de comparaisons aux images.

Cependant, les critères de réalisation d'une régression linéaire ne sont pas remplis, la distribution des deux scores ne suivant pas une loi normale, l'homoscédasticité des résidus n'est pas vérifiée.

C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser des recherches d'association entre les scores EDI-(ic) et (rm) et les facteurs mentionnés ci-dessus, par des analyses bivariées : test de Chi2 pour la recherche d'association entre deux variables discrétisées puis régression linéaire simple pour la recherche d'association entre une variable quantitative et une variable discrétisée.

Dans le but de limiter l'inflation du risque α liée à la multiplication des tests statistiques, nous avons utilisé la méthode Bonferroni.

Le seuil de significativité de $p=0,0036$ ($\alpha=0,36\%$) a été retenu pour les analyses.

La valeur du p représente la probabilité que la relation entre les variables soit due au hasard, c'est la marge d'erreur de la corrélation, ici 0,36% de chance d'avoir tort.

Les tests statistiques ont été réalisés sur SPSS (Statistical Package for Social Science).

3.2 Construction des questionnaires

Les questionnaires regroupent respectivement 68 (population générale) et 69 questions (TCA diagnostiqué).

Ils ont pour but d'explorer les liens existants entre l'usage des réseaux sociaux et les préoccupations concernant l'image corporelle.

Les questions portent sur différents concepts, à savoir le type et la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux, les comparaisons sur l'apparence physique associées, la publication de selfies, les méthodes potentiellement mises en place pour modifier l'apparence dans le but de se rapprocher des standards visuels sur les réseaux.

Une ouverture sur l'existence d'éventuels bénéfices associés à l'utilisation des réseaux sociaux est intégrée à la fin.

→ Questionnaire diffusé en population générale supposée vierge de TCA : (annexe 2)

Le questionnaire contient 68 questions numérotées de 1 à 68.

La majorité des questions sont à choix unique, organisées selon une échelle de mesure numérique, de Likert, pour les fins d'analyse statistique.

Néanmoins, certaines questions autorisent le choix multiple.

Données sociodémographiques

Concernant le contenu des questions, celles s'étendant de 1 à 8 interrogent les données sociodémographiques, le niveau d'étude, le poids et la taille.

Questionnaire SCOFF-F (SCOFF-Française)

Les questions 9 à 13 correspondent au questionnaire SCOFF, développé en 1999 par Morgan et al., en Angleterre. L'objectif des auteurs était de développer une échelle fiable, simple et rapide permettant de repérer les sujets à risque et atteints de TCA, pour le dépistage et l'utilisation épidémiologique. Ce test a été adopté comme un instrument de dépistage standard au Royaume-Uni.

Cette échelle a ensuite été traduite dans plusieurs langues, notamment le français. Elle retrouve une efficacité et une validité comparables aux études anglo-saxonnes.

Une étude de validation a été réalisée par Garcia et al en 2001 (43) dans une population d'étudiants universitaires atteints et non atteints de TCA. Elle retrouve, pour un seuil du SCOFF-F (SCOFF-Française) supérieur ou égal à 2/5, une sensibilité de 94,6 % et une spécificité de 94,7 %.

Elle a démontré que la version française du SCOFF est fiable et précise pour la détection des femmes souffrant de TCA dans une population d'étudiants à risque de TCA.

Le fait d'inclure ce test dans le questionnaire destiné à la population générale supposée vierge de TCA, a permis de dépister la présence potentielle d'un TCA chez un sujet non traité.

Par ce biais, il a été possible de séparer l'échantillon « population générale » en deux groupes à degré de risque différents d'être atteint d'un TCA, à savoir un groupe « degré de risque 1 » correspondant au SCOFF + (≥ 2) et un autre « degré de risque 0 » avec un SCOFF – (< 2).

EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2)

Les questions 14 à 29 correspondent à un questionnaire nommé l'Eating Disorder Inventory (EDI 2) (44).

Cet outil permet d'évaluer les attitudes, sentiments ou comportements liés aux conduites alimentaires. Il est considéré comme l'inventaire de référence (« gold standard ») pour l'étude des caractéristiques psychologiques des sujets présentant des TCA. Il n'existe pas d'autres instruments validés en français évaluant les préoccupations corporelles dans les TCA.

Ce score possède 91 items, ceux-ci étant cotés selon 6 degrés « toujours » = 3, « en général » = 2, « souvent » = 1, « quelque fois, rarement, jamais » = 0. Certains items, dits indirects (marqués d'un astérisque, voir annexe 2), diffèrent dans la cotation avec « jamais » = 3, « rarement » = 2, « quelques fois » = 1 et « souvent, en général, toujours » = 0.

Les items s'organisent en 11 sous-échelles : recherche de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, inefficacité, perfectionnisme, méfiance dans les relations interpersonnelles, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des impulsions et insécurité sur le plan social. Seules les sous-échelles « recherche de la minceur » (7 questions de 14 à 20) et « insatisfaction corporelle » (9 questions de 21 à 29) ont été utilisées pour les fins du questionnaire, explorant de manière assez exhaustive les deux dimensions citées ci-dessus.

L'EDI recherche de la minceur (EDI-rm) dont le score peut varier de 0 à 21 explore les préoccupations concernant les diètes alimentaires, le poids et le désir de minceur. Un exemple d'item pour la sous-échelle recherche de la minceur est le suivant « vous sentez vous extrêmement coupable quand vous avez trop mangé ? ».

Plus le score est élevé, plus celui-ci exprime un désir de minceur important.

L'EDI insatisfaction corporelle (EDI-ic) dont le score peut varier de 0 à 27 évalue l'insatisfaction associée à différentes parties du corps (étant particulièrement en cause dans la dysmorphophobie corporelle, à savoir le ventre, les cuisses, les hanches, les fesses).

Un exemple d'item étant « trouvez-vous votre ventre trop gros ? ».

Un score élevé traduira un niveau important d'insatisfaction corporelle.

Usage des réseaux sociaux

Les questions 30 à 36 interrogent le type de plateforme utilisé, le temps y étant consacré, les activités associées à cet usage (partage de photos, stories, selfies, « liker » les publications, etc).

Les questions 30 à 66 sont inspirées d'un questionnaire ayant été créé pour les fins d'un mémoire de maîtrise sur « les réseaux sociaux et l'image corporelle », auquel certaines modifications ont été apportées (45).

Exposition aux standards corporels et implication sur l'image du corporelle

Les questions 37 à 43 font référence à la fréquence d'exposition à des images représentant une apparence corporelle jugée idéale, les comparaisons que cette exposition peut engendrer et la pression ressentie à y ressembler.

Publication de selfies et importance accordée au nombre de « J'aime »

Les questions 44 à 53 explorent le nombre de « J'aime » reçu sur les publications, le nombre de « followers » et plus précisément l'importance accordée à ces nombres.

Est également abordée la fréquence de publications de selfies, l'existence ou non d'un besoin de modifier ces selfies à l'aide de filtres.

Satisfaction et insatisfaction corporelle

Les questions 54 à 66 abordent le niveau de satisfaction de l'apparence physique affichée sur les réseaux sociaux comparativement à l'image dégagee dans la vie quotidienne. Est également abordée la question de l'existence de complexes corporels, et de moyens (chirurgicaux ou non chirurgicaux, entraînement physique, régimes alimentaires) potentiellement mis en place pour y mettre fin.

Enfin les questions 67 et 68 sont une ouverture vers l'existence de potentiels **bénéfices à utiliser les réseaux sociaux**.

→ Questionnaire destiné aux patients atteints de TCA :

Ce dernier est similaire au précédent, à l'exception d'une question supplémentaire (question 7) interrogeant le trouble alimentaire dont souffrent les répondants.

Les réponses possibles étant les suivantes : 1. Anorexie nerveuse de type restrictif / 2. Anorexie nerveuse de type purgatif / 3. Boulimie nerveuse / 4. Hyperphagie boulimie / 5. Autres

4 Formulation d'hypothèses

Afin d'étudier l'influence de l'exposition quotidienne à des photographies promouvant une image corporelle idéalisée sur la perception de l'image corporelle, nous avons formulé une hypothèse principale ainsi que des hypothèses secondaires.

L'hypothèse principale, **ou hypothèse 1** était la suivante :

Il existe une influence *négative* des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle des utilisateurs.

Les hypothèses secondaires, au nombre de cinq, sont énoncées ci-dessous :

Hypothèse 2 :

Plus l'utilisation des réseaux sociaux est fréquente, plus elle est associée à une insatisfaction corporelle plus importante et à davantage de recherche de la minceur.

Hypothèse 3 :

Plus les comparaisons de l'apparence physique à celle des images affichées sur les réseaux sont fréquentes, plus elles sont associées à une insatisfaction corporelle plus importante et à davantage de recherche de la minceur.

Hypothèse 4 :

Instagram est le réseau social le plus associé à une influence négative sur la perception de l'image corporelle.

Hypothèse 5 :

Plus le risque d'être atteint de TCA est important, plus il est associé à insatisfaction corporelle plus importante et à davantage de recherche de la minceur.

Hypothèse 6 :

Les femmes expérimentent plus d'insatisfaction corporelle et recherchent davantage la minceur que les hommes.

RÉSULTATS

1 Description de la population

L'échantillon final était composé d'un total de 1331 sujets avec respectivement 1138 participants issus du questionnaire population générale et 193 patients avec diagnostic de TCA issus du questionnaire correspondant (*Figure 1 et 2 : diagrammes de flux*).

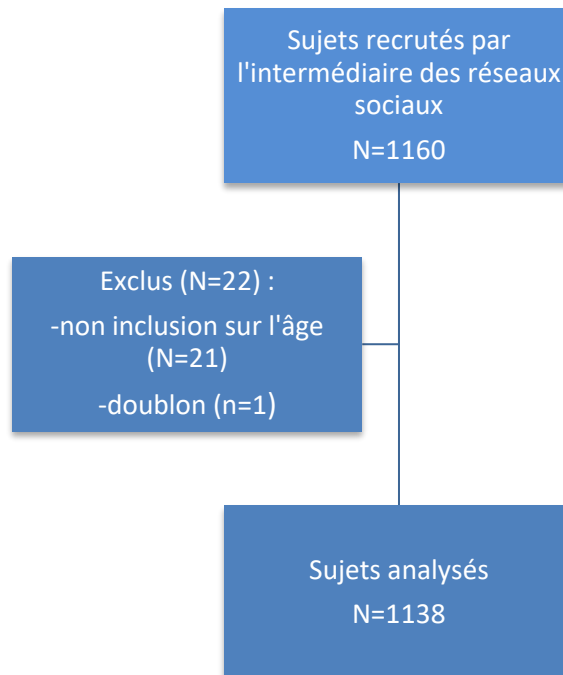


Figure 1 : Diagramme de flux d'inclusion des sujets en population générale

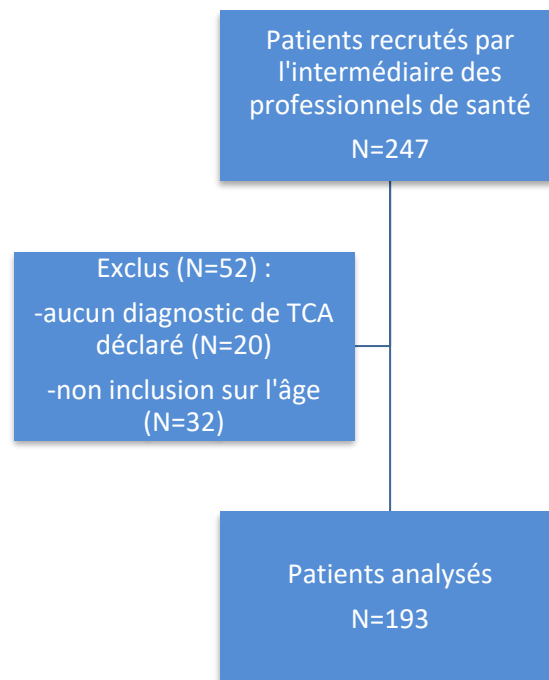


Figure 2 : Diagramme de flux d'inclusion des patients avec un diagnostic de TCA

Les trois populations classées par degré de risque (0, 1, 2) étaient significativement différentes sur l'ensemble des variables testées (sexe, âge, IMC, situation conjugale, niveau d'étude, score EDI-(ic), score (EDI-(rm), score de SCOFF). Il semble y avoir une disparité sur les facteurs socio-démographiques. (*Tableau 2 et annexe 3.1*).

Ceci sera à considérer lors des analyses statistiques qui impliqueront donc trois groupes non semblables.

Les participants avaient un âge moyen de 24,2 ans ($\sigma=4,2$) et un indice de masse corporelle moyen (IMC ; kg/m^2) de 22,3 ($\sigma=4,2$).

Les sujets appartenant au degré de risque 2 (avec un diagnostic de TCA) avaient un IMC et un âge significativement plus bas que les deux autres degrés de risque (*Tableau 2*).

Leurs scores à l'EDI-(ic) et EDI-(rm) étaient significativement plus élevés comparativement aux deux autres groupes (*voir annexe*).

Les patients avec un diagnostic de TCA semblent donc avoir une plus forte insatisfaction corporelle, ainsi qu'une recherche de la minceur plus importante.

De même, les sujets avec un score de SCOFF positif sans diagnostic de TCA (degré de risque 1) avaient un IMC significativement plus bas que les sujets non à risque (degré de risque 0).

Leurs scores EDI-(ic) et EDI-(rm) étaient également significativement plus élevés comparativement aux sujets non à risque de TCA (*voir annexe*).

Concernant la situation conjugale, le ratio de sujets célibataires/en couple était plus en faveur de personnes célibataires dans le degré de risque 2 (*annexe 3.1*).

La population était constituée d'une faible proportion d'hommes (2,3% représentant un effectif de 31 hommes sur le total de 1331 sujets analysés).

Degré de risque 0		Moyenne	Ecart type	p
	Age	25,1	4,1	0,001
Degré de risque 1	IMC	22,2	3,4	0,001
	Age	24,1	4	0,001
Degré de risque 2	IMC	22,6	4,1	0,001
	Age	23,1	5	0,001
	IMC	21,1	5,7	0,001

Tableau 2 : Moyennes et écart types des variables âge et IMC selon les degrés de risque

2 Usage des réseaux sociaux

2.1 Type de compte

Comme illustré sur le graphique ci-dessous (*Figure 3*), Facebook était le réseau social possédé par la majorité des sujets avec une moyenne de 93%, suivi de près par Instagram avec 92,8%.

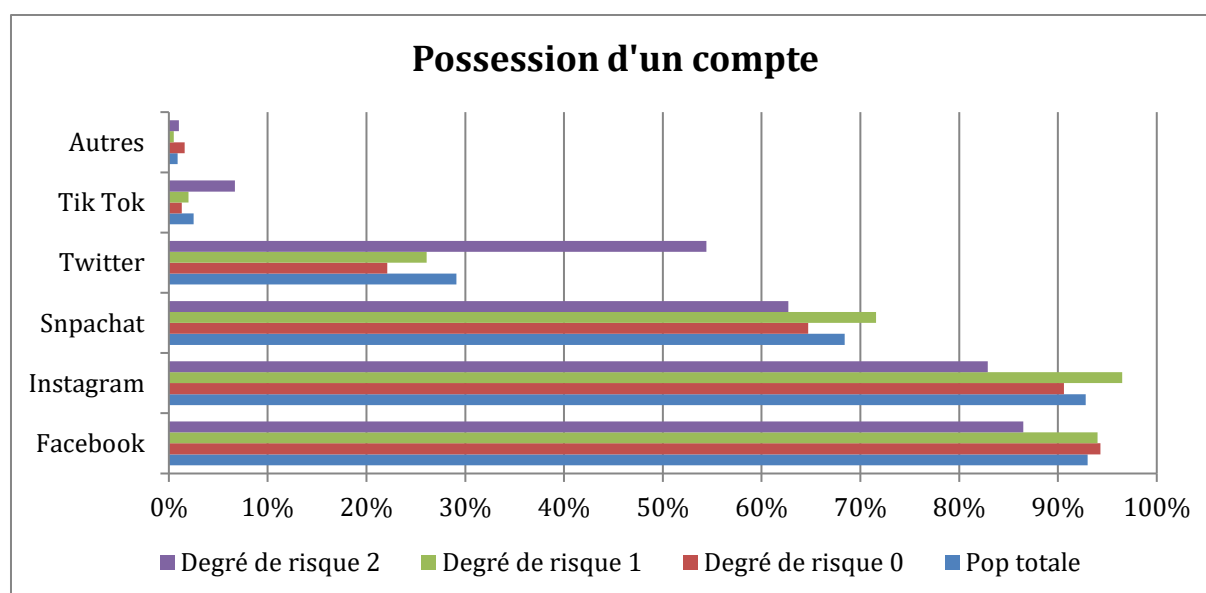


Figure 3 : Graphique représentant la répartition des différents réseaux sociaux selon les degrés de risque

2.2 Fréquence d'utilisation et temps consacré

La fréquence d'utilisation des réseaux sociaux, tous degrés de risque confondus, était prédominante sur les modalités « 2 à 10 fois par jour » (N=578) 43,4% et « 10 à 20 fois par jour » (N=439) 33,0%.

