

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 2 octobre 2023 à Poitiers
Par Madame Lisa JEANNEAUD

ANOREXIE MENTALE ET RESEAUX SOCIAUX

Projet de recherche clinique ANORESOQUAL :
Représentations des patients atteints d'anorexie mentale des effets
de leurs usages des réseaux sociaux sur le développement de leur
trouble

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Madame la Docteure Marion ADRAGNA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Adrien LENJALLEY

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 2, octobre, 2023 à Poitiers
Par Madame Lisa JEANNEAUD

ANOREXIE MENTALE ET RESEAUX SOCIAUX

Projet de recherche clinique ANORESOQUAL :
Représentations des patients atteints d'anorexie mentale des effets
de leurs usages des réseaux sociaux sur le développement de leur
trouble

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Madame la Docteure Marion ADRAGNA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Adrien LENJALLEY

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **référént relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers.

Vous m'avez initiée à la pédopsychiatrie. Par la qualité de votre enseignement, vous avez contribué à mon orientation vers cette discipline. Votre accessibilité et votre bienveillance m'ont été précieuses et je vous en remercie. J'espère pouvoir contribuer, à mon échelle, à étoffer le réseaux TCA Poitou Charente que vous avez construits.

Aujourd'hui, vous me faites l'honneur de présider ce Jury et je vous en suis très reconnaissante. Soyez assuré de ma considération et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Service de Psychiatrie adulte,
Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers.

Vous avez fondé l'une des premières Unités de Recherche Clinique françaises de psychiatrie, et votre réputation est internationale. Vous avez le souci de proposer aux internes de psychiatrie du Poitou-Charentes un enseignement de qualité, dont j'ai eu la chance de bénéficier durant mon internat. Votre disponibilité dans l'accompagnement des internes m'a été précieuse. Vous avez accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame la Docteur Marion ADRAGNA,

Praticien Hospitalier
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Centre hospitalier de Niort

J'ai eu l'immense chance de travailler avec toi ces derniers mois. Ta passion pour la clinique de l'enfance et de l'adolescence, ton engagement dans ton travail m'inspirent.

J'ai l'immense honneur d'avoir pu bénéficier de temps de supervisions qui m'ont aidée à mettre du sens sur certaines situations cliniques ainsi qu'à affiner mes connaissances théoriques. Pour tout cela je te remercie et je me réjouis de pouvoir commencer ma carrière à tes côtés et de construire de nouveaux projets de médiations.

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Sois assurée de ma vive reconnaissance et de mon admiration.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Adrien LENJALLEY,

Praticien Hospitalier,
Unité pour adolescents
Centre Hospitalier de Niort

Adrien, je suis honorée que tu aies accepté de diriger ce travail.

Je te remercie, pour la confiance que tu m'as accordée. Tu m'as transmis ta passion pour la clinique de l'adolescent et m'as initiée à la recherche qualitative. Ta patience, ta disponibilité et ton engagement sans faille, dès le début de ce projet, m'ont été précieux.

Je te remercie plus largement de l'accompagnement que tu m'as proposé tout au long de mon internat, sur le plan théorique, sur le plan clinique et plus généralement sur ta philosophie du soin. Les échanges que nous avons pu avoir sur de nombreux sujets m'ont permis d'enrichir mes réflexions sur le sens que je donne à ma profession.

J'espère pouvoir retravailler prochainement à tes côtés.

Sois assuré de ma reconnaissance, de mon admiration et de ma sincère considération.

Docteure Marion Lorenzo, je te remercie pour ton accompagnement et l'accueil que tu m'as réservé lorsque je t'ai fait la demande d'intégrer l'équipe médicale de l'UPA dès la fin de mon internat. J'admire ta détermination à assurer la prise en charge des adolescents dans de bonnes conditions malgré le contexte d'austérité ambiante. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon enthousiasme à l'idée d'intégrer prochainement cette équipe que tu supervises.

Docteure Anne Marchal, je te remercie de ton accompagnement sur mes semestres d'internat au CMPE de Goise. À tes côtés j'ai pu découvrir la périnatalité ainsi que le parcours diagnostic des TSA, que tu supervises. Sois assurée de mon profond respect.

Je remercie les équipes paramédicales que j'ai pu rencontrer au fil de mon internat, pour votre engagement auprès des patients, votre accueil et la confiance que vous m'avez accordée lors de mon passage sur les services. Une attention particulière pour l'équipe de l'hôpital de semaine ; je vous remercie de l'accueil que vous m'avez réservé lors de mon arrivée et lors de l'annonce de ma future prise de poste.

Je remercie : Dr Haber, Dr Baron, Dr Enard, Dr Baudouin, Dr Bouchiat, Dr Ly Quoc et Dr Mallet. J'ai eu l'honneur de vous rencontrer durant mes stages ; vous avez activement participé à ma formation.

Je remercie les psychologues que j'ai rencontrés ces dernières années : M. Barbot, Mme Bouchet, Mme Richard, Mme Guenard, Mme Fourrier, M. David, Mme Souchard, Mme Lafaye, M. Beck. Un grand merci à toi, Alice, pour les échanges cliniques quotidiens, ta confiance et pour l'enthousiasme que nous partageons à travailler ensemble.

Un grand merci aux psychomotriciennes : Pauline, Géraldine, Nathalie, pour le partage de vos connaissances théoriques et cliniques, votre confiance et votre soutien dans les moments de doutes inhérents au parcours d'interne.

Merci aux assistantes sociales, Janick, Claire B. et Claire M. pour votre soutien et votre accompagnement dans les moments difficiles du soin où des enjeux de protection de l'enfance viennent se greffer.

Merci aux secrétaires et aux assistantes médicales administratives, Cathy, Nathalie, Stéphanie, Nelly, Mélanie, Chrystèle, Virginie, Heidi et Pauline, pour votre disponibilité, votre patience, votre gentillesse, pour le temps que vous avez passé à relire et corriger mes comptes rendus et plus généralement pour me faciliter le travail au quotidien.

Merci à mes parents de m'avoir fait grandir, en m'accompagnant ces 30 (presque 31) dernières années, d'avoir eu à cœur de m'offrir malgré les difficultés de la vie, une enfance et une adolescence pleines d'amour et de joie. Vous m'avez donné le goût d'apprendre et la détermination nécessaire pour supporter ces études.

Merci à Nina, Colas et Hippolyte pour votre soutien indéfectible, et pour la confiance que vous m'accordez en tant que grande sœur. Par votre sensibilité et votre honnêteté, vous m'inspirez tous les jours. Merci pour votre présence et pour tous les moments inoubliables que nous partageons ; notre relation m'est précieuse.

Thomas, je te remercie pour ces dix ans d'amour et de vie commune. Merci pour ton soutien dans mes réflexions militantes, professionnelles, épistémologiques et j'en passe. Je te remercie pour ta grande patience lorsque je te fais part de mes questionnements existentiels. Je te remercie d'avoir activement participé à ce travail par tes relectures, en m'aidant à peaufiner mon style « pompeux voire désagréable » et par ton soutien à chaque moment de doute (tout le temps).

Merci Marilou, pour ta présence, ta joie, tes rires et ton amour. Tu me fais redécouvrir au quotidien la beauté des détails de ce monde, par ton émerveillement, la pertinence et la pureté de tes remarques. Merci de m'apprendre tous les jours ce qu'est le rôle de maman. Moi aussi je t'aime plus qu'un amour.

À Hélène, Christophe, Pauline, Mathilde, Adrien, Thomas (2), je vous remercie pour l'accueil chaleureux dans votre famille, pour votre soutien et tous les moments que nous partageons régulièrement.

Un grand merci à Marcia, Jimmy et Alice pour vos relectures et vos commentaires toujours pertinents sur ce travail et à Nathalie pour ton aide à la mise en page.

Merci à Morgane, Marcia, Jimmy, Florian, Thomas Darrouzet, Alexis, John, Emma, Simon, Gautier pour votre amitié. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés et que nous partagerons encore longtemps j'espère.

Merci à Anne-Laure, Adeline, Camille et Anne, pour ces soirées niortaises pleines d'amitiés.

Merci Camille, pour ta présence sans faille à mes côtés, pour ton soutien indéfectible ces derniers mois. Je suis très heureuse d'envisager cette nouvelle page de ma carrière à tes côtés.

À Audrey, ma copine, voisine (coiffeuse et habilleuse), merci pour ta présence, ton humour et ta bienveillance ; c'est une joie d'apprendre à te connaître.

Merci à Louis, Quentin, Clotilde, Élodie, Alexandre et Simon de m'avoir accompagnée au début de ces longues études.

Merci aux Dr Roux, Dr Lortet, Mme Garraud, Dr Milord, Mme Berthelin et Dr Bouchiat de m'avoir permis de poursuivre ces études en m'apprenant à respecter mes limites.

Merci aux Dr Beaulieu, Dr Winkler Dr Miguel Shema Dr Coadou pour leur engagement militant afin de préserver une médecine humaniste, par leurs publications régulières qui me permettent de requestionner perpétuellement mon positionnement médical.

*Y parvenir est ta destination ultime
Mais ne te hâte point dans ton voyage
(Constantin Cavafy)*

Table des matières	
Liste des enseignants.....	4
Remerciements.....	7
Liste des abréviations	18
Introduction	19
I. Histoire des corps	22
I.1 L'identité et le corps	22
I.1.a. Un corps utile.....	22
I.1.b. D'un corps efficace à un critère de distinction sociale.....	23
I.1.c. La beauté devient genrée	23
I.2. L'anorexie avant l'anorexie ?.....	24
I.3. L'anorexie mentale depuis la naissance de la psychiatrie	27
I.4. Points de vue sociologiques et politiques	29
I.4.a. La carrière anorexique	30
I.4.b. Les théories féministes	31
I.4.c. La « théorie médiatique ».....	32
II. L'anorexie mentale un trouble des conduites alimentaires	33
II.1. Définitions pré-requises.....	33
II.1.a. Alimentation	33
II.1.b. Conduites alimentaires	34
II.1.c. Troubles de conduites alimentaires (TCA)	34
II.2. L'anorexie mentale (l'AM).....	34
II.2.a. Définition selon le DSM V	34
II.2.b. Abords psychopathologiques	37
II.3. Étiologies.....	47
II.3.a. Dimension génétique :	47
II.3.b. Neuro imagerie fonctionnelle	48
II.3.c. Dimension neuro endocrine :	49

II.3.d. Dimension psychologique	50
II.3.e. La dimension environnementale	53
III. L'Anorexie mentale dans les médias.....	55
III.1. Les Réseaux sociaux	55
III.1.a. Définition.....	55
III.1.b. Adolescents et réseaux sociaux	56
III.1.c. Âge légal d'utilisation des réseaux sociaux.....	59
III.1.d. Description des principaux réseaux sociaux utilisés par les adolescents.....	60
III.1.e. Discours remarquables véhiculés par les réseaux sociaux d'internet	67
III.2. Nouveaux usages imputables à l'essor d'internet	72
III.2.a. Médias de masse et TCA.....	72
III.2.b. Démocratisation d'internet et naissance des mouvements "pro-ana"	74
III.2.c. Tentatives d'encadrement légal du contenu d'internet	75
III.2.d. Ce qu'on sait de l'usage d'internet chez les personnes présentant une anorexie mentale	76
I. Introduction	80
II. Objectif de l'étude	81
II.1. Question de recherche	81
III. Matériel et méthode	82
III.1. Méthode	82
III.1.1. Justification du choix méthodologique	82
III.1.2. Présentation des méthodes de recherche qualitatives.....	83
III.2. Échantillon.....	84
III.2.1. Critères d'inclusion.....	84
III.2.2. Critères de non-inclusion	85

Critères de non-inclusion	86
III.2.3. Échantillonnage	86
III.3. Recueil des données	87
III.3.1. Contacts avec les participants	87
III.3.2. Déroulement des entretiens	87
III.3.3. Analyse des données.....	88
III.4. Déclaration éthique	90
IV. Résultats	91
IV.1. Les réseaux sociaux comme tiers dans les relations	92
IV.1.a. Dans la relation famille/patient	92
IV.1.b. Dans la relation sujet/corps	93
IV.2. Les réseaux sociaux comme soutien de la réémergence d'un élan vital	94
IV.2.a. En participant à faire réapparaître la dimension de plaisir de l'alimentation.....	94
IV.2.b. En proposant des contenus pourvoyeurs de désirs.....	94
IV.3. Les réseaux sociaux comme terrain propice aux identifications	95
IV.3.a. Aux identifications morbides.....	95
IV.3.b. D'une identité de malade à une identité adolescente.	95
IV.4. Les réseaux sociaux comme terreau de la maladie	96
IV.4.a. Un contexte propice.....	96
IV.4.b. Des moyens rodés.....	97
IV.4.c. Les effets repérés	98
V. Discussion	99
V.1. Résultats actuels et perspectives de réflexions pour la suite des passations	99
V.2. Limites de l'étude	103
V.3. Dimension réflexive.....	105

Conclusion	108
VI. Bibliographie	109
Annexes	109
I. Glossaire	124
II. Grille d'entretien	127
III. Questionnaire sociodémographique	128
Résumé et mots clés	141
SERMENT	142
Résumé et mots clés	143

Liste des abréviations

AM : Anorexie mentale

CESP : Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations

CMP : Centre médico-psychologique

CPP : Comité de protection des personnes

EBM : Evidence-Based Medicine « médecine fondée sur les preuves »

HAS : Haute autorité de santé

IPA : Analyse phénoménologique interprétative

RS : réseaux sociaux

SFPDEA : Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent et
Disciplines Associées

SPOC : (Small Private Online Course) “cours en ligne en petit groupe”

TA : Trouble anxieux

TCA : trouble des comportements alimentaires

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

UPA : Unité pour adolescents

Introduction

L'anorexie mentale compte parmi les troubles des conduites alimentaires les plus anciennement identifiés et les plus largement étudiés (Lasègue 1873; Marcelli et al. 2018). Définie par les critères du DSM (American Psychiatric Association 2016) et de la CIM-10, sa prise en charge constitue un enjeu de santé publique puisque l'anorexie mentale demeure encore aujourd'hui un défi thérapeutique et présente l'un des taux de mortalité parmi les plus élevés des pathologies psychiatriques, entre 5 % et 10 % selon les études (Roux et al. 2013). Le premier diagnostic est posé le plus souvent entre 14 ans et 17 ans, le sex-ratio est d'un homme pour neuf femmes. Suivant les études et les populations étudiées, la prévalence vie-entière varierait entre 0,9 et 2,2 % chez les femmes et 0,2 et 0,3 % chez les hommes. En France, la prévalence se situerait entre 0,9 et 1,5 % chez les femmes (HAS 2010). Cette prévalence apparaît stable depuis plusieurs décennies (Roux et al. 2013).

La prise en charge de ce trouble est de fait à la fois somatique et psychiatrique. Elle consiste en une « réhabilitation physique et nutritionnelle » et une intervention psychosociale (HAS 2010) pouvant prendre diverses formes en fonction de l'évolution du trouble : psychothérapie individuelle, thérapie familiale... Les traitements médicamenteux n'ont qu'une place limitée dans le traitement de l'anorexie mentale (Blanchet et al. 2019).

L'anorexie mentale suscite un intérêt grandissant qui témoigne d'une augmentation de la prévalence, principalement des formes sub-syndromiques, mais aussi de leur fort impact dans l'imaginaire individuel et social. Située au carrefour de la psychologie, des relations familiales, d'enjeux sociaux, et de la médecine somatique, cette pathologie constitue, par sa complexité, une énigme non résolue à ce jour.

La prise en compte de l'environnement nous semble indispensable pour accéder à ses patientes, souvent difficiles à rencontrer. Nous avons pris le parti de nous intéresser aux réseaux sociaux puisqu'ils sont massivement utilisés par les adolescents et constituent une révolution rapide et majeure dans le rapport à soi et aux autres. La génération actuellement adolescente a grandi avec l'utilisation des réseaux sociaux et d'internet au quotidien.

Nous avons fait le choix de nous intéresser aux liens entre un phénomène social et un trouble psychiatrique puisque l'exercice de la psychiatrie est par essence lié à la société dans laquelle nous pratiquons. En effet, c'est la discipline qui traite de la subjectivité de l'individu dans son rapport au monde.

Ce travail s'attachera, dans un premier temps, à considérer le corps et les restrictions alimentaires d'un point de vue sociohistorique, à définir l'anorexie mentale et enfin à présenter les réseaux sociaux. Dans un second temps, il s'agira de présenter notre projet de recherche qualitative dont l'objectif est de faire émerger des hypothèses visant à comprendre l'impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur le trouble anorexique à partir des représentations de patientes.

Partie 1 :

Bases théoriques

I. Histoire des corps

Les représentations actuelles du corps sont le résultat d'une évolution de la conceptualisation du corps au cours du temps. Cette conceptualisation est étroitement liée à la société et à ses besoins dans un contexte donné. Plusieurs dimensions de ce corps ont été étudiées et témoignent de ces évolutions.

I.1 L'identité et le corps

Le corps n'a pas toujours été associé au Moi (au sens freudien). Il s'agit bien sûr de l'apposition d'un concept anachronique puisque Freud ne définit le Moi qu'en 1920 dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir* (Freud 1920).

Jusqu'au XVII^e s., la célèbre assertion de Descartes « je pense donc je suis » (Descartes 1637) reformule la représentation dominante selon laquelle c'est l'âme qui permet de définir son identité : le Moi est circonscrit à l'esprit.

À partir des Lumières, on pourrait schématiser la conception du Moi par l'assertion suivante : « je sens donc je suis ». Avec l'intérêt grandissant pour la perception des sensations internes et externes, la progression des techniques médicales et plus largement les changements de paradigme qui s'opèrent à cette époque, le corps, par ses capacités de perception sensorielle, intègre la définition du Moi.

À partir de la fin du XIX^e et plus significativement au XX^e siècle, le paradigme concernant le corps pourrait se réduire à : « je suis vu donc je suis ». Il s'agit de prendre en compte le regard de l'autre dans la construction du Moi (Vigarelli 2014b).

I.1.a. Un corps utile

À l'époque médiévale, le corps est considéré principalement dans sa dimension fonctionnelle. La beauté est donc directement liée à ce que le corps est capable de « faire ». Les sociétés occidentales stigmatisent les corps obèses car associés à de l'impotence alors qu'un léger surpoids est perçu comme « beau » car considéré comme efficace, que ce soit pour se battre ou pour effectuer des

travaux difficiles. La minceur et la maigreur sont alors associées à la pauvreté extrême ainsi qu'à la mort. (Vigarello 2010).

1.1.b. D'un corps efficace à un critère de distinction sociale

À partir du XVII^e siècle, le corps du paysan, puis celui de l'ouvrier, doit être robuste puisqu'il constitue l'outil de travail principal à la création de richesses. À l'opposé, ceux des aristocrates et des bourgeois doivent être beaux et raffinés. Dès le XVIII^e, la minceur devient un critère de beauté mais aussi de distinction sociale de la part de l'aristocratie, alors même qu'elle se voit progressivement dépassée sur le plan économique par la bourgeoisie (Darmon 2007)(p 7-35). Au XIX^e, à l'époque romantique, les représentations artistiques témoignent de la progression de ce nouvel idéal de beauté que constitue la minceur extrême voire malade : on parle alors de corps diaphane.

1.1.c. La beauté devient genrée

La beauté devient une priorité féminine à partir de la Renaissance. Il est intéressant de s'arrêter sur l'évolution des normes de beauté (Baboulene 2005).

Au XIV^e et XV^e siècles, l'idéal de beauté est la déesse Vénus. La beauté est considérée comme une qualité divine. S'en approcher par le recours à des artifices est un critère de malhonnêteté.

Au XVII^e, bien que la part divine de la beauté perdure, l'idéal de beauté se nuance. À cette époque, la beauté réside dans le détail. Le recours aux artifices se développe.

Dès la fin du XIX^e, le marché de la beauté explose. La beauté devient même un métier. Les normes de beauté permettent le recours parfois excessif au remodelage du corps par la chirurgie esthétique ou la pratique d'activités physiques. La minceur s'impose comme le critère de beauté principal, d'autant qu'elle est associée à d'autres qualités, telles que la réussite socio-scolaire, l'intelligence, la volonté, la bonne santé.

Les morphologies de référence évoluent rapidement, comme en témoigne le tableau 1 par lequel nous constatons une diminution de 8,5 kg du poids « conseillé » pour une femme de 1,60 mètre.

année	poids en kg conseillé par <i>Votre beauté</i> pour une femme de 1,60 m
janvier 1929	60
avril 1932	54
août 1932	53-52
mai 1939	51.5

Tableau 1 · Mensurations « conseillées » par le magazine *Votre beauté* dans les années 1930 (Vigarello 2014a).

Actuellement, la beauté physique, en particulier la minceur, tend à être confondue avec l'attraction sociale. Il s'agit d'être vu pour être reconnu. Masquer ses défauts devient alors essentiel pour renvoyer une image de soi favorable. Les critères sont toujours genrés. Cependant, la pression sociale s'exerce de plus en plus fortement sur les hommes et les pousse à utiliser ces mêmes techniques de dissimulation de ce qu'ils considèrent comme des défauts. Aujourd'hui, le concept de « beauté holistique » regroupe toutes ces dimensions de la beauté.

I.2. L'anorexie avant l'anorexie ?

L'anorexie mentale compte parmi les troubles les plus anciennement identifiés et dont la catégorisation a très peu évolué dans les différentes nosographies. La stéréotypie du tableau clinique ainsi que la relative stabilité de la répartition du trouble dans la population générale permettent de retrouver des descriptions anciennes de restrictions drastiques pouvant conduire à la mort. Pour autant peut-on les considérer comme des tableaux d'anorexie ?

Les premiers témoignages référencés de jeûnes drastiques sont attribués à Hippocrate et au philosophe Socrate, qui les préconisaient pour développer la clairvoyance, l'intelligence et pour se protéger de certaines pathologies somatiques.

Par ailleurs, certains auteurs voient une description d'anorexie mentale dans le mythe de Narcisse et Echo (Corcos 2011). Écho, nymphe accusée par la déesse Héra d'avoir aidé Zeus à la tromper en détournant son attention, fut ensorcelée et perdit sa voix pour n'être en mesure que de répéter les derniers mots qu'elle

entendait. Peu après, elle tomba amoureuse de Narcisse, qui l'éconduisit brutalement, lassé de ne pas pouvoir échanger avec elle. Écho en fut tellement affectée qu'elle s'isola dans une caverne, cessa de s'alimenter et s'amaigrit jusqu'à ce que son corps disparaisse et ne reste d'elle qu'une voix (Ovide Livre III v 359-401).

Si l'on considère rapidement la compréhension psychopathologique psychanalytique de l'anorexie mentale, ce mythe met en lumière le lien entre le processus de deuil et l'anorexie mentale. On pourrait ainsi considérer la restriction alimentaire d'Écho comme un aménagement défensif à la confrontation du deuil du lien à l'autre par le surinvestissement d'un objet du monde externe (concept de dépendance). Par ailleurs, d'un point de vue systémique, Écho se retrouverait aux prises du conflit conjugal entre Zeus et Héra en triangulant leur relation. Écho dépositaire du secret de l'adultère de Zeus se retrouve punie par Héra. Les effets du sort jeté par cette dernière constituant le premier symptôme d'un trouble de l'oralité.