On retrouvait un pourcentage plus important de sujets du degré de risque 2 déclarant une utilisation « plus de 20 fois par jour » représentant 23,8% contre 19,9% pour le risque 1 et 18,8% pour le risque 0. (Figure 4)

Il est intéressant d'associer à cette fréquence d'utilisation des réseaux sociaux, la notion de temps consacré à l'utilisation (Figure 5)

Concernant le temps passé à utiliser les réseaux sociaux, une majorité des sujets (N=1048 représentant environ 79%) ont déclaré utiliser les réseaux sociaux en moyenne « entre 1h et 5h ».

Les sujets classés dans le degré de risque 2 étaient plus nombreux que les autres degrés de risque à déclarer une utilisation de « plus de 5h » (11% contre un pourcentage moyen de 4% tous degrés de risque confondus).

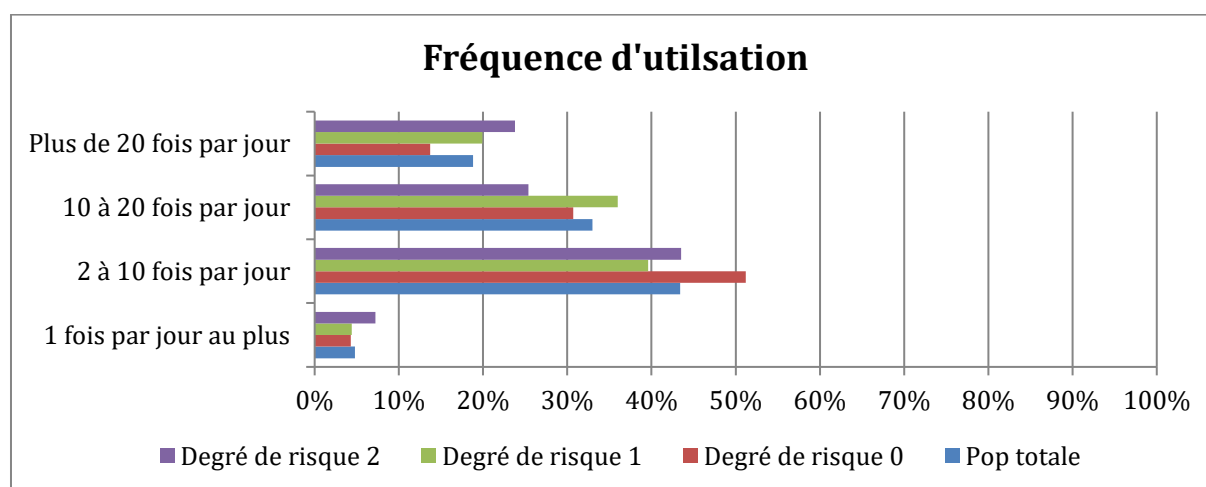


Figure 4 : Graphique représentant la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux selon les degrés de risque

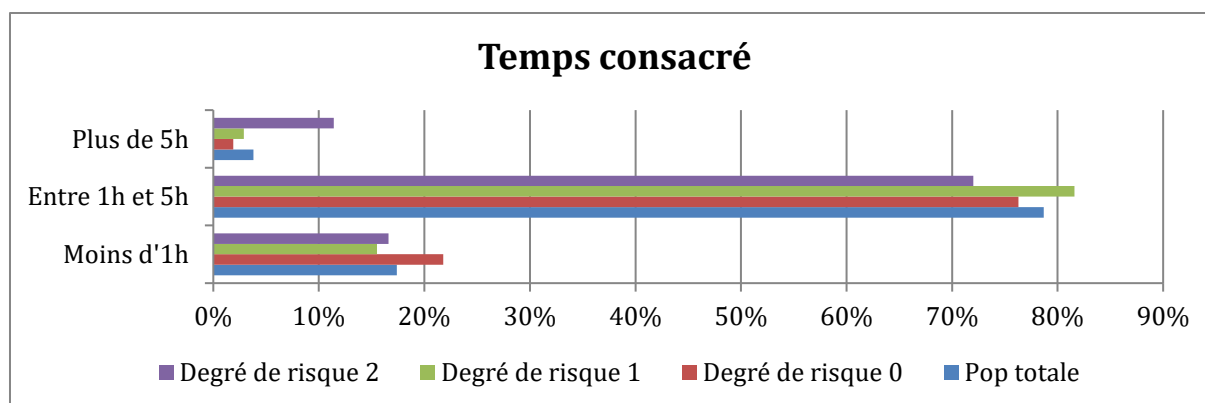


Figure 5 : Graphique représentant le temps consacré à l'utilisation des réseaux sociaux selon les degrés de risque

Activités et usages des réseaux sociaux

Les deux *activités* principales (tous degrés de risque confondus) associées à l'utilisation des réseaux sociaux étaient « aimer les publications » (N=1101) à 82,7% et « observer le contenu (« abonné fantôme ») » (N=870) à 65,4%.

Les sujets ont déclaré comme *usage* principal le fait de suivre leurs amis et connaissances (N=1234) à 92,7%.

Trois autres usages ont été retrouvés en majorité au sein des trois degrés de risque : « suivre des publications sur l'alimentation saine « healthy » » (N=905 représentant 68%), « suivre l'actualité » (N=892 représentant 67%) et enfin, « suivre des publications sur le fitness » (N=815 représentant 61,2%) (*graphiques annexe 3.2*).

2.3 Publications de selfies

Concernant la fréquence de publication de selfies, il a été retrouvé une majorité de sujets, tous degrés de risque confondus, déclarant poster des selfies « 1 à 2 fois par mois », (N=756) 56,8%.

La seconde modalité de réponse la plus retrouvée était « jamais », (N=456) 34,3 %.

L'échantillon de cette étude semble être constitué de sujets peu enclins à la pratique de la publication de selfies.

A noter, un pourcentage plus important concernant la modalité « 1 fois par semaine (10,9%) chez les sujets du degré de risque 2 comparativement aux autres (*graphique annexe 3.3*).

3 Insatisfaction corporelle et comparaisons sociales

3.1 Insatisfaction corporelle et recherche de la minceur

Les sujets du degré de risque 2, correspondant aux patients avec un diagnostic de TCA avaient des scores EDI-(ic) et EDI-(rm) significativement plus élevés.

Les sujets avec un diagnostic de TCA semblent donc présenter davantage d'insatisfaction corporelle (sous échelle EDI-(ic)) avec une recherche de la minceur associée plus importante (sous échelle EDI-(rm)).

Les sujets du degré de risque 1, correspondant à des sujets à risque d'être atteint d'un TCA mais sans diagnostic avéré ont également des scores EDI-(ic) et (rm) significativement plus élevés que la population générale non à risque de TCA (degré de risque 0).

Ces sujets semblent donc présenter plus d'insatisfaction corporelle et de recherche de la minceur qu'une population représentant des sujets vierges de TCA (*Tableau 3*)

	Moyenne	Écart type	p
EDI – (ic)			
Degré de risque 0	7,8	6,5	0,001
Degré de risque 1	13,3	6,8	0,001
Degré de risque 2	17,6	6,8	0,001
EDI – (rm)			
Degré de risque 0	4,1	4,2	0,001
Degré de risque 1	9,9	5,4	0,001
Degré de risque 2	14,3	4,5	0,001

Tableau 3 : Moyennes et écart type concernant les sous-échelles EDI-(ic) et EDI-(rm) selon les différents de degrés de risque

3.2 Comparaison de l'apparence physique à celle des images affichées sur les réseaux sociaux

On retrouve une fréquence d'exposition à des images représentant des corps idéalisées (tous degrés de risque confondus) dominante sur les modalités de réponse « tous les jours » (N=601) représentant 45,1% et « plusieurs fois par jour » (N=424) représentant 31,9% (*graphique annexe 3.4*).

La fréquence de comparaison à ces images était plus importante sur la modalité « toujours » chez les sujets du risque 2 avec un pourcentage de 40,9%.

Les sujets atteints de TCA semblent comparer plus fréquemment leur apparence physique comparativement aux autres degrés de risque (*Figure 6*).

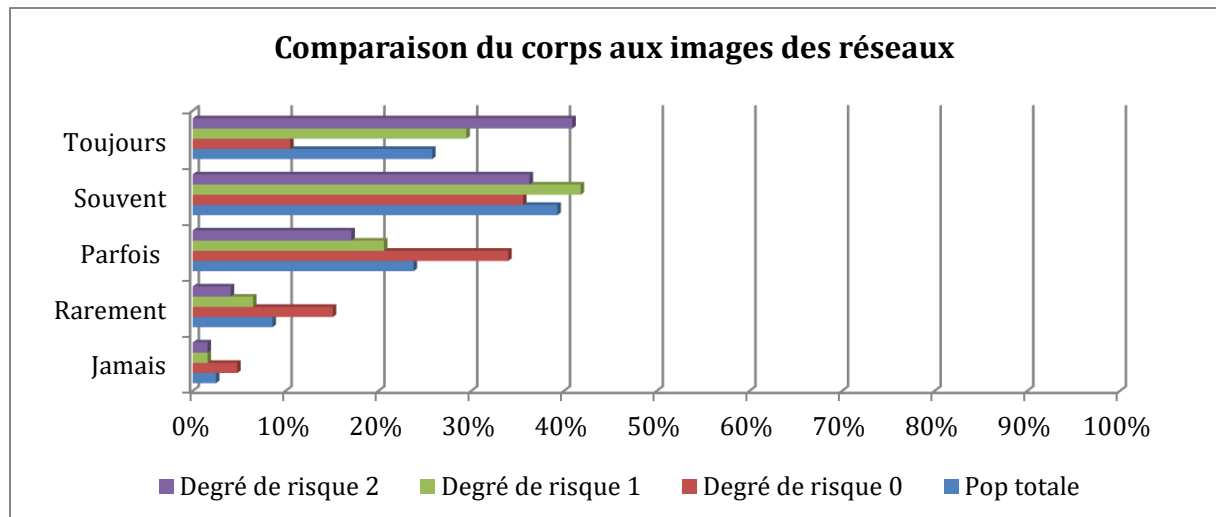


Figure 6 : Graphique représentant la répartition de la fréquence des comparaisons sociales selon les différents degrés de risque

4 Analyses statistiques

4.1 Vérification de l'hypothèse 1 : influence négative des réseaux sociaux sur l'image corporelle

Nous retrouvons, de façon significative ($p < 0,001$), que lorsqu'il est déclaré une influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle, celle-ci est négative.

98,7 % (N=152) des sujets ayant déclaré que les réseaux sociaux avaient une influence « extrêmement » importante sur la perception de leur image corporelle qualifient cette influence négative (Tableau 4).

Influence négative	Influence déclarée des images des RS sur la perception de l'image corporelle									
	Pas du tout		Un peu		Relativement		Beaucoup		Extrêmement	
Non	58	100%	83	31,9%	55	16,4%	41	9,3%	2	1,3%
Oui	0	0%	177	68,1%	280	83,6%	399	90,7%	152	98,7%

Tableau 4 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association entre une influence déclarée des réseaux sociaux et la négativité de celle-ci

$p < 0,001$

4.2 Vérification de l'hypothèse 2 : association fréquence d'utilisation/EDI-(ic) et (rm)

La fréquence d'utilisation des réseaux sociaux et le score EDI-(ic) ne sont pas significativement associés.

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux et l'insatisfaction corporelle (Tableau 5).

Fréquence d'utilisation des réseaux sociaux	EDI-Ic (Quartiles)							
	<6		≥6 et <12		≥12 et <18		≥18	
1/j au plus	14	5,0%	11	3,2%%	17	4,9%	22	6,1%
2 à 10 fois/j	134	47,9%%	151	43,4%	160	46,2%	133	37,3%
10 à 10 fois/j	85	30,4%%	117	33,6%	107	30,9%	130	36,4%
Plus de 20 fois/j	47	16,8%	69	19,8%	62	15%	72	20,2%

Tableau 5 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association de la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux au score EDI-(ic)

$p = 0,2116$

De même, la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux et le score EDI-(rm) ne sont pas significativement associés (*Tableau 6*).

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux et la recherche de la minceur.

Fréquence d'utilisation des réseaux sociaux	EDI-Rm (Quartiles)							
	<3		≥3 et <9		≥9 et <14		≥14	
1/j au plus	14	5,2%	20	5,3%	14	4,4%	16	4,3%
2 à 10 fois/j	131	48,7%	175	46,8%	133	41,7%	139	37,7%
10 à 10 fois/j	84	31,2%	114	30,5%	117	36,7%	124	33,6%
Plus de 20 fois/j	40	14,9%	65	17,4%	55	17,2%	90	14,9%

Tableau 6 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association de la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux au score EDI-(rm)

$p = 0,0373$

4.3 Vérification de l'hypothèse 3 : association fréquence de comparaison/EDI-(ic) et (rm)

La fréquence de comparaison de l'apparence physique à celle des images affichées sur les réseaux sociaux est significativement associée au score EDI-(ic) (*Tableau 7*).

Ceci suggérant que plus les comparaisons concernant l'apparence physique sont fréquentes, plus l'insatisfaction corporelle est importante.

Le même résultat significatif est retrouvé avec l'EDI-(rm) (*Tableau 8*), suggérant que plus les comparaisons sont fréquentes, plus celles-ci sont associées à une plus forte recherche de la minceur.

Fréquence de comparaison du corps aux images des réseaux	EDI-Ic (Quartiles)							
	<6		≥6 et <12		≥12 et <18		≥18	
Jamais	16	5,7%	9	2,6%	5	1,4%	3	0,8%
Rarement	47	16,8%	26	7,5%	29	8,4%	12	3,3%
Parfois	102	36,4%	112	32,2%	71	20,5%	32	9,0%
Souvent	97	34,6%	137	39,4%	149	43,1%	140	39,2%
Toujours	18	6,4%	64	22,9%	92	26,6%	170	47,6%

Tableau 7 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association de la fréquence de comparaison aux images affichées sur les réseaux sociaux à l'EDI-(ic)

$p < 0,001$

Fréquence de comparaison du corps aux images des réseaux	EDI-Rm (Quartiles)							
	<3		≥3 et <9		≥9 et <14		≥14	
Jamais	17	6,3%	11	2,9%	2	0,6%	3	0,1%
Rarement	50	18,6%	41	11,0%	17	5,3%	6	1,6%
Parfois	105	39,0%	109	29,1%	68	21,3%	35	9,5%
Souvent	80	29,7%	150	40,1%	152	47,6%	141	38,2%
Toujours	17	6,3%	63	16,8%	80	25,1%	184	49,9%

Tableau 8 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association de la fréquence de comparaison aux images affichées sur les réseaux sociaux à l'EDI-(rm)

$p < 0,001$

4.4 Vérification de l'hypothèse 4 : Instagram comme réseau social influençant le plus négativement l'image corporelle

L'utilisation majoritaire du réseau social Instagram n'est pas significativement associée à une influence déclarée négative des images affichées sur l'image corporelle (*Tableau 9*).

Instagram ne semble pas avoir une influence plus volontiers négative que les autres réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle.

		Instagram comme réseau social le plus utilisé	
		Non	Oui
Influence négative des images des RS sur la perception de l'image corporelle	Non	19,2%	19,2%
	Oui	80,8%	80,8%

Tableau 9 : Analyse bivariée concernant l'association de l'utilisation d'Instagram comme réseau social principal à l'influence déclarée négative des réseaux sociaux sur l'image corporelle

$p = 0,994$

4.5 Vérification de l'hypothèse 5 : association degré de risque d'être atteint de TCA/EDI-(ic) et (rm)

Le degré de risque d'être atteint d'un TCA (estimé par le score de SCOFF) et le score EDI-(ic) sont significativement associés.

Il est ainsi suggéré que plus le risque d'être atteint d'un TCA est élevé (représenté par un score de SCOFF ≥ 2), plus l'insatisfaction corporelle est importante (*tableau 10*).