Au Moyen Âge, on retrouve des descriptions de pratiques de jeûne volontaire prolongé. Durant le haut Moyen Âge (V^e-X^e siècles), c'est d'abord une pratique associée à la possession diabolique des corps ou à un miracle divin qui concerne le monde paysan. L'intérêt de cette description réside dans la compréhension de ces pratiques du jeûne (comme manger *rien*) comme une conduite sous-tendue à la fois par la pulsion de vie, au sens où le jeun est associé au divin, à la lutte contre le diable et par la pulsion de mort, puisque ces conduites sont dangereuses au point d'être mortelles. Le concept de pulsion compris comme celui défini par Freud (Freud 1920).

Le XII^e siècle est marqué par de profonds changements des rituels religieux, la piété associant dès lors des processus internes (psychiques) à un engagement des corps : on parle de « mystique affective » ou « mystique féminine ». C'est dans ce contexte qu'apparaissent les premières descriptions de l'*anorexia mirabilis* ou anorexie sainte. La religieuse, aussi appelée mystique, est « habitée » par le Christ. Elle s'inflige des restrictions alimentaires rigoureuses (elle ne se nourrirait plus que de l'Eucharistie), et ce par dévotion mais aussi pour se soustraire aux fonctions sociales qui leur étaient allouées (Maître 1999). Ces femmes auraient trouvé là un moyen de prétendre à la canonisation et de gagner

ainsi leur place dans la hiérarchie céleste (Pini et al. 2016). La plus connue d'entre elle est Catherine de Sienne. Sa prime enfance est marquée par un environnement mortifère, sa sœur jumelle décédant quelques jours après leur naissance des conséquences de la décision de ne pas l'alimenter pour donner plus de chance de survie à Catherine de Sienne. Elle est, par la suite, délaissée par sa mère jusqu'à l'adolescence. Son adolescence sera marquée par la résistance de la jeune fille à se soumettre aux rituels de préparation au mariage. Après la mort de trois de ses sœurs, elle fait vœu de chasteté et s'engage dans une ascèse drastique. Elle réduit progressivement son temps de sommeil, son alimentation et son hydratation. Plusieurs membres de son entourage auraient tenté de la convaincre de se réalimenter mais elle aurait toujours marqué une forte opposition. Elle meurt en 1380. L'impact de ses conduites suscite l'admiration de ce qui est considéré à l'époque comme un miracle divin elle est canonisée en 1461 (Maître 1995).

Pour certains historiens comme Rudolph Bell (Bell 2014), l'analogie entre cette ascèse religieuse et l'anorexie mentale « moderne » est possible car ces conduites sont repérées dans des sociétés où les femmes sont opprimées et cherchent à s'autonomiser. Cette lecture dite continuiste - car elle suppose une continuité psychopathologique entre l'anorexie des religieuses du Moyen Âge et l'anorexie mentale présentée par les patientes actuelles - ne fait cependant pas consensus dans la communauté scientifique. Ainsi, Caroline Bynum (Bynum 2000) et Jules Bemporad (Bemporad 1996), sans pour autant nier la dimension émancipatrice du jeûne pour ces religieuses, réfutent une analogie qu'ils jugent impossible à établir sans commettre un certain nombre d'entorses méthodologiques et épistémologiques : il s'agit ici de transposer des textes biographiques, parfois romancés, produits d'une époque où la discipline clinique qu'est la psychiatrie n'existait pas, à des descriptions cliniques actuelles. Cela dit, indépendamment de cette querelle historiographique, il apparaît intéressant de souligner que, comme l'anorexique décrite par la psychiatrie, ces « mystiques » utilisent leur corps comme un instrument d'expression du symbolique.

À partir du XVII^e siècle, les pratiques de jeûnes drastiques ne sont plus l'apanage du religieux. En même temps que l'observation clinique se protocolise, les

premières situations de restrictions alimentaires volontaires sont décrites par un prisme médical. On attribue ainsi au médecin Richard Morton la première description médicale de ce qu'il nomme *phtisie nerveuse* : la dimension mystique reste présente mais n'est plus la seule explication.

À partir du XVIII^e siècle, les restrictions alimentaires volontaires sont plus étroitement liées à l'image du corps féminin. Ces pratiques perdent totalement leur dimension mystique pour s'inscrire dans une dimension socio-culturelle. Comme on l'a vu dans la partie I.1, la minceur devient un critère de distinction sociale. On peut illustrer ce mouvement par une célèbre citation de la Duchesse de Windsor : « Vous ne pouvez jamais être trop riche ou trop mince » (Schlienger 2023). Ainsi, à l'époque victorienne, les descriptions des restrictions alimentaires se multiplient.

Bien que ces descriptions historiques permettent de dégager des observations proches de celles formulées par la psychopathologie du trouble anorexique, il serait audacieux d'en faire une transposition exacte : les discours ne sont pas homogènes et ne se conforment pas aux critères de scientificité actuels ; ils changent au grès des grilles de lecture et des projections au service desquelles ils rentrent et au sein desquelles ils ne constituent bien souvent que des arguments secondaires.

I.3. L'anorexie mentale depuis la naissance de la psychiatrie

La communauté scientifique s'accorde sur une émergence du diagnostic d'anorexie mentale vers la fin du XIX^e siècle. Elle attribue cette découverte au médecin français Ernest-Charles Lasègue et à son homologue anglais Sir William Gull, lesquels publièrent respectivement en octobre 1873 et avril 1873. Ces deux auteurs, bien que contemporains, vont proposer, à partir de présupposés étiopathogéniques différents, des descriptions sémiologiques similaires.

Dans son article fondateur, Charles-Ernest Lasègue décrit, à partir de huit situations cliniques, cette nouvelle entité d'origine non organique touchant des femmes, désignée alors par le terme « anorexie hystérique » (Lasègue 1873). Les symptômes alimentaires seront repris plus tard par Freud pour illustrer la question de la pulsion orale.

Dans sa première publication sur ce trouble, Sir William Gull, le nomme *apepsia hysterica*, renvoyant à une étiologie organique du trouble (défaut de sécrétion de pepsine gastrique). En 1873, dans sa deuxième publication, il abandonne cette hypothèse gastrique au profit d'une étiologie mentale. Il se concentre sur une description fine de la sémiologie, insiste sur la vulnérabilité psychique des jeunes femmes atteintes et renomme le trouble *anorexia nervosa*. Dans ce deuxième écrit, il évoque sans les détailler une participation héréditaire à l'apparition de ce trouble mental et la pathogénicité de la famille. Enfin, dans une troisième communication en 1888, il décrit pour la première fois les conduites d'hyperactivité motrice ainsi que l'abord thérapeutique. Il élabore enfin l'hypothèse « qu'une perversion de l'égo » pourrait être à l'origine du trouble. Cette hypothèse est vivement réfutée par ses contemporains (Schlienger 2023).

L'intérêt de ces descriptions réside dans la reprise, au cours du XX^e siècle, des hypothèses étiologiques établies par ces deux cliniciens. Elles feront l'objet de recherches endocrinologiques, génétiques...

L'anorexie mentale fait partie des 60 diagnostics établis par le DSM I (Diagnostic and Statistical Manual 1^{er} révision) en 1952. Ce trouble est classé parmi les troubles psychophysiologiques. Dans la deuxième version du DSM, l'anorexie mentale est classée dans la catégorie des perturbations alimentaires avec le Pica et le mérycisme. À partir du DSM III, l'anorexie mentale et les autres TCA sont associés aux troubles spécifiques des enfants et des adolescents (Schlienger 2023).

Continuum historique des critères diagnostiques de l'AM

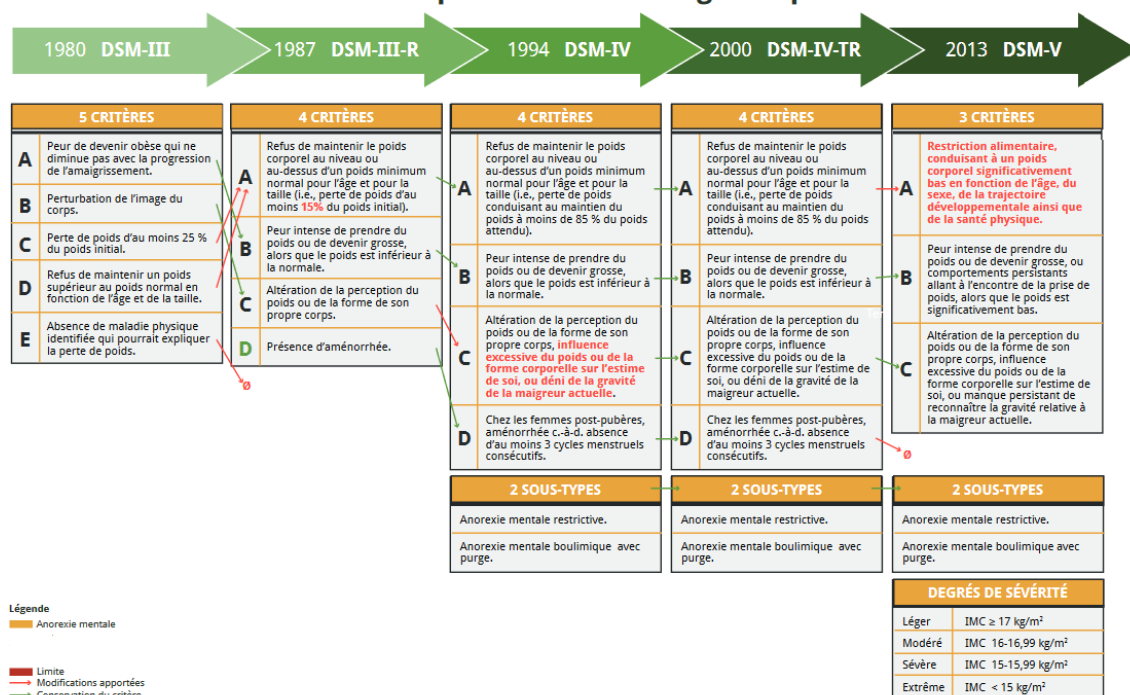


Figure 1 · Continuum historique du diagnostic d'AM (Monthuy-Blanc 2018)

I.4. Points de vue sociologiques et politiques

L'approche sociologique n'est pas évidente. Puisque l'anorexie mentale est considérée comme un objet d'étude médical, la sociologie n'aurait pas sa place dans le processus de compréhension du trouble. Pour Muriel Darmon, cependant, dans la continuité d'Émile Durkheim, un objet d'étude ne peut être l'apanage exclusif d'un champ disciplinaire. Il s'agira donc dans ce chapitre de considérer l'objet anorexie comme un fait social (Darmon 2007).

Précisons d'abord que l'apport sociologique n'est pas totalement nié par les sciences médicales. Il est néanmoins relégué à l'étude des facteurs étiologiques et permet simplement de compléter l'épidémiologie du trouble. La question de la sociologie de l'anorexie est ainsi intégrée dans le DSM à partir de sa quatrième édition puisque l'item « caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe » y apparaît. Il débute par le constat suivant : « c'est dans les sociétés industrialisées que la prévalence de l'anorexie mentale apparaît, de loin, la plus élevée, sociétés dans lesquelles la nourriture est présente en abondance et où prévaut l'idée que

pour être séduisant il faut être mince, en particulier lorsque l'on est une femme » (code F50.0 [307.1]) (American Psychiatric Association 1994).

Par ailleurs, en sociologie la maladie peut être considérée comme une déviance au sens où elle est une construction sociale et caractérise un écart par rapport à la norme médicale établie (Abdmouleh 2007). L'anorexie pourrait donc être considérée à la fois comme une déviance médicale- les conséquences de la perte de poids représentent un danger de mort- et comme une déviance sociale, déviance particulière puisqu'elle est motivée par le désir de se conformer à une norme. La déviance sociale n'apparaissant qu'à postériori, lorsque le poids atteint se situe en dessous des normes de beauté prescrites autrement dit au moment où les deux systèmes normatifs- médical et social- s'entrechoquent. Cela rend l'apport sociologique d'autant plus intéressant pour l'étude de ce trouble.

1.4.a. La carrière anorexique

Dans son ouvrage *Devenir anorexique* (Darmon 2007), Muriel Darmon opère un décalage heuristique : il ne s'agit plus de déterminer qui sont les anorexiques, c'est-à-dire de caractériser la population souvent attribuée à son objet d'étude, mais de s'intéresser à ce que font les anorexiques, autrement dit d'étudier leur activité. Elle en vient ainsi à décrire la **carrière anorexique**, comprise comme l'activité à laquelle les anorexiques se consacrent dans la perspective d'une « transformation de soi ». À l'issue de sa recherche, elle en est venue à décomposer cette « carrière » en quatre étapes. Les deux premières consistent à se construire une « seconde nature » ; elles sont rendues possibles par la présence, à un temps donné, de certaines variables sociales et s'apparenterait, selon elle, à une forme de recrutement. Les deux dernières étapes sont marquées par l'intervention des institutions médicales dont l'objectif consiste à lutter contre cette « seconde nature ».

- 1- « Commencer » · Il s'agit de se familiariser avec le travail anorexique – en débutant un régime par exemple – puis de rompre brutalement avec les pratiques socialement admises, sans que cela soit repéré par l'entourage à ce moment-là.
- 2- « Continuer » · Cette phase apparaît en continuité de la première. Les pratiques ne changent pas mais c'est leur intensité et leur systématisation

qui évoluent. Ces aménagements sont conscients et activement mis en place, le but étant d'arriver au résultat escompté.

3- « Continuer : maintenir l'engagement malgré les alertes et la surveillance » ·

À ce stade de la carrière, le diagnostic est posé et les effets de leur entreprise leurs sont signifiés. Les patientes commencent alors à être surveillées, d'abord par leur entourage, puis par les institutions médicales. Le travail devient discret. L'intervention du médical est centrale et commence son travail de « socialisation secondaire » : il s'agit dès lors de faire disparaître les aménagements entrepris depuis le début de leur carrière.

4- « Être prise en charge : s'en remettre à l'institution » · Cette dernière étape est marquée par l'assimilation des « impositions normatives » transmises par l'institution médicale. C'est l'aboutissement du processus de « socialisation secondaire ».

Muriel Darmon termine son étude par la caractérisation des conditions spatio-temporelles dans lesquelles peut se réaliser cette carrière. Elle décrit l'entrecroisement de plusieurs variables sociales à un temps donné rendant possible l'engagement dans cette carrière.

L'anorexie mentale est considérée en sociologie comme une pratique déviante – la déviance étant définie comme un ensemble de pratiques s'inscrivant dans une transgression de la norme – au moment du maintien de l'engagement malgré les alertes (Scodellaro et al. 2017).

1.4.b. Les théories féministes

Ces travaux émanent de mouvements féministes anglosaxons. Ils s'intéressent aux liens entre anorexie et contexte sociétal et se fondent sur un présupposé commun selon lequel l'anorexie serait une conséquence du patriarcat. Deux mouvements distincts y prennent leur source : d'après le premier, les femmes anorexiques seraient des victimes du patriarcat ; d'après le second, l'anorexie serait une manière pour les femmes de protester et de s'autonomiser à l'égard de ce système oppressif.

La société patriarcale serait responsable de l'apparition du concept de féminité dans son acception actuelle. Ce concept aurait donné une cohérence théorique

au fait que les femmes soient assujetties à une image passive voire docile puisqu'elles seraient naturellement plus fragiles et plus faibles, contribuant ainsi à la réification des femmes et à l'établissement de relations de pouvoir inégalitaires entre hommes et femmes.

Sandra Lee, philosophe, emprunte à Foucault son concept de « domination des corps » pour expliquer comment les normes de féminité, notamment de minceur, réglementeraient le corps des femmes : pour être jugé socialement apte, le corps des femmes doit être amélioré par des techniques diverses, allant de l'exercice physique à la chirurgie en passant par les régimes. Le sentiment de choisir librement le fait d'améliorer ou non son corps serait illusoire et conduirait en définitive à une aliénation du corps des femmes (Bartky 2013).

Au cours du XX^e siècle, les idéaux de beauté semblent se faire de plus en plus exigeants. Selon l'autrice Naomi Wolf (Wolf 1991), cette tendance à rendre inatteignables ces idéaux aurait été imposée par les sociétés patriarcales en réaction aux différentes vagues d'émancipation des femmes qui caractérisent cette période (accès au travail tertiaire, autonomisation financière à l'égard du conjoint, acquisition du droit de vote). Sur la question précise du travail, Naomi Wolf développe l'idée d'une « qualification professionnelle de beauté » : pour accéder à de nombreux secteurs du marché du travail, les femmes doivent être non seulement compétentes mais également belles, jeunes et minces.

La question de la domination est reprise, enfin, par l'essayiste Mona Chollet. Pour cette autrice, les régimes et la *diet culture* seraient un moyen de contrôler les femmes en les incitant à se focaliser sur leur corps et leur apparence pour mieux les détourner des sujets politiques qui animent la place publique (Chollet 2015).

1.4.c. La « théorie médiatique »

La théorie médiatique résulterait de travaux critiquant le rôle des médias -plus particulièrement celui de la presse dite féminine- dans l'objectivation du corps des femmes. Elle reprend donc des bases aux théories féministes et s'est largement diffusée puisqu'elle a été reprise par les médias eux même. Le présupposé de base se fonde sur la question de la responsabilité de l'industrie de la mode dans l'imposition d'un idéal de maigreur.

Les dossiers de presse à propos de l'anorexie se multiplient après le décès d'une mannequin anorexique en 2006. Cette théorie, à la lumière de l'étude de ces articles de presse, présente les patientes comme des victimes des normes diffusées par les médias. Les pratiques anorexiques n'y figurent pas, les critères diagnostics n'y ont qu'une place secondaire visant à attester dans la dangerosité du trouble. Autrement dit la déviance à la norme sociale serait prépondérante dans la genèse du trouble. Cette assertion appuie la thèse d'une étiologie exclusivement sociale -ici représentées par la diffusion d'un idéal de maigreur- de l'anorexie mentale. Le régime est considéré comme le seul moyen d'entrer dans la maladie, ce qui rend la pratique pathogène par essence. Cette théorie ne prend pas en compte le discours médical qui tend à resituer ce phénomène dans une constellation d'éléments notamment d'éléments propre au sujet et à son histoire. Elle prend appuie sur le croisement de bribes de discours médicaux qui alertent sur la dangerosité potentielle de l'exposition à la maigreur et appellent à une modification des pratiques, avec le discours des acteurs de l'industrie de la mode qui se dégagent de cette responsabilité de créateurs de normes en se présentant comme des exécutants (Arnoult 2009).

Cette théorie sociologique – au sens où elle propose un modèle de compréhension social au trouble- est réfutée par de nombreux sociologues, dont Muriel Darmon, qui juge cette théorie simpliste -puisque basé sur un simple rapport de causalité- et décrédibilisant l'apport sociologique (Darmon 2007)(p 63). Il n'empêche que c'est aujourd'hui la plus communément reprise.

II. L'anorexie mentale un trouble des conduites alimentaires

II.1. Définitions pré-requises

II.1.a. Alimentation

C'est un acte conscient qui permet le maintien en bonne santé et plus largement la survie par l'ingestion d'aliments nécessaires, par leur composition, au bon fonctionnement de l'organisme.

II.1.b. Conduites alimentaires

C'est la prise en compte des dimensions socio-culturelle religieuse et éthique de l'alimentation. Cette définition associe l'alimentation à l'hédonisme et à une part symbolique.

II.1.c. Troubles de conduites alimentaires (TCA)

Les TCA se définissent par la persistance de perturbations de l'alimentation et/ou des comportements alimentaires qui impactent le fonctionnement social et la santé physique des individus atteints. Le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual cinquième révision) reconnaît le Pica, le mérycisme, les troubles de l'alimentation avec restriction ou évitement, les accès d'hyperphagie la boulimie et l'anorexie mentale comme des TCA. Hormis pour le PICA les autres troubles cités sont mutuellement exclusifs (American Psychiatric Association 2016).

II.2. L'anorexie mentale (l'AM)

II.2.a. Définition selon le DSM V

L'AM est un TCA qui se caractérise par sa situation entre la médecine somatique et psychiatrique puisque-elle associe des signes physiques à des symptômes psychiatriques.

Dans le DSM l'AM est défini par l'association de trois critères.

Critères diagnostics selon le DSM V
A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu. B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas. C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Tableau 2 Critères diagnostics de l'anorexie mentale selon le DSM (American Psychiatric Association 2016).

Le premier critère énoncé dans le DSM est une perte de poids importante liée à une restriction volontaire des apports alimentaires. Cette perte de poids est mesurable par les indices couramment utilisés en médecine tel que l'indice de masse corporelle (IMC). Il s'agit aussi de prendre en compte l'histoire pondérale des individus, les modifications éventuelles du bilan biologique ainsi que l'examen clinique. Pour les enfants et les adolescents, la perte de poids s'observe par une stagnation dans le développement pondéral ou une cassure nette de la courbe pondérale. Un retentissement sur la taille peut apparaître en cas de chronicisation du trouble.

Le second critère est celui de la peur intense de devenir gros, ou même de prendre du poids. Cette peur ne s'améliore pas, voire est aggravée par la perte de poids.

Enfin, le troisième critère est l'altération persistante et majeure de son image corporelle, de son poids, de la gravité de son état de maigreur. Dans certains

cas, il peut s'agir d'une préoccupation ciblée d'une partie du corps (souvent les fesses, les cuisses et le ventre) alors que l'état de maigreur est perçu.

Ces deux derniers critères peuvent aboutir à des mesures répétées, voire compulsives : la pesée, des mesures de circonférence des membres supérieurs et inférieurs ou un examen minutieux devant un miroir.

Le recours aux soins est, dans la plupart des cas, à l'initiative de l'entourage car une anosognosie est souvent présente au début du trouble.

Les conduites de restriction, les mesures répétées sont souvent cachées dans les premiers temps du trouble, de même que l'amaigrissement. Cela aboutit à un recours tardif aux soins.

Le code CIM-10 de l'AM est F.50.

Définir les sous-types de l'anorexie mentale

Deux sous-types sont différenciés dans ces deux classifications.

Le sous-type restrictif : il s'agit d'une perte de poids exclusivement consécutive à un régime restrictif (hypocalorique) et parfois associée à une activité physique importante, pendant au moins trois mois.

Le sous-type anorexie avec accès hyperphagiques/prise de purgatifs communément appelé « anorexie boulimique » : cliniquement, il se traduit par l'association de conduites de restriction à des accès hyperphagiques compensés soit par des vomissements soit par le mésusage de laxatifs ou de diurétiques afin d'éliminer les prises alimentaires. Parfois ce mésusage existe sans prise alimentaire excessive et incontrôlée.

Le passage d'un sous-type à l'autre est fréquent au cours de l'évolution de la maladie.

Évaluer la gravité du trouble

Il y a aussi à évaluer la gravité du trouble. Pour cela, le suivi de l'IMC est utilisé (poids en kg / taille en m²). La mesure de la gravité par le seul indicateur qu'est l'IMC est imparfaite et doit être complémenté par le retentissement social et fonctionnel des symptômes.

Gravité de l'anorexie chez l'adulte dérivée de la définition de la maigreur selon l'OMS
léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
moyen : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
grave : $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Tableaux 3 · Critères de gravité de l'AM chez les adultes établis par la HAS (HAS 2010).

Pour l'enfant et l'adolescent il est convenu que c'est un IMC en dessous du 5^e percentile qui caractérise la gravité du trouble.

II.2.b. Abords psychopathologiques

II.2.b.1. Considérations psychanalytiques

L'anorexie mentale occupe une place à part en psychiatrie, d'une part par sa position à la frontière entre la médecine psychiatrique et somatique et d'autre part par la stéréotypie clinique et la prévalence féminine de ce trouble qui dénote avec le polymorphisme habituellement retrouvé dans la clinique de l'adolescent. (Marcelli et al. 2018)(p135) Cependant, cette stéréotypie renvoie-t-elle à une forme unique ou des formes multiples d'anorexie mentale ?