Degré de risque	EDI-Ic (Quartiles)							
	<6		≥ 6 et <12		≥ 12 et <18		≥ 18	
0	156	55,7%	121	34,8%	61	17,6%	33	9,2%
1	115	41,1%	193	55,5%	238	68,8%	221	61,9%
2	9	3,2%	34	9,8%	47	13,6%	103	28,9%

Tableau 10 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association du degré de risque d'être atteint de TCA avec le score EDI-(ic)

$p < 0,001$

Nous retrouvons également une association significative entre le degré de risque d'être atteint de TCA et le score EDI-(rm).

Il semble que plus le risque d'être atteint d'un TCA est élevé, plus il existe une recherche de la minceur (*Tableau 11*).

Degré de risque	EDI-Rm (Quartiles)							
	<3		≥ 3 et <9		≥ 9 et <14		≥ 14	
0	179	66,5%	134	35,8%	44	13,8%	14	3,8%
1	84	31,2%	221	59,1%	232	72,7%	230	62,3%
2	6	2,2%	19	5,1%	43	13,5%	125	33,9%

Tableau 11 : Analyse bivariée (test de Chi2) concernant l'association du degré de risque d'être atteint de TCA avec le score EDI-(rm)

$p < 0,001$

4.6 Vérification de l'hypothèse 6 : Sex ratio concernant l'insatisfaction corporelle et la recherche de la minceur en faveur des femmes

La recherche d'une prédominance féminine concernant l'insatisfaction corporelle et la recherche de la minceur a été effectuée par le biais d'analyses bivariées (test de Chi2) associant le sexe aux scores EDI-(ic) puis EDI-(rm).

Celles-ci retrouvent une association significative du sexe et du score EDI-(ic) ($p=0,003$), avec un score EDI-(ic) plus élevé chez les femmes comparativement aux hommes.

Les femmes semblent donc avoir plus d'insatisfaction quant à leur corps que les hommes.

Néanmoins, ceci n'est pas retrouvé concernant l'association du score EDI-(rm) au sexe, ceux-ci n'étant pas significativement associés ($p=0,05$).

Les femmes ne semblent pas avoir significativement plus de recherche de la minceur que les hommes.

5 Données qualitatives issues d'entretiens médicaux

Afin d'enrichir nos résultats de données qualitatives, nous avons interrogés quatre patients (dont 1 garçon) avec un diagnostic d'anorexie mentale.

Ces entretiens individuels ont été réalisés au sein de l'unité d'hospitalisation de jour en addictologie du CHU de Nantes, suite à la proposition, à l'information sur le cadre de l'étude et au recueil d'un consentement oral par un clinicien.

Des éléments d'anamnèse ont alors été recueillis (début des troubles, rencontre avec le réseau social, facteur déclenchant, entretien des troubles), la recherche d'antécédents familiaux, la nature de la prise en charge effectuée, des éléments cliniques.

Nous avons ensuite questionné leur utilisation des réseaux sociaux et le rôle que ceux-ci ont pu jouer dans la genèse de leur maladie.

Avec leur accord, nous avons pu enregistrer leurs témoignages, afin de retranscrire leurs paroles de manière précise.

Les cas cliniques sont consultables en *annexe 4*.

DISCUSSION

1 Concordances/discordances avec la littérature existante

Cette étude avait pour objectif l'étude de l'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle de ses utilisateurs, ainsi que son implication dans les troubles du comportement alimentaire.

La majorité des études qualitatives et expérimentales s'intéressant à ce phénomène a été réalisée dans des pays anglophones. Malgré qu'il soit retrouvé dans la littérature la notion de différences interculturelles, les études sont centrées sur les minorités ethniques anglo-américaines (46). Il manque donc à ce jour de données françaises.

Cette étude nous a permis d'établir un profil type de patients atteint de TCA qui diffère de celui des sujets à risque de TCA (degré de risque 1) et de celui des sujets représentant la population générale vierge de TCA (degré de risque 0).

Ce profil est le suivant : prédominance de femmes jeunes (moyenne d'âge de 23,1 ans), avec un IMC significativement plus bas que celui de l'échantillon population générale, une proportion plus importante de célibataires et un niveau d'étude plus bas.

Une interprétation pouvant être prêtée à la proportion plus importante de célibataires et au niveau d'étude plus bas est que ce constat peut être celui des conséquences de la maladie.

En effet, celle-ci peut entraîner un isolement social, un repli, un manque de confiance en soi et la difficulté d'aller vers l'autre pouvant être une des explications au statut de célibataire.

De même, le surinvestissement du corps et les préoccupations corporelles parfois obsédantes peuvent empêcher l'investissement d'un autre objet que soi.

Concernant le niveau d'étude, les hospitalisations ou, à moindre degré, les prises en charge ambulatoires (en hôpital de jour, en consultation) nécessitant un absentéisme scolaire ou professionnel peuvent être la cause d'un retard scolaire ou d'un désinvestissement professionnel.

Ces sujets présentent une plus forte insatisfaction corporelle et une recherche de la minceur plus importante. Leurs scores moyens à l'EDI-(ic) (17,6 ($\sigma=6,8$)) et EDI-(rm) (14,3 ($\sigma=4,5$)) sont significativement plus élevés que ceux retrouvés dans les deux autres degrés de risque.

Concernant leur usage des réseaux sociaux, nous retrouvons au sein de ce groupe un pourcentage de sujets plus important consultant les réseaux sociaux plus de vingt fois par jour avec un temps consacré pouvant aller jusqu'à plus de 5h par jour.

Nous retrouvons également une fréquence de comparaison aux images affichées sur les réseaux sociaux plus importante que celle des autres groupes.

Pour être en mesure d'interpréter l'IMC moyen de ce groupe (=21,1), il est indispensable de s'enquérir des différents types de TCA retrouvés dans l'étude.

En effet, parmi les 193 patients analysés, nous retrouvons une proportion majoritaire de diagnostic d'anorexie nerveuse de type restrictif (N=80 soit environ 41%) avec un IMC moyen de 18,08, qui diffère donc de celui retrouvé tous type de TCA confondus.

Le TCA retrouvé majoritairement après l'anorexie restrictive est l'hyperphagie boulimie (N=31 soit environ 16%) avec un IMC moyen de 27,1.

Nous retrouvons également 27 patients avec un diagnostic d'anorexie nerveuse de type purgatif (environ 14%) dont l'IMC moyen est plus élevé que celui retrouvé chez les anorexiques de type restrictif (19,95).

Le diagnostic de boulimie nerveuse représente une proportion de 12% environ (24 patients).

De façon moindre, 17 patients ont déclaré présenter un diagnostic d'« alternance anorexie-boulimie » (9 %), 8 patients (4%) celui d'« alternance anorexie-hyperphagie boulimie », 5 patients (2,5%) celui d'« EDNOS » (terme du DSM-IV remplacé par UFED dans le DSM-V, correspondant aux TCA non spécifiés), et enfin, une personne déclare une « anorexie de type restrictif ET purgatif » (*annexe 3.5*).

INFLUENCE NÉGATIVE DES RESEAUX SOCIAUX

Cette étude a permis de retrouver les résultats expérimentaux déjà obtenus dans les pays anglophones (55) (56) (57) (58) sur les effets négatifs de l'exposition aux images de minceur idéalisée sur l'insatisfaction corporelle.

En effet, les résultats montrent une association entre l'utilisation des réseaux sociaux (impliquant l'exposition à des images de minceur idéalisée) et l'existence d'une influence négative sur la perception de l'image corporelle.

FREQUENCE DE COMPARAISON

Elle a permis d'établir l'existence d'une association significative entre la fréquence de comparaison de l'apparence physique à celle des images affichées sur les réseaux sociaux et l'insatisfaction corporelle. La même association a été retrouvée avec la recherche de la minceur.

Ces résultats sont en accord avec la littérature qui a montré que plus les sujets comparent leur apparence physique à celle d'images idéalisées, plus ils en sont insatisfaits et recherchent la minceur (47) (48).

En accord avec la littérature existante, nous retrouvons que cette fréquence de comparaison est plus importante chez les sujets atteints de TCA comparativement aux autres (49)(50).

Leahey et ses collaborateurs ont étudié en 2011 (50) l'effet des comparaisons sociales ascendantes (c'est-à-dire une comparaison à un sujet ayant une apparence jugée meilleure que la sienne, selon la théorie des comparaisons de Festinger (7)) sur les affects.

Ils ont comparé cet effet chez plusieurs groupes, à savoir, un groupe de femmes atteintes d'un TCA et présentant une forte insatisfaction corporelle, un groupe de femmes contrôles ayant une forte insatisfaction corporelle et enfin, un groupe de 60 femmes contrôles ayant une faible insatisfaction corporelle et ont retrouvé que la comparaison sociale ascendante était plus déterminante pour le groupe pathologique avec une plus forte augmentation des affects négatifs.

INSATISFACTION CORPORELLE ET RECHERCHE DE LA MINCEUR

Nous retrouvons également une insatisfaction corporelle et une recherche de la minceur plus importantes chez les sujets atteints de TCA.

Ces résultats sont de nouveau en accord avec la littérature qui retrouve une insatisfaction corporelle significativement plus importante chez les patients souffrant de TCA comparativement aux sujets vierges de TCA (51) (52).

Une explication pouvant être donnée à cette insatisfaction corporelle plus importante réside dans le fait qu'il existe la plupart du temps chez les patients souffrants de TCA une perception erronée de leur image corporelle, notamment dans l'anorexie.

En effet, les patients anorexiques se perçoivent plus gros qu'ils ne le sont réellement. En particulier au niveau de zones du corps spécifiques (ventre, hanche, cuisses) sur lesquelles ils focalisent leur attention et nourrissent l'insatisfaction.

Ils auraient tendance à convoiter un idéal corporel plus mince que la population générale, générant une importante discordance entre ce qu'ils pensent être et ce qu'ils aimeraient être (53).

Il existe une recherche de la maigreur sans fin, telle une « quête éperdue d'un objet idéalisé » (54), ce qu'illustre bien les dires du patient que nous avons interrogé dans cette étude (*cas clinique 4*) : « je n'étais jamais assez bien », « je voyais toujours du gras même lorsque ressortaient mes côtes ».

FREQUENCE D'UTILISATION DES RESEAUX SOCIAUX

Selon les travaux de Tiggemann et al (59) (60) plus le temps passé sur les réseaux sociaux (Facebook notamment) est important, plus l'internalisation de l'idéal de minceur, les préoccupations corporelles et la recherche de la minceur sont importantes.

De plus, une étude française menée par Melioli et al (61) retrouve une association entre la fréquence d'utilisation d'Instagram et les symptômes d'insatisfaction corporelle et de recherche de la minceur.

En se basant sur ces travaux, nous avons fait l'hypothèse que la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux était significativement associée à une plus forte insatisfaction corporelle et une recherche de la minceur plus importante.

Contrairement à nos attentes, cette hypothèse n'a pas été vérifiée.

En effet, nous ne retrouvons pas de lien d'association entre la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux et l'insatisfaction corporelle ou la recherche de minceur.

A noter que dans l'étude française de Melioli et al mentionnée précédemment, les auteurs ont utilisé une échelle de cotation de la fréquence d'utilisation peu spécifique (de jamais à très souvent, sans notion d'un nombre de fois par jour), ce qui peut avoir favorisé le fait de retrouver une significativité.

Dans cette étude, comme dans la plupart ayant questionné le temps passé sur les réseaux sociaux et la fréquence d'utilisation, le recensement de la variable de temps est basé sur la déclaration des participants, impliquant un biais déclaratif.

Une piste à envisager pour de futures études est la création d'un système de tracking informatique qui permettrait d'obtenir une mesure du temps passé plus précise et plus objective.

INSTAGRAM

Facebook (93%) et Instagram (92,8%) sont les deux réseaux sociaux que possèdent la grande majorité des sujets de cette étude.

Ceci est en accord avec les statistiques retrouvés parmi une population d'adolescents et de jeunes adultes (Statista, 2019).

Facebook reste le réseau social le plus populaire. Néanmoins, son utilisation par les adolescents a diminué de 25% depuis 2011. Il semble qu'il soit déserté au profit d'Instagram et Snapchat (62).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Instagram est un réseau social particulièrement centré sur l'esthétique de la photographie et la promotion de l'image de soi.

Une étude, menée en 2017 par la Royal Society of Public Health (63), basée sur le recueil des déclarations de 1500 jeunes adultes anglais âgés de 14 à 24 ans, retrouve qu'Instagram est classé par ces jeunes comme le « pire réseau social pour la santé mentale ».

C'est pourquoi nous avons émis l'hypothèse qu'Instagram soit plus volontiers associé à une influence négative sur l'image corporelle des utilisateurs que ne le sont les autres réseaux sociaux.

Notre hypothèse n'a pas été confirmée.

En effet, il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant une influence plus négative de ce réseau social comparativement aux autres.

Initialement, les études étudiant l'influence des médias sociaux sur l'image corporelle utilisaient Facebook comme référence. Celles-ci sont donc plus nombreuses.

Néanmoins, de plus en plus d'études ont intégré Instagram dans leurs travaux (64) (61) (65) (66).

Cependant, à ce jour aucune d'entre-elles n'a recherché si Instagram pouvait être significativement plus pourvoyeur d'une influence négative sur l'image corporelle que celle retrouvée avec les autres réseaux sociaux.

PUBLICATION DE SELFIES

L'échantillon de cette étude a la particularité d'être composé d'un faible pourcentage de sujets déclarant poster des selfies.

Rigdway et al en 2018 (66), dans une étude concernant Instagram et la publication de selfies, retrouve que le niveau de satisfaction de l'image corporelle est associé à une augmentation de la publication de selfies.

Cette étude suggère que lorsque les utilisateurs sont satisfaits de leur image corporelle, ils auront plus volontiers tendance à poster des photographies d'eux-mêmes.

Ceci mérite d'être considéré pour expliquer le faible pourcentage de sujets publiant des selfies dans cette étude. Le niveau plus élevé d'insatisfaction corporelle pourrait expliquer le taux d'abstention concernant la promotion de l'image de soi.

Les données qualitatives recueillies dans cette étude, provenant de patients anorexiques ayant accepté de se prêter à des entretiens médicaux viennent appuyer cette interprétation.

En effet, l'une des patientes déclare ne pas poster de selfies car elle serait alors « trop obnubilée par le nombre de « J'aime » et de commentaires », dans une recherche de validation.

Un autre déclare « avoir du mal à accepter son image corporelle » et ainsi ne pas vouloir publier des photographies de lui.

DIFFÉRENCE HOMME-FEMME

Nous avons émis l'hypothèse que les femmes étaient plus insatisfaites de leur apparence et plus à la recherche de la minceur que les hommes.

Nos résultats ont validé cette hypothèse en ce qui concerne l'insatisfaction corporelle mais pas la recherche de la minceur.

En effet, nous avons retrouvé une prédominance féminine concernant l'insatisfaction corporelle.

Il semblerait que les femmes expérimentent plus d'insatisfaction quant à leur apparence.

En revanche, les résultats suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative entre ces deux genres concernant la recherche de la minceur.

Ces observations sont à pondérer avec le faible taux de participation des hommes dans cette étude (2,3%).

Pour faire le parallèle avec ce qui est retrouvé dans la littérature, il est à considérer que la plupart des études traitant de ce sujet incluent uniquement des femmes. Il y a donc peu de données masculines disponibles.

Une étude de Thompson et al (11) incluant des sujets utilisateurs de Facebook confirme la prédominance féminine concernant l'insatisfaction corporelle.

Les autres études incluant hommes et femmes semblent ne pas retrouver cette prédominance (67) (39).

2 Limites de l'étude

2.1 Présence de biais

Cette étude présente plusieurs limites statistiques.

Un des biais que nous devons évoquer concernant cette étude est le fait que nous retrouvons une différence significative dans la distribution des trois groupes selon les variables

sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, situation conjugale). En effet, il existe des disparités sur ces variables.

Toutefois, malgré ce *biais de mesure*, nous avons effectué les tests statistiques en comparant ces trois groupes, au risque de perdre en validité scientifique.

Les résultats significatifs retrouvés dans cette étude sont donc à nuancer par le fait que les trois groupes n'ont pas une distribution semblable sur les variables citées ci-dessus.

Plusieurs explications sont possibles pour justifier de cette différence de distribution.

Tout d'abord, nous devons évoquer l'existence d'un *biais de sélection*.