Il convient pour un certain nombre d'auteurs (Bruch 1979; Dewambrechies-La Sagna 2006) de distinguer l'investissement délirant de la nourriture que l'on observe dans certains troubles psychotiques de l'anorexie vraie que nous allons tenter de décrire dans ce chapitre.

L'anorexie hystérique

Les cliniciens lacaniens décrivent l'anorexie hystérique : elle reposerait sur une interprétation du sujet, de la maigreur comme moyen de susciter le désir chez le sujet de sexe opposé, dans la mesure où elle est valorisée comme telle dans nos sociétés.

L'anorexie associé à un trouble psychotique

L'anorexie psychotique se retrouverait dans des formes de mélancolie, d'hypochondrie délirante ou encore dans le délire paranoïaque d'empoisonnement. Il semblerait que dans ces situations il s'agisse de traiter le

symptôme anorexique par le traitement du trouble psychotique : l'utilisation des traitements antipsychotiques pourrait avoir une efficacité pour apaiser le délire.

L'anorexie vraie

La structure du sujet souffrant d'anorexie vraie ne pourrait pas être assimilée à une structure névrotique classique. Actuellement, les cliniciens s'accordent pour classer l'AM dite « vraie » dans les fonctionnements limites, c'est-à-dire que les patients présenteraient des traits psychopathologiques ainsi que des mécanismes de défenses repérés dans les structurations névrotiques et les structurations psychotiques (Jeammet 1989; Marcelli et al. 2018).

Par ailleurs, ce qui différencierait l'AM vraie d'un symptôme inhérent à une structure psychotique serait cet entraînement à « l'auto-illusion » qui expliquerait qu'elles « ne voient pas » leur état de maigreur. On pourrait ainsi considérer le développement de la maladie anorexique comme un processus long et actif.

Nous proposons de décomposer la présentation en plusieurs modèles de compréhension. Ces modèles ne s'excluent pas. Le choix de les présenter distinctement a été imaginé de manière à rendre notre propos plus clair. Pour cela, nous nous sommes inspirés des modèles définis par Marcelli (Marcelli et al. 2018) (p 156-159).

Le modèle centré sur une dualité entre la vie et la mort

Lacan, assimile l'anorexie vraie à l'expression de la dualité vie-mort. « Manger du rien » est entendu comme une méconnaissance du sujet des limites « physiques » de son corps : la faim, le froid, ou le sommeil (Dewambrechies-La Sagna 2011). Il considère d'ailleurs l'AM vraie comme une forme de suicide différé.

Le modèle ontogénétique

Cet abord sera principalement développé à partir du travail phénoménologique de Hilde Bruch (Bruch 1979).

Le postulat de départ est que l'AM serait une réponse à une fragilité narcissique résultant de l'association entre des défaillances dans les interactions précoces et un modèle éducatif spécifique.

Les réponses externes aux besoins exprimés par le nourrisson, ici le besoin d'être nourri, permettraient à ce dernier d'expérimenter et de reconnaître par la suite les sensations de satiété et de faim. (*ibid* p 35-51)

Ce postulat n'a pas pour fonction d'accuser les familles d'un défaut de soin mais plutôt de s'intéresser aux difficultés qu'elles ont pu rencontrer pour reconnaître les besoins primaires de leur nourrisson et s'y adapter (*ibid* p 52-73)

Durant la phase de latence, l'enfant occuperait déjà une place dans les interactions conjugales en triangulant la relation. L'enfant s'engagerait alors à tenter de neutraliser ces difficultés en soutenant ses parents par la satisfaction de leurs désirs. (*ibid* p 35-51) au détriment des siens. Ces conflits conjugaux seraient habituellement minimisés par le couple qui projetterait l'émiettement (morcellement) familial sur l'enfant, désigné symptôme.

Concernant le modèle éducatif, il est marqué par la soumission excessive de ces enfants aux exigences de leurs parents. Les enfants qui en ont bénéficié sont considérés comme modèles. Cette soumission, qui pourrait sembler excessive, n'est pas repérée et même valorisée (*ibid* p 35-51).

Cette adaptation excessive aux désirs de l'autre, entraînerait des répercussions dans les relations amicales à l'adolescence. Ainsi, le jeune se conformerait à son interlocuteur. Les relations amicales exclusives seraient alors privilégiées car le groupe lui ferait vivre une expérience de morcellement.

Un sentiment d'exclusion serait aussi observé chez ces jeunes qui pourrait s'expliquer par un détournement des centres d'intérêts partagé par ses pairs notamment ceux en lien avec la génitalisation des désirs.

Par ailleurs au moment de l'adolescence, la dévotion parentale et les conditions de vie dont le sujet a bénéficié, sont estimées comme idéales. Ce « luxe » perçu serait à l'origine d'une symptomatologie anxieuse lié au devoir de remboursement d'une dette imaginaire aux parents par l'assujettissement à leurs exigences (*ibid* p 52-73)

L'AM permettrait alors de s'extraire de cette contrainte et la reprise de poids serait assimilée au devoir de se reconformer aux attentes parentales.

D'autres éléments sont décrits pour étayer l'hypothèse ontogénétique du trouble comme des préoccupations corporelles et alimentaires partagés par tous les membres de la famille.

Enfin, dans les temps thérapeutiques incluant la famille, il est décrit une « Confusion des pronoms ». Il s'agirait d'une modalité d'échange par laquelle chacun serait en mesure d'exprimer la pensée de l'autre tout en l'annulant (ibid p 52-73).

Le modèle psychosomatique

La psychosomatique du point de vue psychanalytique, s'intéresse aux processus psychiques impactant le corps. De ce point de vue, l'AM serait en lien étroit avec la maturation pubertaire (Bruch 1979; Kestemberg 2005; Marcelli et al. 2018)(p123). La menace vécue par ces changements brutaux s'expliquerait par une fragilité narcissique conséquence d'une mauvaise qualité d'investissements des objets précoces et par l'impossibilité de s'en séparer pour autant (Vibert et Chabert 2010).

Pour Bruch (Bruch 1979) (p 53-74), le refus de se nourrir apparaît comme un moyen de ralentir le processus de maturation pubertaire. Le contrôle du corps pallierait ici le sentiment de perte de contrôle des autres dimensions de son existence.

Plus la perte de poids serait importante plus les patients se sentiraient dignes de l'intérêt de l'autre par le caractère extraordinaire voire impossible de leur « exploit » de contrôle. Un sentiment de supériorité naîtrait ainsi de la maîtrise du corps et de ses exigences (négation des sensations de froid, de faim de fatigue).

Pour d'autres auteurs (Selvini Palazzoli 1978; Kestemberg 2005) la restriction alimentaire dans l'anorexie mentale ne témoignerait pas d'un dégoût pour l'alimentation mais plutôt d'une défense contre le fantasme boulimique. Ainsi la négation des exigences corporelles devient une source de jouissance que Kestemberg nomme « orgasme de la faim » (Kestemberg 2005).

Le modèle somatopsychique

Il s'agit là d'étudier l'influence du corps sur la psyché. Hilde Bruch alerte sur les effets somatopsychiques de l'amaigrissement. En effet, les conséquences psychiques observées dans l'AM sont similaires à celles décrites dans les situations de privation alimentaire non consenties. Elle l'illustre par les pseudos états de désorganisation psychotique, observés dans les camps de concentration lors de la Seconde Guerre mondiale mais aussi en clinique, qui se résorbent à la reprise de poids. Elle assimile ainsi l'expression clinique de cette extrême dénutrition à « une toxicose ». Sans nier l'importance de rencontrer les patients dans la phase la plus aiguë du trouble, il lui semble nécessaire d'atteindre un poids minimal pour entamer une psychothérapie (Bruch 1979 p 11-34).

Le modèle centré sur l'étude du sujet anorexique et ses fantasmes

L'apparente richesse fantasmatique, de ces patientes, en début de la prise en charge, s'étiolerait par l'utilisation de mécanismes de défenses dit archaïques tels que le clivage, la projection, l'identification projective, le déni ou l'idéalisation primitive. Cela provoquerait des difficultés associatives. Cela est aussi remarqué par Carole Dewambrechies (Dewambrechies-La Sagna 2011), chez des patients souffrant d'AM qui accepteraient de « s'engager » dans une cure pour éviter une hospitalisation. Elle décrit leurs capacités à dissenter sans fin sur des sujets relatifs à la nourriture ou au trouble les rendant inaccessibles aux associations et par là même à la cure analytique.

La fixation anale par la maîtrise de soi et de l'autre, nourrirait l'idéal du Moi qui se confondrait alors avec le Moi conduisant à une indistinction des zones érogènes. Ce flou s'observerait dans la confusion des plaisirs anaux et oraux, et permettrait d'éclairer les conduites de purges par vomissement et par prise de laxatifs. Cette confusion apparaît aussi comme un outil de compréhension intéressant de la discordance remarquée entre les connaissances académiques de la physiologie souvent poussées chez ces patients et le discours tenu quasi-délirant concernant leur fonctionnement digestif. Par exemple, la justification de l'hyperactivité physique comme nécessaire à la bonne répartition des graisses (l'alimentation ne pouvant qu'engraisser) (Bruch 1979)(p 93-114)(Vincent 2009).

Place de la sexualité dans l'anorexie mentale

Freud relie l'AM à l'hystérie, puisqu'il considère « la névrose alimentaire » comme un symptôme de conversion lié au refoulement de la sexualité. La libido serait déplacée de la génitalité à l'oralité. L'acte alimentaire étant érotisé l'appétit est refoulé. Cela toucherait des femmes qui craindraient leur féminité (Micheli-Rechtman 2002).

La génitalisation des pulsions, la dépendance aux objets externes et le réveil du complexe d'Œdipe à l'adolescence, donnent un cachet de réalité aux fantasmes (Jeammet 1989)(p 189).

Hilde Bruch considère que le poids cible établi par les patients est en-deçà de celui qui permettrait la réapparition des menstruations. Elle propose l'hypothèse que ce serait un moyen de se protéger du regard du père vécu comme incestuel par l'impossible accès au symbolique et la confusion entre le fantasme et la réalité (Bruch 1979)(p53-74).

Le refus des fonctions attribuées au corps féminin est souvent retrouvé dans la littérature (Corcos 2013). Hilde Bruch met de côté cette hypothèse, à la lumière de son expérience clinique où elle n'a jamais été confrontée au refus de la maternité, celle-ci étant même parfois fantasmée (Bruch 1979).(p53-74).

Enfin, la variation de poids convoque l'objet regard sur le corps de différentes manières. Un corps maigre s'expose et est considéré comme extraordinaire alors que les formes féminines réapparaissant à la reprise de poids se cachent (Ibid).

Le modèle centré sur la dépendance

La réorganisation du Moi à l'adolescence, implique la perte des objets infantiles. Des assises narcissiques fragiles viendraient enrayer le mouvement de l'adolescence notamment l'élaboration du travail de deuil de ces objets. La perte du lien symbolique aux figures parentales qui menace le sujet d'effondrement, inciterait les sujets aux assises narcissiques fragiles à mettre en place des mécanismes de défenses aussi appelés « aménagements de la séparation » (Jeammet 2001). Ils permettraient d'éviter la confrontation à la problématique de séparation. Dans le cas de l'AM, le surinvestissement d'objets de la réalité externe donnerait l'illusion de la réussite du processus de séparation (Jeammet 1989)(p184).

Le conflit narcissico-objectal révèle ainsi deux mouvements contradictoires chez le sujet dans son lien à l'autre. D'un côté, il revendique son indépendance et son autonomie et de l'autre, il a « faim d'objets ».