En effet, le mode de recrutement de la population générale via les réseaux sociaux entraîne plus volontiers une sélection d'une certaine classe d'âge et d'un certain niveau d'étude.

De plus, comme nous l'avons mentionné avec le profil type de patient TCA que nous avons établi, ces sujets diffèrent de la population générale que nous avons recrutée.

Il semble y avoir dans le groupe TCA une proportion plus importante de femmes, plus jeunes, plus souvent célibataires, et moins avancée dans les études, ce qui est en accord avec la littérature existante concernant l'épidémiologie des TCA (18).

Un autre *biais de sélection* à évoquer et que nous n'avons pu contrôler est la possibilité que des patients atteints de TCA aient rempli le questionnaire population générale (qui se distingue par l'absence de la question « quel est le trouble alimentaire dont vous souffrez ? ») en l'apercevant sur les réseaux sociaux, sans savoir qu'il en existait un destiné aux patients.

2.2 Extrapolation à la population générale

Le *biais de sélection* mentionné précédemment concernant le recrutement via les réseaux sociaux des sujets non atteints de TCA entraîne une difficulté d'extrapolation de cet échantillon à des sujets d'une population générale sans TCA.

En effet, le recrutement par les réseaux sociaux et les affiches placées dans des salles de sport, sélectionnent un certain type d'individus, susceptibles d'avoir davantage de préoccupations corporelles.

De plus, deux des critères d'inclusion principaux étaient d'« avoir un compte Facebook et/ou Instagram utilisé quotidiennement » et « d'être exposé régulièrement à des images et des vidéos faisant la promotion d'une image corporelle idéalisée ».

Ainsi, ces sujets, bien que n'ayant pas de diagnostic de TCA sont potentiellement plus disposés à surveiller leur poids et à être influencés par l'idéal de minceur affiché sur les réseaux sociaux.

Rappelons que nous avons retrouvé un effectif de 767 sujets (sur les 1331) ayant un SCOFF + (degré de risque 1), et donc un possible TCA.

Ceci représente une proportion importante de sujets qui nécessiteraient potentiellement une prise en charge médicale.

A noter qu'un IMC normal n'est pas un critère qui doit limiter l'indication d'une prise en charge. Le trouble est souvent peu visible et sa gravité peut être difficile à reconnaître, y compris par les professionnels de santé. Il est important de se concentrer sur le comportement alimentaire et sur les conséquences psychologiques et sociales.

Le même *biais de sélection* s'applique concernant le recrutement des patients atteints de TCA via les professionnels de santé.

En effet, l'IMC moyen de 21,1 retrouvé tous types de TCA confondus (avec un IMC moyen de 18,08 pour les patientes avec un diagnostic d'anorexie de type restrictif qui est le plus représenté) nous conduit à émettre l'hypothèse que les patients ayant répondu à ce questionnaire sont des patients relativement stabilisés, et non pas en phase aigüe de la maladie. Ceci peut s'observer à la lumière de l'écart de poids déclaré entre le poids minimal à la taille actuelle et le poids actuel (exemple : 37 kg pour 1m72 vs poids actuel de 53 kg, *cf cas clinique 4*).

Ces patients composant notre échantillon sont donc peu extrapolables à une population de patients TCA qui seraient à un stade différent de la maladie ou qui n'auraient pas une utilisation des réseaux sociaux telle que requise dans les critères d'inclusion.

De plus, nous n'avons pas d'informations sur les différents lieux de soins où ont été recrutés ces patients (hôpitaux de jour d'addictologie, service d'hospitalisation complète, médecine générale, milieu scolaire...), ce qui est un bon indicateur indirect du niveau de gravité de leur maladie.

Concernant la ville de Nantes, ville d'origine de cette étude, le recrutement des patients en milieu hospitalier s'est fait dans une unité d'hôpital de jour spécialisé dans les TCA ainsi que dans une unité d'hospitalisation pour patients anorexiques, au sein desquelles une présentation orale sur les objectifs de l'étude a pu être faite. Le recrutement concernant d'autres structures de soins que celles-ci à Nantes n'est pas connu avec certitude.

Enfin, l'âge moyen du groupe TCA est de 21 ans. Rappelons que la tranche d'âge associée à la plus grande prévalence de l'anorexie mentale est de 15-19 ans.

Le manque de représentation de cette tranche d'âge est peut-être dû à la difficulté d'accès à ces patients, de par le stade de leur maladie potentiellement plus aigu, entraînant le manque de disponibilité psychique pour répondre à un questionnaire ou pour prendre du recul sur leurs troubles.

2.3 Non évaluation de l'environnement relationnel et des comorbidités

Etablir ainsi un profil de patients atteint de TCA différent de celui des deux autres groupes nous permet d'introduire la notion que tous les sujets ne présentent pas le même niveau de vulnérabilité à l'exposition aux réseaux sociaux et au développement de TCA et que celui-ci est multifactoriel.

En effet, si certaines études ont mis en évidence un lien entre l'utilisation des réseaux sociaux et les symptômes de TCA (58) (64) (68), il existe des facteurs de risque et protecteurs impliqués dans cette relation.

Si une majorité d'individu est exposée à ces images et contenus, seule une partie développe des TCA. Cette relation est médiée par l'environnement et les interactions avec les pairs (69).

Bien que les préoccupations des adolescents (et jeune adultes) envers leur poids, le regard des autres et l'injonction perçue à être mince soient significativement liées à des comportements de contrôle du poids (70), les attentes des proches et des pairs peuvent, dans une certaine mesure, atténuer ou amplifier cette pression des médias vers un idéal de minceur.

Il est donc indispensable de prendre en compte l'environnement socioculturel d'un individu pour expliquer son rapport à l'image du corps.

En effet, les déterminants sociaux sont des facteurs à part entière qui peuvent faciliter ou entraver le développement de conduites alimentaires pathologiques, à savoir : les habitudes alimentaires au sein du contexte familial, l'éducation nutritionnelle, les disponibilités alimentaires du pays de résidence, le milieu professionnel et notamment l'impact du rythme de travail sur l'équilibre alimentaire.

Lee en 1996 (71) caractérise les troubles alimentaires comme « *syndromes liés à la culture* » occidentale (de l'anglais, *western « culture-bound syndrom », CBS*).

Comme mentionné précédemment, l'étiologie des TCA est de type multifactoriel.

Le comportement alimentaire dépend de facteurs de nature biologique (génétiques, biochimiques avec déséquilibre des neurotransmetteurs, notamment hyperfonctionnement sérotoninergique dans l'anorexie mentale), psychologiques individuels (manifestations anxieuses ou dépressives précoces, impulsivité, perfectionnisme, faible estime de soi), en étroite interaction avec des facteurs environnementaux, familiaux et socioculturels (famille, pressions sociales, milieu d'appartenance). Parmi ceux-ci, existe des facteurs prédisposants, des facteurs précipitants et des facteurs pérennisant l'anorexie mentale (72).

Il manque donc à cette étude la dimension biopsychosociale qui caractérise le développement d'un TCA, ainsi que la prise en compte d'éventuelles comorbidités psychiatriques de type anxiété, dépression, trouble obsessionnel compulsif, addictions (alcool, substances) et troubles de personnalité.

Ces dernières compliquant la prise en charge.

2.4 Futures directions

Le fait que cette étude soit une étude exploratoire implique que les analyses soient transversales. Elle permet donc uniquement d'établir des liens corrélationnels sans une possibilité d'affirmer la causalité des différentes variables.

De ce fait, les associations relevées permettent de mieux comprendre comment les différents phénomènes sociaux sont corrélés et évoluent ensemble, mais il n'est pas possible à ce jour de statuer sur la direction des liens.

Il n'est alors pas possible de déterminer si c'est la comparaison de l'apparence physique avec celle des images affichées sur les réseaux sociaux qui mène les sujets à être insatisfaits de leur apparence ou à ressentir le besoin de perdre du poids ou si la relation est bidirectionnelle.

En effet, il est possible que les sujets qui ont déjà une insatisfaction corporelle importante aient davantage tendance à comparer leur apparence avec celles des pairs et des célébrités sur les réseaux sociaux, ce qui pourrait majorer leur insatisfaction corporelle.

Ce constat introduit la nécessité de plus d'études expérimentales et longitudinales pour pouvoir affirmer le lien de cause à effet.

De plus, bien que nous n'ayons pas réussi à mettre en évidence une influence significativement plus négative d'Instagram sur la perception de l'image corporelle comparativement aux autres réseaux sociaux, les résultats de cette étude mettent en perspective le fait qu'il existe un manque de données empiriques concernant la recherche d'une différence d'influence des différents réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle.

Si les femmes sont globalement plus touchées par les TCA, la recherche récente suggère une prévalence de l'anorexie masculine plus élevée que ce qui a été décrit auparavant (18).

La proportion de TCA concernant les sujets de sexe masculin se situerait entre 10 et 25% mais hormis certaines catégories professionnelles spécifiques (notamment les athlètes), ces troubles sont souvent sous diagnostiqués (73).

Il semble important de poursuivre les travaux de recherche concernant ce type de population (en milieu clinique comme dans la population générale non traitée) afin d'amener à une prise de conscience de l'existence des TCA chez les hommes, autant chez les professionnels de santé qui peuvent ne pas les repérer, que chez les concernés qui sont peu informés de l'existence de tels troubles chez les hommes.

Ceci a été parfaitement illustré par les paroles du patient de sexe masculin interrogé dans cette étude : « on ne se dit pas que l'anorexie masculine existe », avec le retard de prise en charge que cela implique.

3 Bénéfices à utiliser les réseaux sociaux

3.1 Projet ANAMIA

Les sites « pro-ana » sont des espaces en ligne conçus et gérés par les internautes pour parler des TCA.

Les contributeurs de ces sites web et forums documentent leur quotidien marqué par leur rapport problématique au corps et à la nourriture. Ils se servent de textes, vidéos et images pour illustrer leur vécu. Certains peuvent aller jusqu'à décrire leurs crises, leurs vomissements, leurs envies d'un corps filiforme inspiré par les photos de célébrités retouchées et amincies (« thinspiration ») (74).

Ceux-ci sont accusés d'inspirer à la maigreur extrême (prenons l'apologie du « thigh gap ») et de prôner l'anorexie (« pro-ana »).

Ils font l'objet, depuis les années 2000 de polémiques amplifiées par les médias, de telle sorte que les pouvoirs publics ont essayé à plusieurs reprises de mettre en place des mesures législatives répressives (en France en 2015 et 2018 notamment).

Il a été impossible, pendant longtemps d'obtenir des données de qualité sur la fréquentation des sites web portant sur l'anorexie, la boulimie et les autres troubles des conduites alimentaires dont les contenus sont souvent cachés pour contourner la censure.

En 2010, débute le projet ANAMIA (selon le langage internet, « Ana » et « Mia » désignent l'anorexie et la boulimie), financé par l'agence nationale de la recherche (ANR), qui se propose d'avancer dans les connaissances des communautés des TCA sur le web. Il durera environ 5 ans.

Il a été conduit par deux sociologues, enseignants-chercheurs, Antonio Casili et Paola Tubaro, avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire de chercheurs en France et au Royaume-Uni.

L'étude ANAMIA est la première à permettre une analyse de l'entourage social, des pratiques alimentaires et des usages numériques de personnes atteintes de ces troubles. Elle a articulé des outils classiques de l'enquête sociologique (questionnaires, interviews) avec des méthodes innovantes (cartographies de réseaux, simulation multi-agents, visualisations interactives de données) et a permis de comptabiliser entre 557 et 667 sites et blogs en français sur les TCA répertoriés entre 2010 et 2014 (auxquels s'ajoute les groupes sur les réseaux sociaux (Instagram, Facebook).

Les résultats principaux du projet viennent remettre en question plusieurs idées reçues en avançant que la valorisation de la maigreur est loin d'être centrale.

Il semblerait que l'apologie de l'anorexie ne représente pas la totalité des pratiques dans ces communautés : « il n'y a pas d'apologie de la maigreur, ces communautés se régulent entre-elles, il y a même des controverses », explique A. Casili.

Les auteurs soutiennent que ces sites peuvent devenir un complément de sociabilité pour leurs membres, des lieux où ils construisent des réseaux de solidarité pour accéder à des formes de soutien et d'entraide qui ne seraient pas disponibles autrement, et qui s'ajoutent à l'offre de soins proposée par les systèmes de santé : « ils trouvent dans ces plateformes des espaces de parole, en étant compris sans être jugés », souligne P. Tubaro.

Ils réfutent la croyance selon laquelle les personnes atteintes de TCA refusent systématiquement les soins mais avancent qu'au contraire, ils recherchent une complémentarité avec le système médical en introduisant la notion de manque de moyens concernant le nombre de prises en charge

nécessaires, et notamment dans les zones de déserts médicaux. Ils évoquent un « désinvestissement de l'Etat », une défaillance de la réponse publique.

Les sites qualifiés de « pro-ana » prendraient donc la forme de réseaux d'entraide et d'information, dans un effort de combattre l'isolement et de pallier aux manques ressentis des services de soins.

Ils seraient un prisme par lequel appréhender des enjeux comme l'obsession de l'image du corps, le rapport à l'autorité médicale (74).

Le livre « le phénomène « pro-ana » : troubles alimentaires et réseaux sociaux », publié en 2016, dans lequel les auteurs retranscrivent les résultats du projet ANAMIA, est illustré par des données qualitatives provenant de témoignages de sujets souffrant de TCA.

Certains viennent valider leurs propos en décrivant les groupes « Ana Mia » comme un espace de parole avec des personnes qui peuvent les comprendre, comme pour « briser la solitude ». Ce même espace qu'ils n'ont pas ailleurs devant les choses semblant « invouables » qu'ils peuvent enfin déverser avec leurs semblables.

Des recherches récentes pointent le potentiel de construction d'une identité et de reconstitution d'une vie sociale qui peut être associé aux communautés internet centrées sur les TCA (75).

Certains peuvent dire que ces groupes ont été une prise de conscience du fait que ce qu'ils vivaient était bien une maladie et qu'elle devait être prise en charge, se dirigeant ainsi vers des soins. D'autres y voient l'espoir d'un après la maladie.

Malgré ce constat positif et la déstigmatisation des groupes « pro-ana » qu'a permis les travaux de Casili et Tubaro, il est important de nuancer leurs propos.

En effet, les contenus typiques identifiés dans ces groupes, à savoir : des conseils pour maigrir, des ruses pour cacher ses pratiques à ses proches, des liens vers des compléments alimentaires, des portraits de jeunes hommes et femmes témoignant de leurs attitudes contradictoires face à leur amaigrissement (vécu autant comme une aggravation de leur état de santé que comme un « progrès » dans leur quête d'une perfection inatteignable), peuvent entretenir, voire aggraver la maladie.

Un autre risque, décrit par Casili, est celui d'attirer des utilisateurs non avertis, vulnérables qui, exposés à ces images de corps très minces et à ce « fantasme de la performance ininterrompue du jeûne », développeraient alors un intérêt pour ces pratiques et pour la maîtrise du corps qu'elles entraînent.

Deux des participantes ayant été interrogées dans cette étude décrivent les groupes « pro-ana » comme un lieu où elles ont pu se rendre compte qu'il n'était « pas si dur de maigrir », en s'enquérant

des pratiques et des conseils décrits sur ces sites.

Comme souvent, il s'agit de trouver le bon équilibre entre les effets bénéfiques et néfastes de ces groupes en pouvant les évaluer avec recul et objectivité et en apportant aux personnes concernées les informations nécessaires.

3.2 Déclarations des participants

Afin d'introduire une ouverture sur l'existence de bénéfices à utiliser les réseaux sociaux, nous avons inséré dans les questionnaires deux items (67 et 68 pour celui de la population générale et 68 et 69 pour celui des TCA) concernant la présence de bénéfices et si oui, la nature de ceux-ci.

Parmi les patients avec un diagnostic de TCA, 76% des participants ont répondu « oui » à la question interrogeant la présence de bénéfices.

La majorité des sujets a identifié comme bénéfice le fait de « pouvoir échanger avec des personnes ayant la même pathologie ». Ensuite est revenue l'idée de se servir des réseaux sociaux pour « trouver de la motivation pour combattre la maladie », « obtenir des conseils sur l'alimentation », « relativiser les préoccupations concernant l'apparence physique » et enfin celle d'« obtenir des informations médicales ».

Concernant la population générale (degré de risque 0 et 1 confondus), 60% des participants ont répondu « oui » à la question.

La majorité a identifié comme bénéfice le fait d'obtenir des « conseils sur l'alimentation ».

Les bénéfices suivants ont également été partagés par la plupart des sujets : « pouvoir échanger avec des personnes ayant les mêmes préoccupations alimentaires et corporelles » et « relativiser les préoccupations concernant l'apparence physique ».

Une plus petite proportion a répondu l'obtention « d'informations médicales ».

Quelques bénéfices isolés ont été rapportés par les participants : « motivation sportive », « inspiration nutrition », « body positive », « relativiser le modèle de beauté auprès de mes amis », « divertissement ».

Toutefois, l'interprétation de ces résultats est à nuancer par le fait que les propositions composant la question des bénéfices étaient pré-écrites, entraînant donc un risque d'induire les réponses.

Les participants avaient néanmoins la possibilité d'ajouter des propositions, ce qui a été fait par certains sujets de la population générale, mais pas par les patients TCA.

4 Pistes d'amélioration

Afin d'établir une ouverture vers des pistes d'amélioration visant à réduire l'effet de l'exposition quotidienne à des images corporelles idéalisées sur la perception de l'image corporelle, nous avons demandé aux participants durant les entretiens de nous restituer quelques pistes de solutions pouvant être envisagées.

Quelques idées ont été partagées par la majorité. Ces pistes de réflexion illustrent l'idée d'une responsabilité individuelle quant à l'utilisation des réseaux sociaux.

Elle se manifeste par plusieurs actions possibles :

- Arrêter de suivre des comptes qui incitent aux comparaisons et majorent l'insatisfaction corporelle ;
- passer moins de temps sur les réseaux sociaux ;
- Limiter l'usage de filtres ;
- Suivre des comptes prônant l'acceptation de soi (« bodypositive ») et s'en inspirer ;
- Suivre des comptes non axés sur l'apparence physique, aidant ainsi à se décentrer des préoccupations corporelles (exemple d'une des patientes interrogées qui suit sur Instagram des comptes sur l'écologie qui est un de ses centres d'intérêt qu'elle développe par ce mode d'information).

Une patiente interrogée a également développé la pensée suivante « il devrait y avoir plus de diversité corporelle dans les médias, ceci éviterait de devoir apprendre à déconstruire une image idéale qu'on s'est faite depuis toujours » faisant référence à la notion d'internalisation d'un idéal de minceur.

4.1 Education aux médias

Plusieurs études ont identifié l'éducation aux médias comme un facteur protecteur dans la relation entre l'exposition aux médias, l'internalisation d'un idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle (61) (76) (77).

L'éducation aux médias, l'aptitude à développer un esprit critique face aux images idéalisées réduirait l'internalisation de l'idéal de minceur (77).

Des politiques d'éducation aux médias gagneraient à être davantage mises en place dans les établissements scolaires, en visant majoritairement les adolescents, tant cette période est marquée par de nombreux changements physiques entraînant une vulnérabilité plus importante à l'insatisfaction corporelle.

Ainsi, il serait possible d'éduquer les adolescents sur le caractère peu réaliste des images affichées dans les médias, sociaux ou traditionnels.

L'éducation aux médias peut également être intégrée comme un des axes thérapeutiques possible dans la prise en charge des patients atteints de TCA.

CONCLUSION

Les mécanismes de comparaisons sociales et d'internalisation des normes sociales sont considérés comme les médiateurs principaux de l'insatisfaction corporelle (36) (78) qui a été identifiée comme facteur de risque d'apparition et d'installation de TCA (36).

Cette étude exploratoire avait pour objectif l'étude de l'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle via l'exposition quotidienne à des images idéalisées.

Il semble que l'utilisation des réseaux sociaux soit associée à une influence négative sur l'image corporelle des utilisateurs.

Les patients souffrant de TCA semblent être plus vulnérables à cette influence négative.

Les résultats de cette étude sont enrichis par des données qualitatives issues de témoignages de patients souffrant d'anorexie mentale.

Ainsi, grâce à ces témoignages, nous pouvons conclure qu'il semble que les réseaux sociaux soient identifiés comme facteur précipitant de la maladie sur un terrain sous-jacent fragile, et comme facteur d'entretien ou pérennisant des troubles via les mécanismes de comparaisons sociales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schilder P. The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche. Psychology Press; 1999. 372 p.
2. Touzé J. L'image du corps : des origines du concept à son usage actuel. CHAMP PSYCHOSOMATIQUE. 1996;(7 vol 37):23-37.
3. Grogan S. Body Image : Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children, Third Edition, 2017
4. Pope HG, Olivardia R, Phillips KA. The Adonis Complex: How to Identify, Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys. Free Press; 2002. 304 p.
5. Myers TA, Crowther JH. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. Journal of Abnormal Psychology. 2009;118(4):683-98.
6. Dittmar H, Howard S. Thin-Ideal Internalization and Social Comparison Tendency as Moderators of Media Models' Impact on Women's Body-Focused Anxiety. Journal of Social and Clinical Psychology. 2004;23(6):768-91.
7. Festinger L., 1954. A Theory of Social Comparison Processes: Human Relations 7, 117-140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
8. Pariser E., 2011. Filter Bubble: What the Internet Is Hiding from You
9. Cardon D., 2015. À quoi rêvent les algorithmes ? Nos vies à l'heure du big data. Sociologie; Vol. 9(3):339-41.
10. Strahan EJ, Wilson AE, Cressman KE, Buote VM. Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. Body Image. sept 2006;3(3):211-27.
11. Thompson SH, Loughheed E. Frazzled by Facebook? An Exploratory Study of Gender Differences in Social Network Communication among Undergraduate Men and Women. College Student Journal. mars 2012;46(1):88-98.
12. Fredrickson BL, Roberts T-A. Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks: Psychology of Women Quarterly, 1997, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
13. Murnen S, Don B. Body Image and Gender Roles. In: Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. 2012. p. 128-34.
14. DSM5, 2013. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm5>
15. Léonard T, Foulon C, Guelfi J-D. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. /data/traites/ps/37-28843/ [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/30759>
16. Rousselet M., Rocher B., Lambert S., Chaillous L., Vénisse J.-L., 2012. La prise en charge des troubles du comportement alimentaire : Management of patients with eating disorders.

17. Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* janv 2014;22(1):39-44.
18. Roux H, Chapelon E, Godart N. [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. *Encephale.* 2013;39(2):85-93.
19. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* déc 1997;38(6):548-57.
20. Slaughter JR, Sun AM. In Pursuit of Perfection: A Primary Care Physician's Guide to Body Dysmorphic Disorder. *AFP.* 15 oct 1999;60(6):1738.
21. Silverstein B, Perdue L, Peterson B, Kelly E. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles.* mai 1986;14(9-10):519-32.
22. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics.* janv 2001;107(1):54-60.
23. Duggan M., Demographics of Social Media Users in 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.pewresearch.org/internet/2015/08/19/the-demographics-of-social-media-users/>
24. Korff-Sausse S. Selfies : narcissisme ou autoportrait ? *Adolescence.* 7 nov 2016;T.34 n° 3(3):623-32.
25. Gergely G, Watson JS. Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model. In: *Early social cognition: Understanding others in the first months of life.* Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998. p. 101-36.
26. Kuss DJ, Griffiths MD. Online Social Networking and Addiction—A Review of the Psychological Literature. *Int J Environ Res Public Health.* sept 2011;8(9):3528-52.
27. Balakrishnan J, Griffiths MD. Social media addiction: What is the role of content in YouTube? In: *Journal of behavioral addictions.* 2017.
28. Balakrishnan J, Griffiths MD. An Exploratory Study of “Selfitis” and the Development of the Selfitis Behavior Scale. *Int J Ment Health Addiction.* 1 juin 2018;16(3):722-36.
29. Lamba H, Bharadhwaj V, Vachher M, Agarwal D, Arora M, Kumaraguru P. Me, Myself and My Killfie: Characterizing and Preventing Selfie Deaths. [Internet]. 11 nov 2016; Disponible sur: <http://arxiv.org/abs/1611.01911>
30. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH, Masters J. Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *Int J Eat Disord.* déc 2015;48(8):1132-40.
31. Paxton SJ, Wertheim EH, Gibbons K, Szmukler GI, Hillier L, Petrovich JL. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *J Youth Adolesc.* juin 1991;20(3):361-79.

32. Rosen JC, Gross J. Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*. 1987;6(2):131-47.
33. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. xii, 396.
34. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health*. août 2006;39(2):244-51.
35. Stice E, Whitenton K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*. 2002;38(5):669-78.
36. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. nov 2002;53(5):985-93.
37. Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing. A causal analysis. *Am Psychol*. févr 1985;40(2):193-201.
38. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*. nov 1999;153(11):1184-9.
39. de Vries DA, Peter J, de Graaf H, Nikken P. Adolescents' Social Network Site Use, Peer Appearance-Related Feedback, and Body Dissatisfaction: Testing a Mediation Model. *J Youth Adolescence*. 1 janv 2016;45(1):211-24.
40. Fardouly J, Diedrichs PC, Vartanian LR, Halliwell E. The Mediating Role of Appearance Comparisons in the Relationship Between Media Usage and Self-Objectification in Young Women. *Psychology of Women Quarterly*. déc 2015;39(4):447-57.
41. O'Dea JA, Caputi P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Educ Res*. 1 oct 2001;16(5):521-32.
42. Talbot N, Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3e édition)*. Montréal, Québec : Chenelière éducation. rse. 2017;43(1):264-5.
43. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr*. avr 2011;30(2):178-81.
44. Garner DM. *Eating disorder inventory-2: professional manual*. Odessa, Fla. (P.O. Box 998, Odessa 33556): Psychological Assessment Resources; 1991.
45. Paul J. Réseaux sociaux et image corporelle, 2018 Disponible sur: <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/38296>
46. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. juin 2001;21(4):521-51.

47. Brown Z, Tiggemann M. Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body Image*. déc 2016;19:37-43.
48. Ho S, Lee E, Liao Y. Social Network Sites, Friends, and Celebrities: The Roles of Social Comparison and Celebrity Involvement in Adolescents Body Image Dissatisfaction. *Social Media + Society*. 16 août 2016;2.
49. Hamel AE, Zaitsoff SL, Taylor A, Menna R, Le Grange D. Body-Related Social Comparison and Disordered Eating among Adolescent Females with an Eating Disorder, Depressive Disorder, and Healthy Controls. *Nutrients*. 11 sept 2012;4(9):1260-72.
50. Leahey TM, Crowther JH, Ciesla JA. An ecological momentary assessment of the effects of weight and shape social comparisons on women with eating pathology, high body dissatisfaction, and low body dissatisfaction. *Behav Ther*. juin 2011;42(2):197-210.
51. Skrzypek S, Wehmeier PM, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1 déc 2001;10(4):215-21.
52. Garner. Garner, D. M. (2002). Measurement of eating disorder psychopathology. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed. pp. 141 – 146). New York: Guilford Press. In.
53. Moscone A-L. Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées. *Psychologie*. Université Paris Sud - Paris XI, 2013.
54. Henniaux M. Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires. *L'information psychiatrique*. 2009;Volume 85(1):35-41.
55. Stice E, Shaw HE. Adverse Effects of the Media Portrayed Thin-Ideal on Women and Linkages to Bulimic Symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1 sept 1994;13(3):288-308.
56. Halliwell E, Dittmar H, Howe J. The impact of advertisements featuring ultra-thin or average-size models on women with a history of eating disorders. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2005;15(5):406-13.
57. Tiggemann M, Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(6):630-3.
58. de Vries DA, Peter J. Women on display: The effect of portraying the self online on women's self-objectification. *Computers in Human Behavior*. 1 juill 2013;29(4):1483-9.
59. Tiggemann M, Miller J. The Internet and Adolescent Girls' Weight Satisfaction and Drive for Thinness. *Sex Roles*. 1 juill 2010;63(1):79-90.
60. Tiggemann M, Slater A. NetTweens: The Internet and Body Image Concerns in Preteenage Girls. *The Journal of Early Adolescence*. 1 juin 2014;34(5):606-20.
61. Melioli T, Gonzalez N, El Jazouli Y, Valla A, Girard M, Chabrol H, et al. Utilisation d'Instagram, aptitude à critiquer les médias et symptômes de troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes : une étude exploratoire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2018;28(4):196-203.

62. Richter F. Millions of Teens Have Abandoned Facebook since 2011 [Internet]. Disponible sur: <https://www.statista.com/chart/1789/facebook-s-teenager-problem/>
63. Royal Society of Public Health, 2017. #StatusofMind [Internet]. Disponible sur: <https://www.rsph.org.uk/our-work/campaigns/status-of-mind.html>
64. Fardouly J, Willburger B, Vartanian LR. Instagram use and young women's body image concerns and self-objectification: testing mediational pathways. *New Media and Society*. 1 avr 2018;20(4):1380-95.
65. Lup K, Trub L, Rosenthal L. Instagram #Instasad?: Exploring Associations Among Instagram Use, Depressive Symptoms, Negative Social Comparison, and Strangers Followed. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 1 mai 2015;18(5):247-52.
66. Ridgway JL, Clayton RB. Instagram Unfiltered: Exploring Associations of Body Image Satisfaction, Instagram #Selfie Posting, and Negative Romantic Relationship Outcomes. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 1 janv 2016;19(1):2-7.
67. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolescence*. 1 avr 2006;35(2):217-29.
68. Rodgers RF, Melioli T. The Relationship Between Body Image Concerns, Eating Disorders and Internet Use, Part I: A Review of Empirical Support. *Adolescent Res Rev*. 1 juin 2016;1(2):95-119.
69. Paquette M-C, Raine K. Sociocultural context of women's body image. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2004;59(5):1047-58.
70. Mackey ER, La Greca AM. Adolescents' eating, exercise, and weight control behaviors: does peer crowd affiliation play a role? *J Pediatr Psychol*. févr 2007;32(1):13-23.
71. Lee S. Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome. *Social Science & Medicine*. 1 janv 1996;42(1):21-34.
72. Inserm, Godart N. Anorexie mentale - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
73. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord*. 2012;20(5):346-55.
74. Casili A., Tubaro P., 2016. Le phénomène « pro ana » : troubles alimentaires et réseaux sociaux - Disponible sur: <https://www.placedeslibraires.fr/livre/9782356713858-le-phenomene-pro-ana-troubles-alimentaires-et-reseaux-sociaux-antonio-a-casilli-paola-tubaro/>
75. Yeshua-Katz D, Martins N. Communicating stigma: the pro-ana paradox. *Health Commun*. 2013;28(5):499-508.
76. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention. *Body Image*. 1 juin 2013;10(3):282-9.