La « faim d'objet » est un concept établi par Peter Blos (Blos 1982). Il fait référence aux besoins d'incorporation d'objets pour répondre à la quête identificatoire essentielle au processus adolescent. Lorsque le travail de symbolisation est impossible, la faim d'objet peut prendre une forme concrète ; dans les TCA, celle de l'absorption de nourriture. Dans le cas de l'AM, la restriction serait une tentative de maîtrise de la pulsion orale. L'objet nourriture serait primordial pour assurer la survie psychique du sujet atteint d'AM pour combler ses failles narcissiques. Or, cet objet étant extracorporel et extra-psychique il devient menaçant car il risquerait d'effracter les limites du Moi (Gheorghiev et Marty 2014).

La dépendance renvoie aussi à un autre champ théorique : celui de l'addictologie. Il apparaît pertinent cliniquement, de considérer l'anorexie mentale selon cette approche théorique.

II.2.b.2. L'addiction anorexique

Dans cette partie, la notion de dépendance renvoie au concept d'addiction développé par Goodman dans les années 1990. Il s'agit d'un processus visant à procurer du plaisir et/ou soulager un malaise intérieur par la réalisation de comportements répétés et incontrôlables en dépit des conséquences négatives (Goodman 1990).

Si les liens entre troubles des conduites alimentaires et addictions ont été déjà largement soulignés, l'anorexie mentale semble inverser le mécanisme classique du processus addictif dans la mesure où c'est la non-satisfaction du besoin qui est recherchée.

L'anorexie mentale pourrait entrer dans cette définition si on ne la considère pas comme une peur de grossir mais comme une addiction au plaisir de maigrir, par la mise en place de comportements de contrôle du poids (restriction alimentaire, hyperactivité, hyper exposition au froid) qui conduisent au maintien d'un état de maigreur dangereuse. Cette définition est sous-tendue par plusieurs études

neurobiologiques et d'imagerie mettant en évidence un fonctionnement anormal des circuits dit de la récompense (Clarke et al. 2017).

II.2.b.3. Un trouble familial abord des théories familiales

Dès les premières descriptions de l'anorexie mentale par Charcot et Gull, la place des parents était décrite comme un élément à prendre en compte dans la genèse du trouble. Ainsi, les parents, et particulièrement les mères, y sont décrits comme ayant une influence négative « particulièrement pernicieuse » sur leur enfant anorexique. Ces considérations théoriques ont, entre autres, participé aux recommandations thérapeutiques d'éloigner les patients de leur famille. Cependant il est nécessaire de rappeler que la désignation des familles et particulièrement de mères d'anorexiques apparaît en contradiction totale avec la pensée systémique actuelle qui repose sur une alliance plurifocale (Cook-Darzens 2018).

À partir des années 1970, la diffusion de théories familiales plus systémiques intègre les parents dans la thérapie.

Dans un premier temps les premiers travaux de Minuchin et ceux de Selvini-Palazzoli (Selvini Palazzoli 1978) considèrent la famille comme élément causal. En effet, pour ces deux cliniciens-chercheurs, des processus familiaux dysfonctionnels contribueraient d'une part au développement et d'autre part au maintien du trouble chez les adolescents.

Ces familles « anorexiques » ou « psychosomatiques » partageraient quatre caractéristiques : elles seraient fusionnelles, enchevêtrées, fermées au monde extérieur ; elles valoriseraient le groupe plutôt que l'individu ; seraient peu souples et peu adaptables ; et impliqueraient l'adolescent concerné par le trouble, par un processus de triangulation, dans des conflits conjugaux souvent inavoués. L'anorexie était alors considérée comme une solution symptomatique à une problématique familiale. La thérapie visait donc à « réparer ces familles » en résolvant les transactions familiales dysfonctionnelles (Cook-Darzens 2013).

Ces hypothèses ont eu le mérite de faire émerger l'intérêt clinique de l'intégration de la famille dans le processus thérapeutique des patients anorexiques. Cependant la poursuite des recherches a amené les cliniciens à considérer la famille comme facteur influençant l'évolution du trouble (Bemporad 1996; Cook-

Darzens 2003). Ainsi l'intensité du dysfonctionnement de la famille, en particulier le niveau de cohésion et d'adaptabilité familiale, serait corrélée à la sévérité du trouble (Eisler 2005).

Aujourd'hui, la pensée systémique considère qu'il y a une coévolution des familles et du trouble anorexique (Sim et al. 2009). Les recherches actuelles mettent en évidence d'une part que la maladie impacterait le système familial et d'autre part que la gestion par la famille de cet impact exercerait une influence sur l'évolution du trouble. Le vécu familial de détresse ou de fardeau favoriserait des réactions comportementales et émotionnelles non ajustées telles que des difficultés de régulation émotionnelle, des réponses évitantes ou au contraire trop confrontatives et même dans certains cas de connivence (involontaire) avec le trouble. Ces considérations psychopathologiques reposent sur le concept, associé à la pensée systémique, de circularité des modèles de communication décrit par P. Watzlawick (Watzlawick et al. 1967) (p 41-43). C'est sur ces derniers résultats que s'appuient les thérapeutes familiaux lorsqu'ils sont amenés à prendre en charge une famille dont l'un des membres est anorexique.

Depuis le début des années 2000, une nouvelle forme de thérapie a émergé dans la prise en charge des patients anorexiques : il s'agit des thérapies multifamiliales. Comme dans la thérapie « unifamiliale », il est question de mobiliser les compétences familiales plutôt que tenter de réparer ce qui dysfonctionne. Ainsi, les familles sont en position de « co-thérapeutes » plutôt qu'en position de « co-patients » (Cook-Darzens et al. 2005).

On parle d'approche intégrative car les bases psychopathologiques reposent à la fois sur celles des thérapies de groupe, des thérapies familiales ainsi que sur des apports des pratiques cognitivo-comportementales ou d'art thérapie (Cook-Darzens et al. 2005). Ces thérapies sont actuellement proposées prioritairement aux familles qui se sentent menacées par la thérapie « unifamiliale », à celles qui désignent fortement le patient et son vécu (voire se montrent hostiles) et pour qui les encouragements au changement sont impossibles à entendre et enfin aux familles confrontées à la chronicité du trouble, aux nombreuses rechutes et hospitalisations du patient porteur du symptôme (Brunaux et Cook-Darzens 2008). Par le phénomène de reconnaissance mutuelle, les échanges vont permettre de diminuer les sentiments de honte, de culpabilité et d'isolement. Il a

été mis en évidence que les familles étaient très perspicaces dans leurs observations des dysfonctionnements au sein des autres familles et que la transmission sur un mode plus horizontal (de famille à famille) permettait de lever des résistances. Enfin, le cadre groupal à une fonction d'atténuation des difficultés de communication intrafamiliale en assurant une distance émotionnelle dans les échanges à l'intérieur d'une même famille (Brunaux et Cook-Darzens 2008).

II.2.b.4. Un trouble social abord féministe

L'intégration de la pensée féministe dans le champ de la souffrance psychique par des psychologues américaines apparaît dans les années 1960. Le but premier était de réfléchir aux postulats psychopathologiques jugés inégalitaires de manière à repenser les pratiques psychothérapeutiques afin qu'elles soient conformes aux valeurs féministes. Ce courant transcende les champs théoriques. Cependant, des consensus transversaux existent : la prise en compte du contexte social dans l'étude des troubles et la dénaturalisation du rôle des genres et des comportements (Pache 2023).

Ainsi, cette grille de lecture nous pousse à considérer l'AM comme une « maladie sociale » plus exactement patriarcale, en plus d'une maladie mentale.

Pour justifier la pertinence de cet abord plusieurs éléments sont à considérer. D'une part, la prévalence d'une AM particulièrement élevée chez les femmes se retrouve spécifiquement dans les sociétés occidentales dans lesquelles la minceur féminine est présentée comme un idéal (Dewambrechies-La Sagna 2006). La minceur féminine serait associée à la beauté mais aussi à la volonté et la réussite, en cela cette théorie explique la forte association entre estime de soi et forme corporelle (Smith et al. 2013; Mabe et al. 2014; Dakanalis et al. 2015; Fardouly et al. 2015; Fardouly et Vartanian 2015; Ouellet-Courtois 2022). Le discours genré sur les attentes relatives à l'appétit et la désirabilité des femmes participerait à l'élaboration de cet idéal. En miroir, la prévalence de l'obésité et du surpoids n'a jamais été aussi importante en France (47,3% en population général en 2022) (Fontbonne et al. 2023).

Ces conditions feraient le lit des troubles des conduites alimentaires, selon cet abord. L'AM pourrait ainsi être interprétée comme une attaque « volontaire » du

corps, un corps vécu comme menaçant pour l'accès à la position sociale souhaitée ou comme une révolte contre le modèle social dominant (Guéguen 2003).

Les objectifs de soins sont alors perçus comme insuffisants parce qu'en contradiction avec les injonctions sociales actuelles, auxquelles les femmes sont quotidiennement exposées. Autrement dit, on aspire à « réparer » les patients mais pas l'environnement qui les fragilise (Holmes et al. 2017; Ouellet-Courtois 2022).

Toujours selon cet abord, une réponse médicale individuelle ne semble pas suffisante pour répondre à ces problématiques puisque le contexte socioculturel est tout aussi problématique.

Les propositions de soins des thérapies dites féministes reposent sur des groupes, l'objectif étant d'accompagner les patients à se détacher des attentes sociales liées à leur genre et replacer les troubles de conduites alimentaires dans leur contexte social (Holmes et al. 2017).

Ces réflexions amèneraient à s'intéresser au corps social afin d'étayer les prises en charges : autrement dit, de penser les luttes sociales comme levier d'action pour la prévention « des attaques que les femmes peuvent infliger à leur corps » lorsqu'elles souffrent d'anorexie mentale.

II.3. Étiologies

L'étiologie de l'anorexie mentale est complexe et relèverait d'une intrication de plusieurs dimensions que nous allons détailler. Ici, nous allons développer les dimensions étiopathogéniques les plus remarquables. Les études présentées ci-dessous font état de corrélations entre le développement de l'AM et les phénomènes étudiés. Le lien de causalité est souvent supposé et non encore démontré. Par ailleurs, certaines altérations présentées régressent à la guérison, cependant les recherches n'ont pas encore démontrées si elles précédaient ou succédaient le développement du trouble.

II.3.a. Dimension génétique :

L'hypothèse d'une hérédité dans l'anorexie mentale a été établie, dans un premier temps, par des études portant sur des jumeaux. La contribution

généétique a été évaluée aux alentours de 70% (Gorwood 2003). On estime que le risque relatif de développer une anorexie mentale est quatre fois supérieur lorsqu'un membre de la famille est atteint d'anorexie mentale. Les femmes apparentées au premier degré à des patientes anorexiques sont jusqu'à onze fois plus susceptibles de développer à leur tour une anorexie mentale que les femmes n'ayant pas de parents anorexiques (Bulik et al. 2015).

À ce jour, aucun gène n'est clairement identifié comme prédisposant, les cohortes étudiées n'auraient pas regroupé assez d'individus pour donner des résultats significatifs (Boraska et al. 2014). La poursuite de ces études semble pourtant prometteuse. En effet, plusieurs gènes candidats sont à l'étude : le gène BDNF codant pour la protéine Brain-Derived Neurotrophic Factor ou encore le gène ESR1.

II.3.b. Neuro imagerie fonctionnelle

Les études d'imagerie fonctionnelle réalisées sur des populations de patientes anorexiques en phase aiguë montrent une diminution de l'activité cérébrale dans certaines régions. Nous allons en exposer quelques exemples.

Pour rappel, le cortex pariétal est le lieu de l'intégration multisensorielle. Il permet l'intégration et l'élaboration d'un schéma corporel cohérent en intégrant les images traitées au niveau des aires visuelles occipitales, les sons de l'environnement traités par les aires temporales et les messages produits par nos propres mouvements traités par les organes vestibulaires (Avillac et al. 2005). Les patientes anorexiques souffriraient d'un défaut d'intégration multisensorielle lié à un défaut de fonctionnement du cortex pariétal droit et un hyperfonctionnement du cortex préfrontal par rapport à une population non anorexique. Cela participerait à la distorsion du schémas corporelle chez ces individus (Wagner et al. 2003).