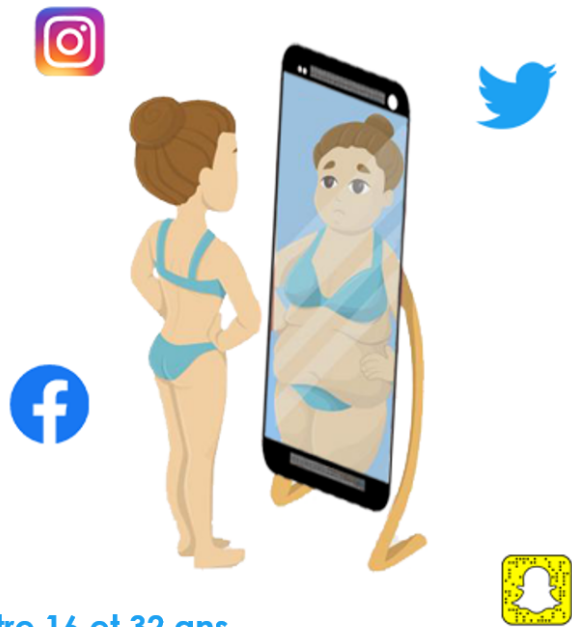
77. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. Does Media Literacy Mitigate Risk for Reduced Body Satisfaction Following Exposure to Thin-Ideal Media? *J Youth Adolescence*. 1 août 2016;45(8):1678-95.
78. Rodgers R, Chabrol H. L'impact de l'exposition à des images de minceur idéalisée sur l'insatisfaction corporelle chez des jeunes femmes françaises et italiennes. *L'Encéphale*. 1 juin 2009;35(3):262-8.
79. Pope, H.G., Katz, D.L., Hudson, J.I., 1993. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry* 34, 406–409. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)

ANNEXES

Annexe 1 : Affiches de recrutement

Recherche sur l'influence des réseaux sociaux sur la dysmorphophobie

*Dans le cadre de la thèse en médecine de Barbara JIOTSA,
interne en psychiatrie au CHU de Nantes
Sous la direction du Dr Rocher et du Pr Grall-Bronnec*



SI VOUS :

- Avez entre 16 et 32 ans
- Souffrez d'un trouble du comportement alimentaire
- Avez un compte Facebook et/ou Instagram (que vous utilisez quotidiennement)
- Êtes exposés régulièrement à des images et des vidéos faisant la promotion d'une image corporelle idéalisée

Je vous invite à participer à un questionnaire en ligne

<https://forms.gle/Pe4PD6cm3JbjyGTP6>

Vous pouvez aussi scanner ce QR code →



L'objectif de cette recherche est de comprendre et d'analyser
l'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image
corporelle de leurs utilisateurs

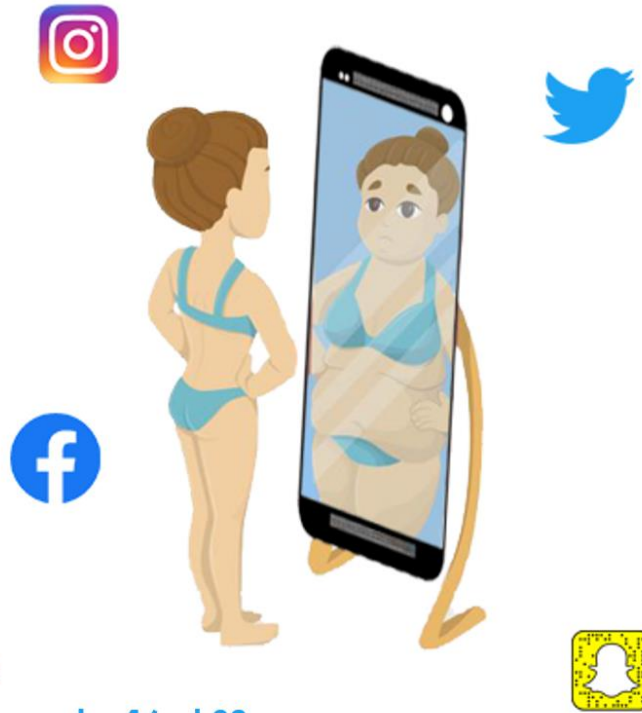
Date limite : 1^{er} janvier 2020

Temps nécessaire : 15mn

Affiche de recrutement à destination des patients atteints de TCA

Recherche sur l'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle

Dans le cadre de la thèse en médecine de Barbara JIOTSA,
interne en psychiatrie au CHU de Nantes
Sous la direction du Dr Rocher et du Pr Grall-Bronnec



SI VOUS :

- Avez entre 16 et 32 ans
- Avez un compte Facebook et/ou Instagram
- Êtes exposés régulièrement à des images et des vidéos faisant la promotion d'une image corporelle idéalisée

Je vous invite à participer à un questionnaire en ligne

<https://forms.gle/axmFLcflFgHUdg4K9>

Vous pouvez aussi scanner ce QR code →



L'objectif de cette recherche est de comprendre et d'analyser
l'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image
corporelle de leurs utilisateurs

Date limite : 1^{er} janvier 2020

Temps nécessaire : 15mn

Affiche de recrutement à destination de la population générale

Annexe 2 : Questionnaire à destination de la population générale

1) Quel âge avez-vous ?

2) Etes-vous :

☐ un homme

☐ une femme

3) Quel est votre poids actuel ? (en kg)

4) Quelle est votre taille actuelle ? (en cm)

5) Quel est votre poids minimal à la taille actuelle ? (en kg)

6) Quel est votre poids maximal à la taille actuelle ? (en kg)

7) Quelle est votre situation conjugale ?

☐ Célibataire

☐ En couple

☐ Autre

8) Quel est votre niveau d'étude ?

☐ Brevet des collèges

☐ BEP CAP

☐ BAC

☐ BAC +2

☐ BAC +3 (niveau licence)

☐ BAC +5 (niveau master)

☐ Diplôme supérieur

☐ Autre

9) Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

☐ Oui

☐ Non

10) Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

☐ Oui

☐ Non

11) Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

☐ Oui

☐ Non

12) Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

☐ Oui

☐ Non

13) Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

☐ Oui

☐ Non

14) Mangez-vous des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte ? *

☐ Toujours

☐ En général

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Rarement

☐ Jamais

15) Pensez-vous à faire un régime alimentaire ?

☐ Toujours

☐ En général

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Rarement

☐ Jamais

16) Vous sentez vous extrêmement coupable quand vous avez trop mangé ?

☐ Toujours

☐ En général

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Rarement

☐ Jamais

17) Avez-vous très peur de prendre du poids ?

☐ Toujours

☐ En général

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Rarement

☐ Jamais

18) Pensez-vous exagérer l'importance de votre poids ?

☐ Toujours

☐ En général

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Rarement

☐ Jamais

19) Etes-vous préoccupé(e) par le désir d'être plus mince ?

☐ Toujours

☐ En général

☐ Souvent

☐ Quelques fois

☐ Rarement

☐ Jamais

20) Si vous prenez 500 grammes, avez-vous peur de continuer à prendre du poids ?

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

21) Trouvez-vous votre ventre trop gros ?

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

22) Trouvez-vous que votre ventre est juste à la bonne taille ? *

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

23) Trouvez-vous vos cuisses trop grosses ?

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

24) Trouvez-vous que vos cuisses sont juste à la bonne taille ? *

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

25) Etes-vous satisfait(e)s de votre silhouette ? *

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

26) Aimez-vous la forme de vos fesses ? *

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

27) Trouvez-vous vos fesses trop grosses ?

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

28) Trouvez-vous vos hanches trop larges ?

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

29) Trouvez-vous que vos hanches sont juste à la bonne taille ? *

- ☐Toujours
- ☐En général
- ☐Souvent
- ☐Quelques fois
- ☐Rarement
- ☐Jamais

30) Avez-vous un compte : (plusieurs réponses possibles)

- ☐Facebook
- ☐Instagram
- ☐Snapchat
- ☐Twitter
- ☐Tiktok
- ☐Autres :

31) Lequel utilisez-vous le plus souvent ?

- ☐Facebook
- ☐Instagram
- ☐Snapchat
- ☐Twitter
- ☐Tiktok
- ☐De manière égale
- ☐Autres

32) Votre compte est-il :

- ☐Ouvert au public
- ☐Privé

33) A quelle fréquence utilisez-vous au total les réseaux sociaux quotidiennement ?

- ☐ 1 fois par jour au plus
- ☐ 2 à 10 fois par jour
- ☐ 10 à 20 fois par jour
- ☐ Plus de 20 fois par jour

34) Combien de temps y consacrez-vous par jour ?

- ☐ Moins d'1h
- ☐ Entre 1h et 5h
- ☐ Plus de 5h

35) Quels sont vos usages des réseaux sociaux ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Suivre vos ami(e)s et connaissances
- ☐ Suivre l'actualité
- ☐ Politique
- ☐ Suivre des pages de décorations d'intérieures
- ☐ Suivre des célébrités
- ☐ Suivre des influenceurs
- ☐ Suivre des tutoriels de maquillage
- ☐ Suivre des pages de mode vestimentaire
- ☐ Suivre des publications sur le sport/fitness
- ☐ Suivre des publications sur l'alimentation saine (« healthy »)
- ☐ Suivre des publications sur des techniques esthétiques chirurgicales ou non chirurgicales
- ☐ Autre :

36) Quelles sont vos activités à travers les réseaux sociaux ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Observer le contenu (« abonné fantôme »)
- ☐ Aimer les publications (« liker »)
- ☐ Commenter les publications
- ☐ Partager des articles
- ☐ Partager des photos
- ☐ Partager des publications
- ☐ Partager des vidéos
- ☐ Partager des stories
- ☐ Afficher des photos de vous-même (« selfies »)
- ☐ Afficher des photos de vous, de votre famille et vos ami(e)s
- ☐ Afficher des photos de voyages
- ☐ Afficher des photos de vos repas
- ☐ Afficher des photos de vos activités quotidiennes
- ☐ Autre :

37) A quelle fréquence êtes-vous exposées à des images sur les réseaux sociaux représentant une apparence corporelle que vous jugez idéale ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par jour

38) Vous arrive-t-il de comparer votre apparence physique à celle des personnes que vous suivez sur les réseaux ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

39) Ces images ont-elles une influence sur la perception de votre image corporelle ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Relativement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Extrêmement

40) Comment l'influencent-elles ?

- ☐ Positivement
- ☐ Négativement
- ☐ Aucune influence

41) Ressentez-vous une pression à ressembler à ces images ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Peu
- ☐ Relativement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Extrêmement

42) Cette pression a-t-elle provoqué chez vous de la frustration et une envie de contrôler vos apports alimentaires pour ressembler à ces images ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

43) Diriez-vous que l'envie de ressembler à ces images est devenue une obsession pour vous ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Peu
- ☐ Relativement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Extrêmement

44) Quel est le nombre de « J'aime » sur vos publications ?

- ☐ 1 à 10
- ☐ 10 à 50
- ☐ 50 à 100
- ☐ Plus de 100

45) Quelle importance accordez-vous au nombre de « J'aime » sur vos publications en général ?

- ☐ Pas du tout important
- ☐ Peu important
- ☐ Relativement important
- ☐ Très important
- ☐ Extrêmement important

46) Quelle importance accordez-vous au nombre de « J'aime » sur les photos de vous-même publiées sur les réseaux sociaux ?

- ☐ Pas du tout important
- ☐ Peu important
- ☐ Relativement important
- ☐ Très important
- ☐ Extrêmement important

47) Quelle importance accordez-vous à l'opinion des autres sur les photos de vous-même publiées sur les réseaux sociaux ?

- ☐ Pas du tout important
- ☐ Peu important
- ☐ Relativement important
- ☐ Très important
- ☐ Extrêmement important

48) Quelle importance accordez-vous à votre nombre de « followers » ?

- ☐ Pas du tout important
- ☐ Peu important
- ☐ Relativement important
- ☐ Très important
- ☐ Extrêmement important

49) A quelle fréquence postez-vous des photos de vous-même sur les réseaux sociaux ?

- ☐ Jamais
- ☐ 1 à 2 fois par mois
- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ Tous les jours

50) Dans quel but postez-vous des photos de vous-même ?

- ☐ Pour partager un moment, une humeur, un look...
- ☐ Par recherche d'attention et de validation
- ☐ Pour « faire comme les autres »
- ☐ Pour avoir des « j'aime »
- ☐ Pour recevoir des compliments
- ☐ Autre :

51) Ressentez-vous le besoin de modifier les photos de vous-même publiées sur les réseaux sociaux ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Peu
- ☐ Relativement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Extrêmement

52) Utilisez-vous des moyens technologiques pour modifier les photos de vous-même publiées sur les réseaux sociaux tels que des filtres, découpage ou autres ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

53) Si vous modifiez vos photos, s'agit-il d'une pression extérieure de la part :

- ☐ Des ami(e)s
- ☐ De la famille
- ☐ Des médias
- ☐ Des standards corporels
- ☐ Des standards visuels sur les réseaux sociaux
- ☐ Aucune pression ressentie

54) Quel est votre niveau de satisfaction de votre apparence physique affichée sur les réseaux sociaux ?

- ☐ Pas satisfait(e)
- ☐ Peu satisfait(e)
- ☐ Relativement satisfait(e)
- ☐ Satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)

55) La préférez-vous à l'image que vous pensez dégager dans votre vie quotidienne ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

56) Quel est votre niveau de satisfaction au sujet de votre apparence physique en général ?

- ☐ Pas satisfait(e)
- ☐ Peu satisfait(e)
- ☐ Relativement satisfait(e)
- ☐ Satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)

57) Quel est votre niveau de satisfaction au sujet de l'apparence de votre visage ?

- ☐ Pas satisfait(e)
- ☐ Peu satisfait(e)
- ☐ Relativement satisfait(e)
- ☐ Satisfait(e)
- ☐ Très satisfait(e)

58) Quelle importance accordez-vous à la beauté extérieure ?

- ☐ Pas du tout important
- ☐ Peu important
- ☐ Relativement important
- ☐ Très important
- ☐ Extrêmement important

59) Faites-vous attention au regard des autres sur votre apparence physique ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Peu
- ☐ Relativement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Extrêmement

60) Avez-vous des complexes corporels ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Peu
- ☐ Relativement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Extrêmement

61) Avez-vous déjà eu recours à des techniques esthétiques chirurgicales (augmentation mammaire, liposuccion...) ou non chirurgicales (injection de botox, traitement de la cellulite...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

62) Si oui, lesquelles ?

63) Y auriez-vous recours pour mettre fin à un ou plusieurs de vos complexes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Seulement sur mon visage
- ☐ Seulement sur mon corps

64) Avez-vous déjà eu recours à des techniques afin de modifier votre apparence corporelle telle que l'entraînement physique ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

65) Avez-vous déjà eu recours à des techniques afin de modifier votre apparence corporelle telles que les régimes alimentaires ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

66) Avez-vous déjà été victimes de moqueries ou de commentaires désobligeants à l'égard de votre apparence physique ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Peu
- ☐ Relativement souvent
- ☐ Très souvent
- ☐ Extrêmement souvent

67) Avez-vous déjà eu des bénéfices à utiliser les réseaux sociaux ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

68) De quelle sorte étaient-ils ?

- ☐ Pouvoir échanger avec des personnes qui ont les mêmes préoccupations alimentaires et corporelles que vous
- ☐ Relativiser vos préoccupations concernant votre apparence physique
- ☐ Obtenir des conseils sur l'alimentation
- ☐ Obtenir des informations médicales
- ☐ Autre :

Annexe 3 : Tableaux et figures complémentaires

Annexe 3.1 : Données socio-démographiques

Situation conjugale	Degré de risque 0	Degré de risque 1	Degré de risque 2
Célibataire	31,5%	39,6%	59,6%
En couple	68,5%	60,4%	40,4%

} p < 0,001

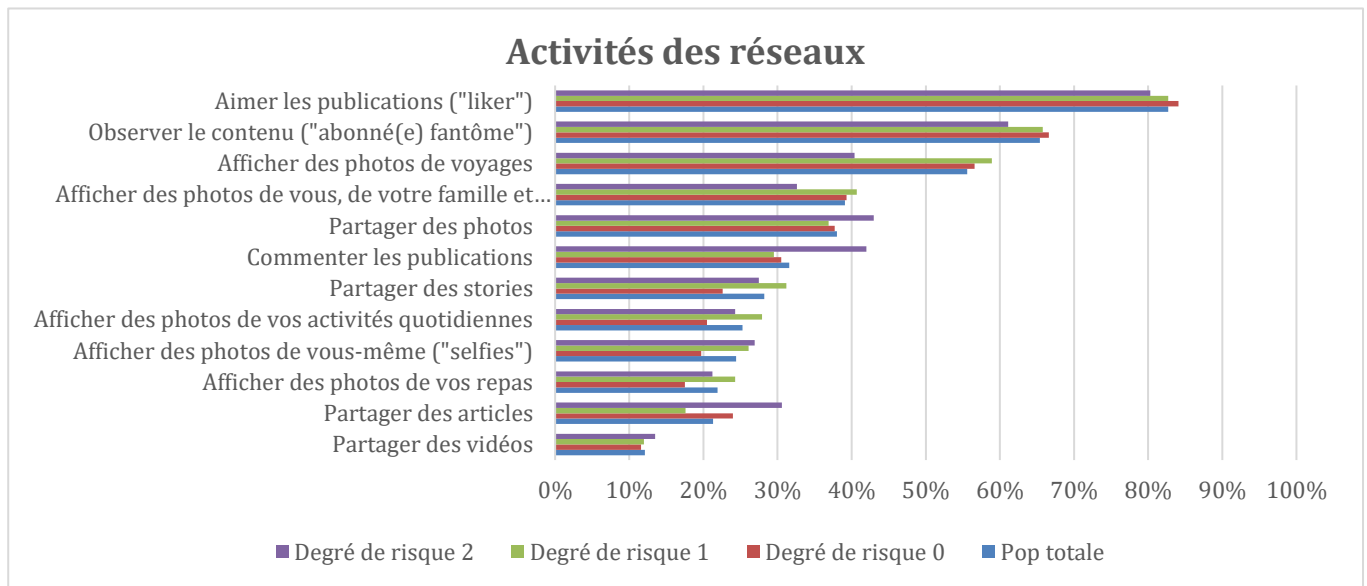
Situation conjugale en fonction du degré de risque