D'autres études mettent en évidence des altérations de plusieurs circuits cérébraux qui régissent les fonctions exécutives (particulièrement la flexibilité mentale) chez des patients présentant une anorexie mentale (Zastrow et al. 2009).

Bien que certaines altérations de l'activité cérébrale persistent après la renutrition des patients, d'autres reviennent à la normale (Uher et al. 2003).

L'état de la recherche ne nous permet pas encore de conclure sur le caractère causal ou consécutif des modifications fonctionnelles repérées chez les patients présentant une anorexie mentale.

Ces résultats de neuroimagerie fonctionnelle permettent d'appuyer la présence d'anomalies neurobiologiques telles que des anomalies du circuit dopaminergique ou un hyperfonctionnement du système sérotoninergique qui ont pu être mises en évidence chez les patients présentant une anorexie mentale (Ramos et Gorwood 2016).

II.3.c. Dimension neuro endocrine :

L'anorexie mentale a longtemps été considérée comme une maladie endocrinologique. Dans les années 1960-1970, les recherches se sont concentrées sur la recherche d'une étiologie hormonale à l'anorexie mentale. La prédominance de cas féminins a laissé penser à une participation des hormones gonadiques, mais une hyperthyroïdie ou encore un hypercorticisme ont aussi été envisagés. Ces anomalies, disparaissant au moment de la guérison, ont fait abandonner ces pistes. À ce jour, il n'y a pas de preuve qu'un dysfonctionnement hormonal soit à l'origine de l'anorexie mentale (Rigaud 2007). Cependant, il est indiscutable que des adaptations des sécrétions hormonales consécutives aux conduites de restriction alimentaire et à l'exercice physique intensif jouent un rôle dans la chronicisation du trouble (Otto et al. 2001).

Par ailleurs, depuis le début des années 2010, l'étude du microbiote intestinal en psychiatrie se développe. Les études sont encore peu nombreuses mais les premiers résultats sont encourageants. Des déséquilibres du microbiote intestinal seraient impliqués dans le déclenchement et le maintien de plusieurs troubles psychiatriques sévères. Par ailleurs le microbiote intestinal participerait à réguler les réponses des systèmes neuroendocriniens. Il jouerait aussi un rôle dans les réponses au stress et dans la prise alimentaire (Fond et al. 2016). L'hypothèse d'une dysbiose intestinale impliquée dans l'anorexie mentale constitue une piste de recherche prometteuse.

II.3.d. Dimension psychologique

L'attachement

L'attachement pourrait être défini comme un lien durable et spécifique entre deux individus.

Ce lien permet à un individu de retrouver, auprès d'un autre individu spécifique perçu comme plus expérimenté (une figure d'attachement), un sentiment de réconfort et de sécurité, dans les situations de stress entraînant un sentiment d'impuissance (Dugravier et Barbey-Mintz 2015).

Quatre styles d'attachement résultant des interactions précoces du nourrisson avec sa figure d'attachement principale ont été décrits par Mary Ainsworth : l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant, l'attachement insécure préoccupé et l'attachement désorganisé (Ainsworth 1978). Une fois intériorisé, ce style d'attachement servirait de modèle à toutes les relations intimes et sociales du sujet (Hamilton 2000).

Une étude de 2006, met en évidence qu'un attachement insécure favorise l'insatisfaction corporelle, ce qui ferait de l'attachement insécure un facteur de vulnérabilité pour le déclenchement des troubles du comportement alimentaire (Tasca et al. 2006).

Une étude de 2016 présente des résultats concordants (Raynault et al. 2016). Ils rapportent la présence d'un style d'attachement insécure préoccupé chez 82,8% des patientes anorexiques. De plus, un style d'attachement insécure serait associé à une symptomatologie plus sévère que les patientes atteintes d'anorexie ayant un style d'attachement sécure.

Enfin, la piste d'une transmission intergénérationnelle des styles d'attachement est à l'étude. Dans une étude, des chercheurs se sont intéressés au style d'attachement de patientes présentant une anorexie sévère et à celui de leur mère (figure d'attachement principale). Ils ont montré que les mères des patientes avec anorexie mentale ont un style d'attachement insécure dans 83% des cas. Sans pouvoir démontrer d'association entre le style d'attachement des patientes et celui de leur figure d'attachement principale, ils remarquent un faible niveau de fonction réflexive et un haut score d'idéalisation dans les deux groupes, qui pourraient avoir été transmis. De plus, des difficultés dans le traitement des

émotions, pourrait aussi être transmis et être considérés comme un facteur de risque au développement d'une anorexie mentale (Ward et al. 2001).

Estime de soi

L'estime de soi est un concept apparu à la fin du XIXème siècle (Doré 2017). Il désigne l'évaluation par le sujet de sa propre valeur, qu'on pourrait schématiser par le rapport entre le Moi réel et l'idéal du Moi du sujet.

L'image du corps est fortement associée à l'estime de soi en population générale (Fortes et al. 2014; Ruiz Lázaro et al. 2022).

Il existe un consensus selon lequel une faible estime de soi est un facteur de risque au développement d'une anorexie mentale (Tomori et Rus-Makovec 2000; Brechan et Kvaalem 2015). À la fin des années 1990, une étude menée auprès d'une cohorte de 609 adolescentes montre une association forte entre l'estime de soi, les comportements alimentaires et le bien-être psychique (Button et al. 1997). Une faible estime de soi est retrouvée chez de nombreuses patientes présentant une anorexie mentale (Polivy et Herman 2002) (Nelson. 1999).

Enfin les patientes anorexiques se décrivent inférieures à leurs pairs en particulier pour ce qui a trait au travail intellectuel, malgré une bonne réussite scolaire ainsi qu'un surinvestissement du scolaire. La restriction alimentaire apparaît alors, dans un premier temps, comme un moyen d'atteindre les normes de beauté et ainsi être jugée positivement par leurs pairs. (Grall-Bronnec et al. 2007).

Dépression

Plusieurs études ont mis en évidence que plus de la moitié des femmes atteintes d'anorexie mentale ont présenté au moins un épisode de dépression sévère (Herzog et al. 1992; Presnell et al. 2009; Kountza et al. 2018; Carretier et al. 2021).

La symptomatologie dépressive est souvent cliniquement repérée chez les patients présentant une anorexie mentale. Cette symptomatologie est d'autant plus sévère que la dénutrition est importante (Leblé et al. 2017).

Enfin il apparaît qu'une plus des épisodes dépressifs caractéristique on retrouve une forte prévalence de trouble bipolaire associé à l'anorexie mentale (Valentin et al. 2019)(Amami 2007).

Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont souvent associés au trouble anorexique. En effet la prévalence des troubles anxieux chez les patientes anorexiques est, selon plusieurs études, deux à trois fois plus élevée qu'en population générale (Laessle et al. 1989; Godart et al. 2003). Les troubles anxieux les plus fréquemment retrouvés chez les patientes présentant une anorexie mentale sont : la phobie sociale (avec une prévalence de 55% chez les patientes présentant une AM) (Godart et al. 2003) ainsi que les troubles obsessionnels compulsifs (Piran et al. 1985; Fornari et al. 1992; Herzog et al. 1992; Braun et al. 1994).

De plus, dans son étude, Godart, met en évidence que les patientes anorexiques présentent un seul trouble anxieux dans 28% des cas, 2 troubles anxieux dans 14% des cas ; Trois troubles 28% ; quatre troubles 14% (Godart et al. 2003).

Dans la majorité des situations d'associations de ces deux troubles, l'apparition des troubles anxieux précède l'anorexie mentale (Deep et al. 1995; Bulik et al. 2003).

Pour ce qui est des TOC, les résultats ne sont pas concordants. Dans une étude de 1993, le TOC précède l'anorexie mentale dans 62% des cas (Fahy et al. 1993). Mais dans une autre, le TOC précède l'AM dans moins de la moitié des cas (Kasvikis et al. 1986). En revanche, cette étude montre que les TOC apparaissent plus précocement lorsqu'ils sont associés à une anorexie mentale.

Nous allons nous intéresser à une forme particulière de l'anxiété sociale : l'anxiété physique sociale. On peut la définir comme un degré d'anxiété élevé que présente un sujet lorsqu'il aura le sentiment de ne pas répondre aux normes sociales concernant ces caractéristiques physiques. L'anxiété sociale découle donc d'un processus d'autoévaluation. Elle est plus présente chez les femmes que chez les hommes en population générale. (Hart et al. 1989). Aussi, pour diminuer ce degré d'anxiété, les individus présentant une anxiété sociale élevée opteront pour des conduites d'évitement allant du repli sur soi avec isolement social à des conduites alimentaires pré-pathologiques comme des régimes

drastiques, des conduites de restriction alimentaire, des conduites de purge et des conduites d'hyperactivité physique. L'anxiété physique sociale apparaît donc comme une dimension particulièrement pertinente à prendre en compte comme facteur étiologique dans l'anorexie mentale (Hart et al. 1989).

Les antécédents psychiatriques familiaux, la présence de trauma dans l'histoire du patient apparaissent également comme des facteurs de risque au déclenchement d'une anorexie mentale.

II.3.e. La dimension environnementale

La dimension environnementale fait consensus quant à sa participation dans le déclenchement des troubles des conduites alimentaires. Elle est citée dans toutes les recommandations relatives aux TCA (HAS 2010)(NICE 2020). Néanmoins, les contours de son influence ne sont pas clairement définis. Cela conduit à une certaine disparité, dans les différentes études, des critères pris en compte. Dans la plupart des travaux il s'agit de définir qui sont les anorexiques, par des critères sociaux économiques comme la classe sociale des parents, la réussite scolaire, l'inscription dans une pratique sportive spécifique ou encore de considérer le fonctionnement familial. C'est donc ici un critère qui caractérise simplement la population, relégué à une place secondaire dans l'explication du trouble.

D'autres approches théoriques comme les approches dites de psychothérapies féministes, en font le critère étiologique central et élargissent cette dimension au contexte sociétal d'évolution des sujets.

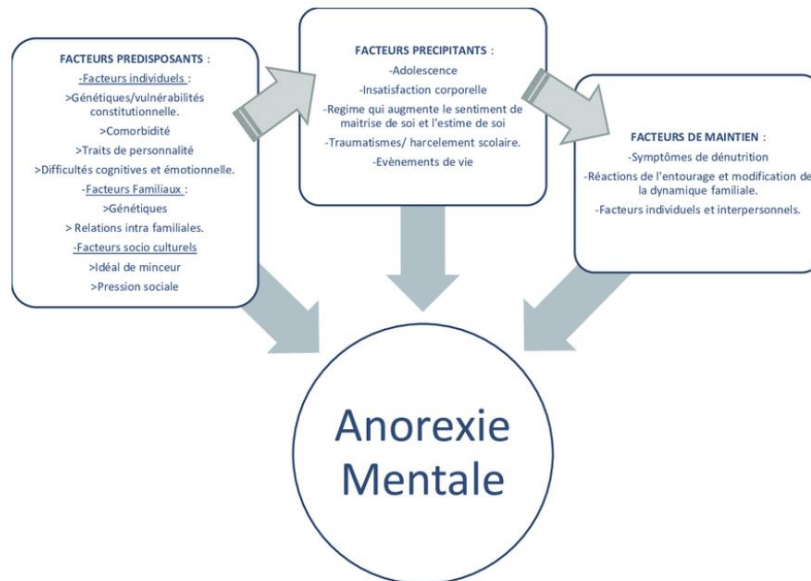


Figure 3 Modélisation de Garner L'anorexie mentale : un trouble plurifactoriel (Garner 1993)

Bien que de nombreuses pistes de recherche quant à l'étiologie de l'anorexie mentale soit à l'étude, il apparaît encore nécessaire pour la plupart de prouver que les corrélations sont bien d'ordre causales.

III. L'Anorexie mentale dans les médias

III.1. Les Réseaux sociaux

III.1.a. Définition

Selon les chercheuses en sciences humaines et sociales Nicole Ellison et danah boyd, pionnières dans la recherche universitaire sur les réseaux sociaux du numérique, les réseaux sociaux sont : « *une plate-forme de communication en réseau* dans laquelle les participants 1) disposent de *profils associés à une identification unique* qui sont créés par une combinaison de contenus fournis par l'utilisateur, de contenus fournis par des "amis", et de données système ; 2) peuvent *exposer publiquement des relations* susceptibles d'être visualisées et consultées par d'autres ; 3) peuvent accéder à *des flux de contenus incluant des contenus générés par l'utilisateur* – notamment des combinaisons de textes, photos, vidéos, mises à jour de lieux et/ou liens – fournis par leurs contacts sur le site ». Cette définition et la deuxième version en quatre ans, elle tient compte des mutations rapides des techniques et des usages sur les RS (Ellison et Thierry 2011).

L'élément central du RS est donc le profil d'utilisateur. Ce profil correspond à l'identité numérique de l'utilisateur. Celui-ci est rempli dès l'inscription et peut-être complété au fur et à mesure et même adapté en fonction de l'humeur de l'utilisateur par des contenus multimédias. L'utilisateur "se présente" en remplissant une description normée. Dans ce processus d'auto-définition il peut jouer à tester plusieurs identités. L'accessibilité à ces informations dépend de l'utilisateur. Par défaut ces informations sont publiques et le définissent sur la plateforme. L'accès à ces informations peut être restreint par l'utilisateur moyennant une action de sa part.

Les individus reliés par le réseau social sont souvent appelés "amis". Cela ne témoigne pas de la qualité de la relation entretenue au sens commun du terme. Pour se connecter à un autre utilisateur, sur les premières plateformes, il fallait que les deux utilisateurs valident cette connexion, comme dans l'espace non virtuel dans lequel chaque sujet valide la réalité de la relation. Les réseaux sociaux plus récents favorisent une connexion unilatérale. Cette asymétrie dans le lien se traduit dans les termes utilisés pour qualifier les utilisateurs connectés

entre eux. On ne parlera plus d'amis mais "d'influenceurs" (terme intégré dans le dictionnaire Larousse depuis 2017) pour les personnes suivies et de *followers* ou "abonnés" pour les personnes qui suivent. Pour qualifier son réseau on parlera de "communauté d'abonnés".

III.1.b. Adolescents et réseaux sociaux

Les réseaux sociaux d'internet sont massivement utilisés par les adolescents. Selon un sondage réalisé par *Statista* (Statista research department 2023) entre 2021 et 2022, 68% des adolescents de 12 à 17 ans et 79% des 18 à 24 ans utilisent quotidiennement les réseaux sociaux. Selon le même institut de sondage, en 2022, les réseaux sociaux les plus consultés par la classe d'âge allant de 16 ans à 25 ans, sont, par ordre décroissant : *Instagram*, *Snapchat* et *TikTok* (Statista research department 2023).

Proportion de jeunes Français âgés de 16 à 25 ans utilisant les réseaux sociaux en 2022, par plateforme

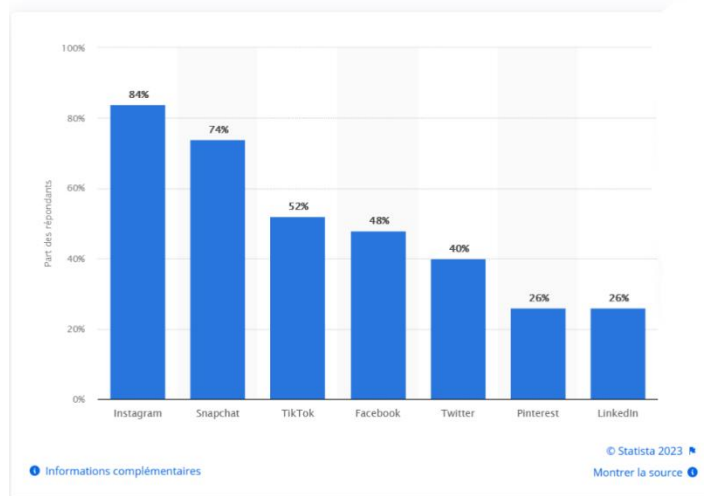


Figure 2 · Histogramme récapitulant les proportions d'utilisation des principaux réseaux sociaux par les 16-25 ans (Statista research department 2023)

Taux de pénétration des réseaux sociaux en France en 2022, selon l'âge

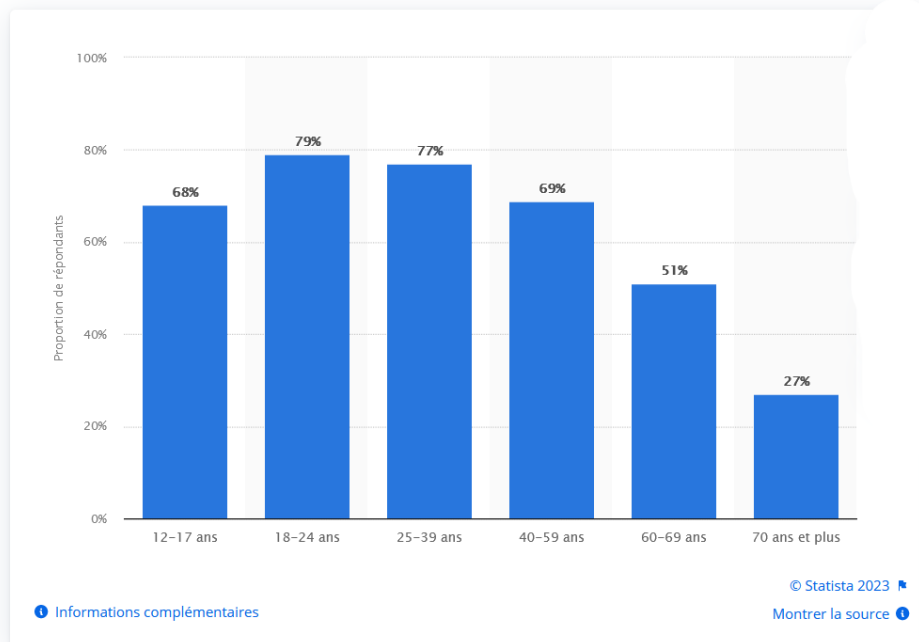


Figure 3· Histogramme récapitulant les taux d'utilisation des réseaux sociaux en 2022 par classes d'âge (Statista research department 2023)

La génération actuellement adolescente a grandi et s'est développée en utilisant quotidiennement les réseaux sociaux. Avec la crise COVID et les mesures sanitaires associées, les réseaux sociaux ont enregistré pour l'année 2020 une croissance de 32% de leur utilisation et 40 % des Français - toutes classes d'âge confondues - ont créé un nouveau compte lors du premier confinement (Les Echos 2021). Durant cette période, les RS ont permis la poursuite des enseignements ; ils sont devenus la principale source d'information en temps réel pour les questions de santé et le moyen privilégié pour rester en contact avec ses proches (Chevrel et Éveillard 2021).

Des recherches internationales récentes, rapportées par Pilgrim et Bohnet-Joschko (Pilgrim et Bohnet-Joschko 2019) ont mis en évidence que les enfants et adolescents recherchant des informations relatives à la santé, s'informent préférentiellement sur le web et les réseaux sociaux sans se préoccuper de l'origine de ces informations. Ce "rôle de conseil" est actuellement rempli par les influenceurs. Selon le dernier rapport de l'Observatoire des communications du Royaume-Uni, publié en 2023, les principales sources d'informations utilisées par les jeunes de 12 ans à 25 ans sont *Instagram* et *TikTok* (Moreau et al. 2012). (Ofcom 2021).

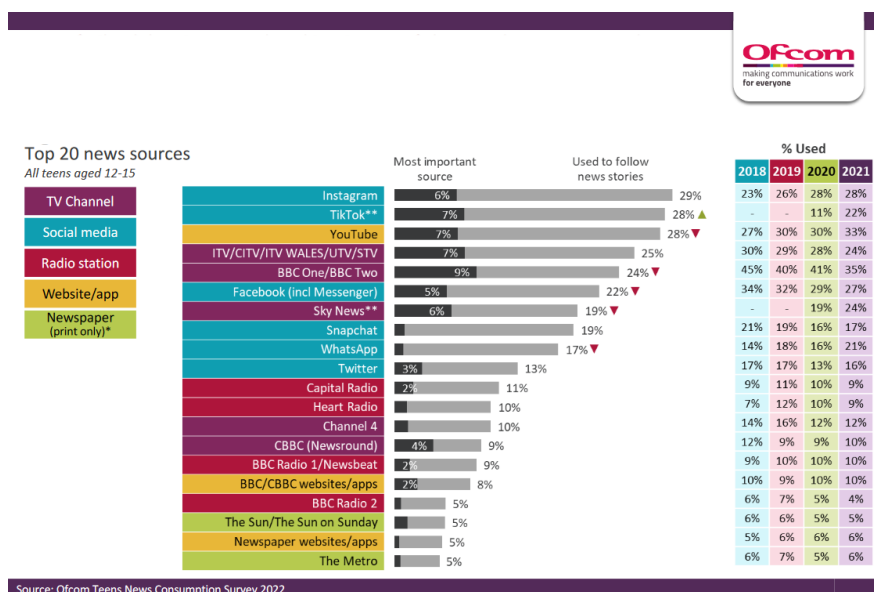


Figure 5 · Histogramme montrant les principales sources d'information utilisées par les jeunes de 12 à 25 ans, Ofcom, 2021

Une étude (Moreau et al. 2012) s'intéresse par une méthode qualitative aux enjeux de l'utilisation de *Facebook* chez les adolescents et cherche notamment à observer si les conflits relatifs à l'adolescence s'y retrouvent. Ils mettent en évidence que les adolescents utiliseraient *Facebook* pour entretenir des relations déjà existantes plutôt que pour en construire de nouvelles. Les conflits liés à l'adolescence notamment en lien avec la relation aux parents et à l'image de soi s'expriment nettement sur les réseaux sociaux.

Les réseaux sociaux d'internet permettent donc aux adolescents de communiquer, d'explorer, de créer mais aussi de s'informer, de chercher à répondre aux préoccupations adolescentes et de construire leur identité. En effet, par ces possibilités présumées de sélectionner son auditoire, d'anonymiser sa présence, les réseaux sociaux apparaissent comme un outil intéressant dans la participation à la construction identitaire. Les réseaux sociaux permettraient aux adolescents de se raconter, d'expérimenter la représentation de soi et de la tester auprès des pairs avec cette possibilité d'obtenir un retour quasi instantané. Cette approbation permettrait d'obtenir un sentiment d'appartenance à un groupe, de se rapprocher d'une norme indispensable dans la construction adolescente. « Leur utilisation est marquée comme un rite de passage entre l'enfance et l'adolescence » selon Claire Safont-Mottay (Alsaker et al. 2017).

Selon la psychologue Frédérique Preist-Lagache (Frédérique et al. 2014), on pourrait attribuer au réseau social la fonction d'espace transitionnel au sens

winicottien, en ce qu'il œuvrerait à l'ouverture du champ des possibles et de la créativité. Serge Tisseron (Tisseron 2012), explique que le réseau social constitue un espace transitionnel, au sens où il permet d'aménager la présence et l'absence de l'autre dans la dimension symbolique. Si l'utilisation des réseaux sociaux requiert de l'imagination, facilitant ainsi la créativité, le chercheur précise d'emblée qu'un usage excessif - favorisé par l'incitation à la connexion permanente - ne permettrait plus le jeu, le sujet collant dès lors