Niveau d'étude	Degré de risque 0	Degré de risque 1	Degré de risque 2
Inférieur au BAC	4%	3,3%	16,1%
BAC	16,4%	15,5%	25,4%
BAC +2	13,2%	16,8%	15,5%
BAC +3 (niveau licence)	23,2%	25%	21,8%
BAC +5 (niveau master)	25,9%	32,9%	16,6%
Diplôme supérieur	17,3%	6,5%	4,7%

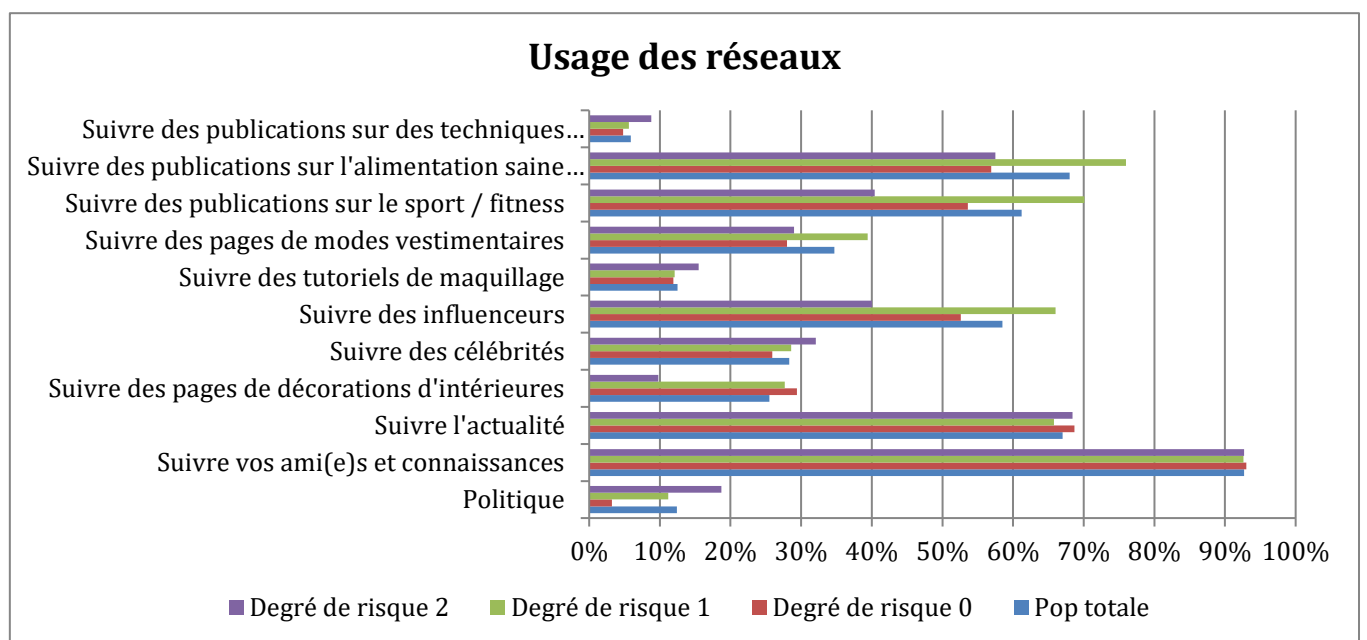
} p < 0,001

Niveau d'étude en fonction du degré de risque

Annexe 3.2 : Usage et activités associées aux réseaux sociaux

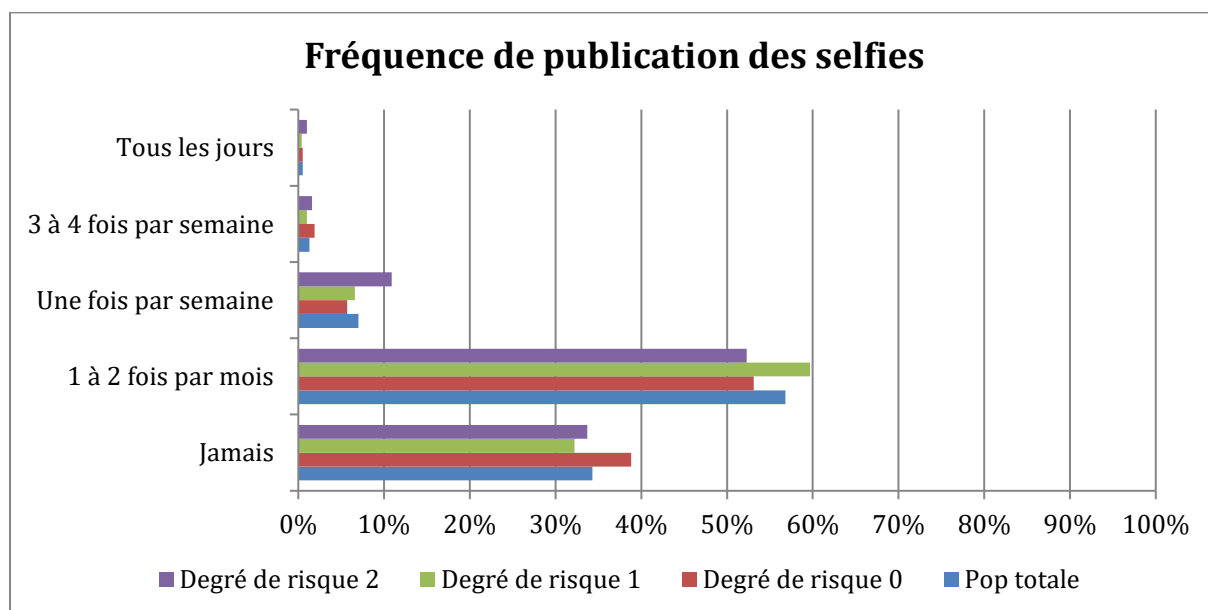


Graphique représentant la répartition des activités associées aux réseaux sociaux



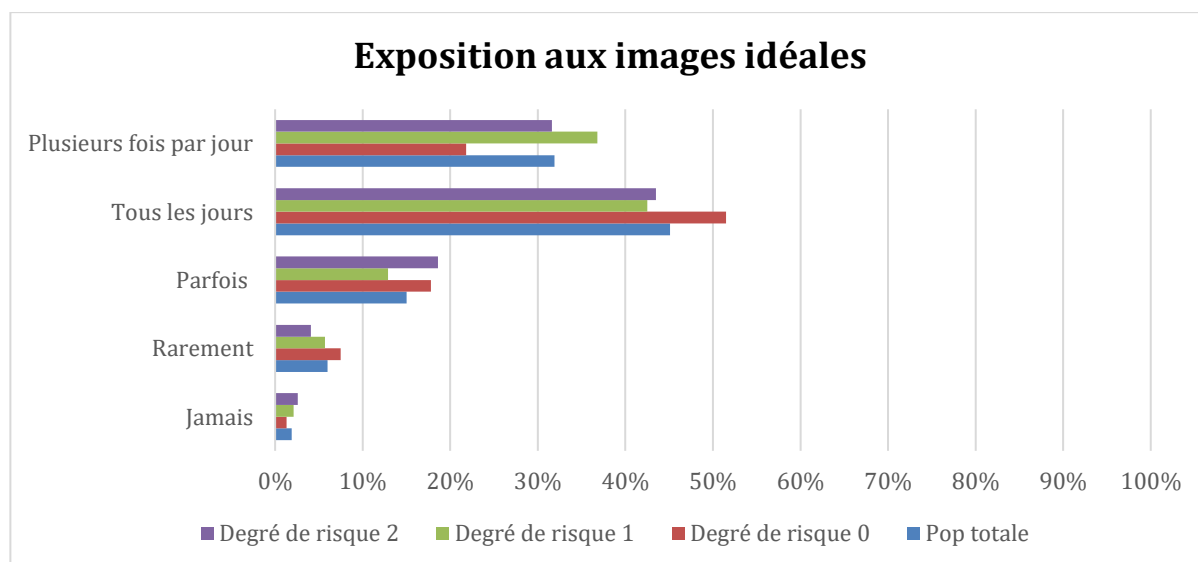
Graphique représentant les différents usages des réseaux sociaux

Annexe 3.3 : Fréquence de publication de « selfies »



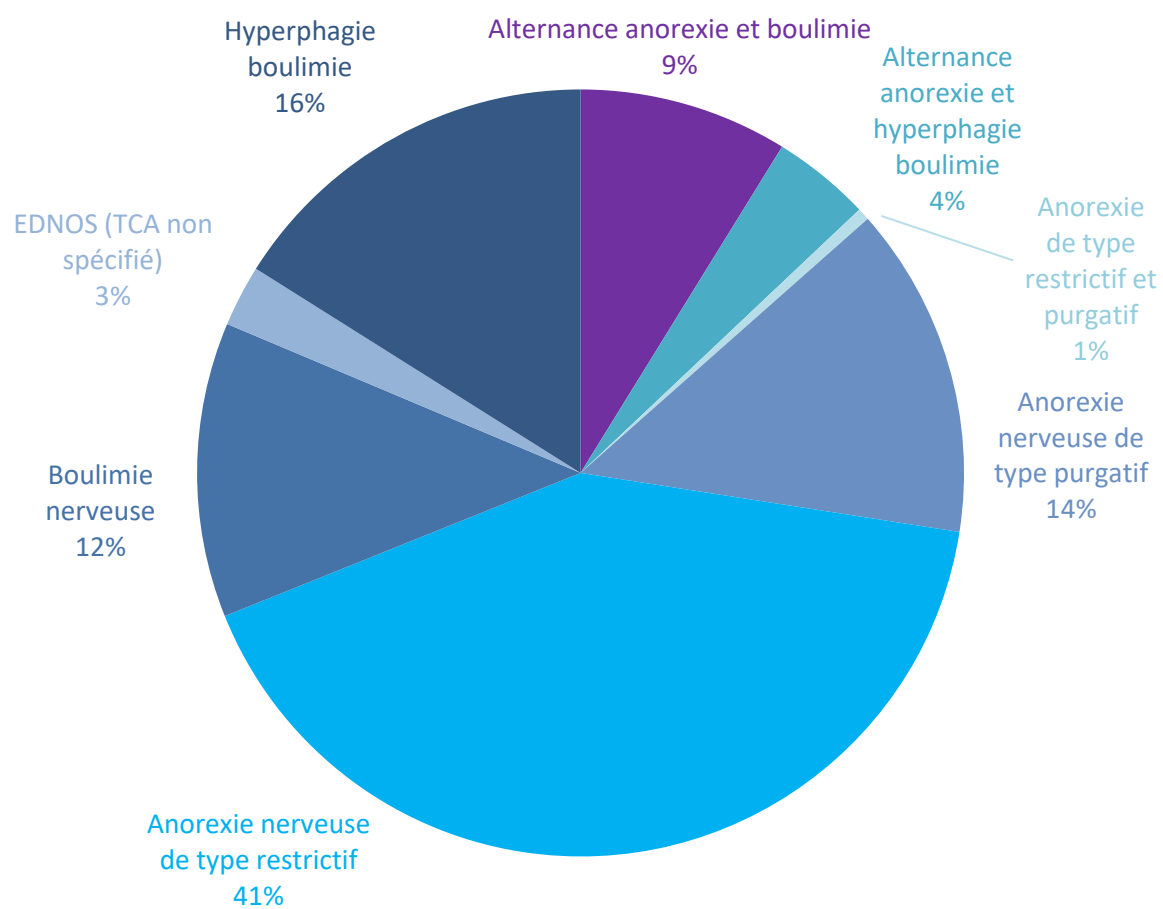
Graphique représentant la fréquence de publication de selfies

Annexe 3.4 : Fréquence d'exposition aux images corporelles idéalisées



Graphique représentant la fréquence d'exposition aux images idéalisées

Annexe 3.5 : Répartition des différents types de TCA



Annexe 4 : Cas cliniques

Cas clinique 1 :

Mademoiselle D, 21 ans.

Niveau d'étude : étudiante en 4^e année de médecine

Antécédents familiaux de TCA : aucun

Traits de personnalité : s'impose des exigences scolaires, comparaisons aux autres fréquentes dans plusieurs domaines, sensible au regard des autres, souhaiterait « être parfaite sur tout »

Diagnostic : anorexie mentale de type restrictif sans notion de purge (pas de vomissements, de laxatifs ou de diurétiques)

Présence de périodes d'hyperphagie ressenties avec compensation par l'activité physique et la restriction alimentaire

Pas de dysmorphophobie

Début des troubles : diagnostiquée en 2015, en fin de classe de terminale/début de première année de médecine, troubles alimentaires non pris en charge auparavant avec réel début déclaré en classe de 3^e ayant débuté par des préoccupations corporelles importantes avec insatisfaction

Histoire de la maladie : décrit la construction d'une association cognitive alors qu'elle était en classe de 3^e (environ 14 ans) : « pour être intéressante aux yeux des garçons, il fallait être mince », en partie construite par les séries qu'elle regardait à la télévision dans lesquelles des femmes aux corps jugés idéaux pouvaient séduire des hommes.

Confirmée par la vision de ses amies minces qui avaient « toutes des copains ».

Restriction alimentaire progressive, suppression d'aliments caloriques.

Jamais de restriction totale, décrit des quantités importantes d'aliments peu caloriques (légumes, pâtes), pour avoir une impression de remplissage.

Poids actuel : 48 kg pour 1m65 (IMC : 17,6)

Poids maximal à la taille actuelle : 53 kg (IMC : 19,5)

Poids minimal à la taille actuelle : 42 kg (IMC : **15,4**)

Prise en charge : jamais d'hospitalisation complète, prise en charge en hôpital de jour à partir de 2016 avec introduction d'un traitement anti dépresseur devant l'apparition de comorbidités dépressives

Rencontre avec les réseaux sociaux : **Youtube** en classe de seconde décrit comme le réseau social principal ayant majoré ses troubles

Snapchat puis, plus tardivement **Instagram** en 2^e année de médecine

Utilisation des réseaux sociaux : Youtube - visionnage de vidéos sur alimentation « healthy » et conseils sportifs

Snapchat - utilisation fréquente de filtres photographiques

Instagram – suivre ses amis, des comptes de nourriture (déclare avoir pu se « nourrir par les images »), écologie, peu de photographies d'elle-même car serait « trop obnubilée par le nombre de « J'aime » et commentaires », comptes de patients anorexiques guéris

Temps passé : environ 1 à 2h par jour (objectivé par l'estimateur « temps d'écran » sur son smartphone) avec une fréquence déclarée de plusieurs fois par jour

Emotions ressenties lors de l'utilisation des réseaux sociaux : dévalorisation, comparaisons positives quand impression de ressembler aux images (= « bien-être ») puis comparaisons négatives quand juge être moins bien (= « sentiment d'infériorité »)

Imputabilité des réseaux sociaux dans la déclaration de la maladie : « goutte d'eau sur un terrain sous-jacent fragile »

Pistes pouvant aider à réduire les effets négatifs des réseaux sociaux : passer moins de temps sur les réseaux sociaux, introduire de la diversité corporelle dans les images pour modifier l'idéal et les normes sociales internalisées, « arrêter de suivre des comptes qui provoquent de l'insatisfaction corporelle par les comparaisons » pour suivre des comptes plus axés sur l'acceptation de soi

Bénéfices des réseaux sociaux : comptes de « body positive », acceptation de soi, comptes d'anorexiques en rémission ou guéris qui « donnent de l'espoir »

Cas clinique 2 :

Mademoiselle G, 16 ans.

Niveau d'étude : en classe de 1^{ère}

Antécédents familiaux de TCA : aucun

Traits de personnalité : anxieuse, perfectionniste, exigeante envers elle-même, forte tendance aux comparaisons sociales, préoccupations corporelles anciennes avec insatisfaction et « complexes »

Diagnostic : anorexie mentale de type purgatif (accès hyperphagiques suivis de vomissements provoqués puis compensation par de l'activité physique « abdos dans le lit »)

Dysmorphophobie corporelle centrée sur le ventre et les cuisses « même quand j'étais à mon poids minimal je me trouvais grosse »

Début des troubles : en 2017, en classe de 3^{ème}, prise en charge initiale par le médecin traitant puis adressée en pédiatrie générale

Histoire de la maladie : antécédent de surpoids ayant marqué sa jeunesse, préoccupations corporelles, complexes, difficultés d'acceptation, « j'avais toujours l'impression d'être la petite grosse, la petite moche », en permanence dans la comparaison avec ses amis décrites comme « athlétiques, musclées, minces » ou avec des célébrités. Tentatives de perte de poids avant la 3^{ème} mais échecs multiples.

Majoration des préoccupations concernant le corps au collège, s'identifiait beaucoup à sa grande sœur qui faisait attention à elle, avait envie de porter de jolis vêtements mais « était trop grosse pour ça ».

Décrit comme un « déclic » en classe de 3^{ème}, décision ferme de perdre du poids.

A commencé à supprimer les sucreries et « tout ce qui pouvait faire prendre du poids », pour finir par ne manger que des fruits. Cuisinait ses propres repas chez elle et ne mangeait plus en même temps que sa famille.

A très vite constaté la perte de poids, sentiment de fierté avec envie de poursuivre ses efforts sans fin. Sentiment de culpabilité lorsqu'elle avait mangé « 1 pomme de trop ». Perte de 15 kg en trois mois. Décrit la même insatisfaction corporelle au poids minimal « je me trouvais toujours grosse, même encore moins bien qu'avant, j'avais l'impression d'avoir toujours les 15 kg ».

Les six premiers mois essentiellement de la restriction (allant de quelques fruits à un jeune complet) puis, par la suite alternance de restriction et d'accès hyperphagiques avec vomissements : « je me privais pendant une semaine et la semaine suivante je craquais et mangeait en très grande quantité ».

Poids actuel : 50,5 kg pour 1m65 (IMC : 18,5)

Poids maximal à la taille actuelle : 62 kg (IMC : 22,8)

Poids minimal à la taille actuelle : 48 kg (IMC : **17,6**)

Prise en charge : médecine générale puis hospitalisation en urgence en pédiatrie générale (au décours d'une consultation d'évaluation) devant amaigrissement trop important, crises boulimiques avec vomissements se majorant et complications somatiques (hypothermie, bradycardie)

Prise en charge par la suite en hôpital de jour d'addictologie (consultations tous les deux mois)

Rencontre avec les réseaux sociaux : **Facebook** en 4^{ème} mais ne l'associe pas à une influence négative sur son image corporelle

Instagram et **Snapchat** également en 4^{ème}

Forums « pro-ana » au stade aigu de la maladie, en avait entendu parler fortuitement par sa sœur, quelques années auparavant

Utilisation faite des réseaux sociaux : Facebook – n'en a pas l'utilité

Snapchat – n'est pas active dessus

Instagram – au départ, suivait beaucoup de comptes centrés sur l'alimentation et de comptes de femmes ayant des corps qu'elle jugeait idéaux puis a « fait du tri » en se désabonnant de plusieurs comptes dans une démarche de mettre à distance les sources de frustration

A présent, suit des comptes de look vestimentaires, d'influenceuses ou de personnalités de télé-réalité, de femmes prônant le « body positive »

Son activité personnelle sur Instagram est la publication de photographies, de selfies filtrés « je n'aime pas ma tête sans filtre », ne poste pas de photographies de son corps entier, difficultés d'acceptation toujours présentes. Concernant les selfies, décrit un besoin d'approbation, de validation, « si mes copines ne me disent pas que je suis bien sur la photo, je vais l'enlever direct ».

Forums « pro-ana » – au stade aigu de la maladie, n'a jamais interagi avec les internautes, regardait leurs conseils et règles pour « maigrir vite » pour ensuite les appliquer

Temps passé : 1 à 2h par jour (déclaratif)

Emotions ressenties lors de l'utilisation des réseaux sociaux : dévalorisation « se sentir grosse et moche », tristesse quand effectue des comparaisons physiques,

Imputabilité des réseaux sociaux dans la déclaration de la maladie : « les réseaux sociaux ont une grosse influence sur l'anorexie car à notre âge, les ado, nous sommes déjà complexés par notre corps et en voyant des corps parfaits, on s'identifie forcément et ça amplifie les complexes », elle décrit les réseaux sociaux comme un facteur de risque de développer un TCA, puis ajoute qu'il faut être « de base complexés », « mal dans sa peau » pour que les réseaux sociaux puissent avoir un tel impact

Pistes pouvant aider à réduire les effets négatifs des réseaux sociaux : reculer l'âge de rencontre avec les réseaux sociaux (propose l'âge de 16 ans pour un début), avant cet âge « on est en construction, on croit tout ce que l'on voit », bien se connaître et savoir repérer ce qu'il vaut mieux éviter « si on sait qu'on est complexés, ne pas suivre des comptes avec des corps qu'on idéalise »

Bénéfices des réseaux sociaux : non déclaré

Cas clinique 3 :

Mademoiselle T, 18 ans.

Niveau d'étude : première année de faculté de droit

Antécédents familiaux de TCA : aucun

Traits de personnalité : discrète, timide, peu de confiance en soi, préoccupations corporelles anciennes, perfectionnisme

Diagnostic : anorexie mentale de type restrictif sans notion de purge

Dysmorphophobie avant la perte de poids « je me trouvais grosse alors que j'étais normale » puis persiste après la perte de 12 kg

Début des troubles : Début de la perte de poids en janvier 2018, diagnostic en juin 2018 par le médecin traitant

Histoire de la maladie : décrit des préoccupations corporelles « depuis très longtemps », insatisfaction corporelle centrée sur les zones du ventre et des cuisses, mais « vivait avec » sans que cela ne devienne obsédant. Puis vient la découverte des réseaux sociaux vers l'âge de 15 ans et l'exposition quotidienne aux images de « mannequins et célébrités maigres ». Ainsi naît et s'installe l'idée que « pour être belle, il faut être maigre ». Décide un jour qu'il faut qu'elle maigrisse pour ressembler aux images. Début par de l'activité sportive (course à pied) mais devant le « peu de résultats », suppression d'aliments (sucreries puis féculents). Jamais de restriction totale, dit qu'elle « ne pouvait pas » car elle vivait chez ses parents. Même quand celle-ci était seule, elle se sentait obligée de manger un minimum, souvent une soupe.

Décrit une satisfaction corporelle améliorée à mesure qu'elle perdait du poids, pouvait parfois se « faire peur » lorsqu'elle voyait des photographies d'elle avec tous ces kilos en moins, « les joues creusées », mais se disait qu'elle préférerait perdre encore plus.

Isolement social, refusait les sorties entre amis car il était « hors de question » pour elle de devoir manger comme eux. A la fin, ne sortait plus car n'en avait plus la force physique.

Poids actuel : 55 kg pour 1m59 (IMC : 21,8)

Poids maximal à la taille actuelle : 56 kg (IMC : 22,2)

Poids minimal à la taille actuelle : 34,2 kg (IMC : **13,5**)

Prise en charge : médecine générale avec diagnostic en juin 2018 puis adressée vers l'unité d'addictologie en septembre 2018, mais nécessité d'une hospitalisation en endocrinologie (avec nutrition par sonde nasogastrique) devant la perte de poids trop rapide et importante, puis

hospitalisation en service d'addictologie spécialisé dans les TCA durant 2 mois (reprise de 10 kg), suivi ambulatoire en hôpital de jour ensuite

Introduction d'un traitement antidépresseur : 20 mg de Fluoxétine devant éléments dépressifs comorbides associés à 1 mg de Risperdal pour l'apaisement des angoisses corporelles

Rencontre avec les réseaux sociaux : **Instagram** à l'âge de 15 ans

Twitter un peu plus tard

Utilisation faite des réseaux sociaux : Instagram – suivre des célébrités/mannequins, des amis, commence à poster des photographies d'elle pendant la maladie car était davantage satisfaite de son apparence corporelle

Twitter – suivre des groupes « pro-ana », en a découvert l'existence par le biais d'une amie elle-même anorexique, le décrit comme facteur ayant « empiré » son anorexie, y a découvert des témoignages de patients anorexiques qui décrivaient leurs jeûnes, qui montraient des images de leur corps, elle a alors fait le constat qu'elle mangeait encore trop et qu'il fallait qu'elle diminue plus drastiquement ses apports

Durant la maladie, décrit les réseaux sociaux comme un moyen de « se faire du mal », il était « hors de question d'arrêter » de s'exposer à ce contenu

Temps passé : 1 à 2h par jour (déclaratif)

Emotions ressenties lors de l'utilisation des réseaux sociaux : culpabilité, stress, peur « de ne pas être comme elles »

Imputabilité des réseaux sociaux dans la déclaration de la maladie : fragilité sous-jacente mais « ça m'a fait sauter le pas ». Décrit un impact des médias sociaux plus important que celui des médias traditionnels

Pistes pouvant aider à réduire les effets négatifs des réseaux sociaux : protection face au contenu visible sur les groupes « pro-ana », d'autres pistes lui semblent difficile car « il y a tellement de filles minces sans être anorexiques, on ne peut rien faire à part changer la société »

Bénéfices des réseaux sociaux : non déclaré

Cas clinique 4 :

Monsieur C, 17 ans.

Niveau d'étude : Terminale L (projet licence journalisme)

Antécédents familiaux de TCA : aucun

Traits de personnalité : timide, renfermé, « mal à l'aise », faible confiance en soi, insatisfaction corporelle, en recherche de validation par les pairs « envie de plaire »

Diagnostic : anorexie restrictive, pas de notion de purge

Comportements de compensation par l'activité physique (natation, course à pied, squat, pompes)

Dysmorphophobie corporelle « même quand je faisais 36 kg, au plus bas, je me trouvais encore gras »

Début des troubles : diagnostiqué en 2018 initialement par le médecin traitant avec interdiction de la pratique sportive et interruption de la scolarité avec adressage en urgence vers l'unité d'addictologie puis hospitalisation très rapide à la suite

Histoire de la maladie : Début l'été avant l'entrée en classe de seconde (2017), objectif initial : « être plus musclé » en rapport avec l'association cognitive suivante « si je suis plus musclé, je plairais plus aux filles ». Préoccupations corporelles, peur de grossir, influencé par « le culte du corps parfait dans les médias ».

Antécédent de harcèlement scolaire au collège, faible estime de soi en résultant. Se décrit comme ayant toujours été « chétif », « pas le plus sportif ni le plus viril », se compare à son frère décrit comme athlétique.

Pour atteindre son objectif initial, intensifie en premier lieu sa pratique sportive (natation, course à pied) sans modifier son alimentation. Puis, suppression progressive d'aliments jugés trop gras, sélection alimentaire.

Perte de poids progressive, rassuré à l'idée que « perdre du poids n'est pas si difficile ». Malgré le fait que son objectif de départ était de se muscler, trouvait satisfaction à la perte de poids et donc de gras, plaisir à la vision de ses muscles ressortant à mesure que le gras disparaissait.

Décrit un sentiment d'insatiabilité, comme s'il n'était jamais assez maigre, même lorsqu'il voyait ses côtes, ne parvenait qu'à « voir la graisse qui devait être éliminée ».

Prise en charge ambulatoire puis hospitalisation en endocrinologie pour renutrition par sonde nasogastrique, pour intégrer par la suite un service d'hospitalisation complète en addictologie.

Décrit l'anorexie masculine comme moins conscientisée « on se dit moins que ça peut être de l'anorexie », a mis du temps à prendre conscience de la gravité des troubles

Poids actuel : 53 kg pour 1m72 (IMC 17,9)

Poids de forme (avant la perte de poids) à la taille actuelle : 50 kg (IMC 16,9)

Poids minimal à la taille actuelle : 36 kg (IMC **12,2**)

Prise en charge : initialement ambulatoire à l'hôpital de jour puis nécessité d'une hospitalisation en endocrinologie (avec nutrition par sonde nasogastrique) au vu de la perte de poids trop importante et de la mise en danger.

Hospitalisation ensuite pendant plusieurs mois en service d'addictologie (unité spécialisée TCA) lorsque le poids l'a permis

Introduction d'un traitement antidépresseur : 100 mg de Sertraline devant éléments dépressifs comorbides associé à 1 mg de Risperdal pour l'apaisement des angoisses corporelles

Rencontre avec les réseaux sociaux : **Instagram** en 2017, décrit comme le réseau social ayant « le plus d'impact sur l'image corporelle » devant l'omniprésence de l'apparence

Facebook de façon moindre avec peu d'influence déclarée sur l'image corporelle

Utilisation des réseaux sociaux : Instagram – suivre des comptes fitness et alimentation « healthy »

Ne poste pas de photographies de lui-même devant la difficulté qui est celle d'accepter son image, peut poster des photographies de paysages ou d'amis

Temps passé : 4 à 5 h par jour (estimé sans l'objectivation par un smartphone) avec une fréquence de plusieurs fois par jour

Emotions ressenties lors de l'utilisation des réseaux sociaux : envie/désir de ressembler à l'idéal affiché « envie d'avoir des abdos », comparaisons « malsaines », culpabilité et dévalorisation « se sentir minable à côté des images », création d'obsessions sur l'alimentation « fixation sur la healthy food à tout prix »

Imputabilité des réseaux sociaux dans la déclaration de la maladie : « facteur de risque dans le développement de TCA chez les jeunes » « ajout d'une pression » pouvant générer des comportements alimentaires à risque

Pistes pouvant aider à réduire les effets négatifs des réseaux sociaux : limiter le temps passé, sélection intelligente dans les comptes à suivre

Bénéfices des réseaux sociaux : comptes « anorexiques recovery », communauté de patients en rémission ou guéris donnant l'espoir d'un après la maladie.

Influence of social media on body image perception and its involmment on eating disorders

Objective : Several studies have evaluated the relationship between exposure to traditional media, body dissatisfaction and pathological eating behaviors.

The past decade has witnessed the rise of social media, mostly used by teenagers and young adults. They could equally be associated with body image and eating concerns that can lead to eating disorders symptoms.

This study aimed to assess the influence of daily exposure to thin-ideal in social media on body image perception and the involvement in eating disorders.

Method : A survey of 1331 participants (including 1138 from general population and 193 from patient with eating disorders) was conducted. We split the sample into three groups depending on the degree of risk of suffering from eating disorder (defined by the SCOFF test score).

The participants completed an online survey questionnaire asking for level of body satisfaction, use of social media, frequency of social comparison, nature of the relation with social media as well as potential benefits of using social media.

Results : We compared the different variables studied between the three groups. This allowed us to highlight a typical profile of patients with eating disorders who seem to be more dissatisfied with their body appearance, more driving for thinness and having a greater commitment in social comparisons.

In addition, results indicated that the frequency of social comparison is associated with body dissatisfaction and drive for thinness.

We did not reply this findings with the frequency of use of social media.

Also, we found the existence of a negative influence of social media on body image perception.

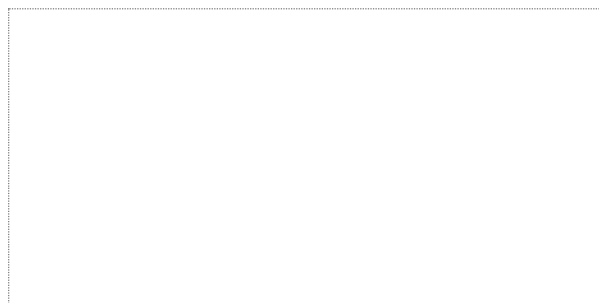
Conclusion : Social media seem to have a negative influence on body image perception by promoting opportunities of social comparisons to an thinness ideal and thus, the development or increasing of body dissatisfaction.

People with eating disorders seem to be more vulnerable to the influence of exposure to idealized bodies on social media.

Keywords : adolescent, social media, eating disorders, social comparisons, body dissatisfaction, drive for thinness

Vu, le Président du Jury,

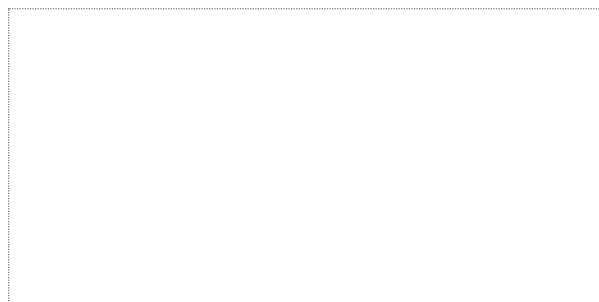
(tampon et signature)



Pr Marie GRALL-BRONNEC

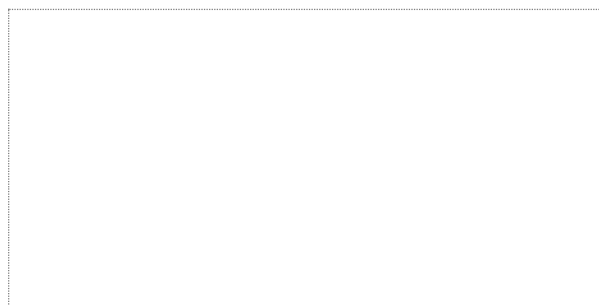
Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)



Dr Bruno ROCHER

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET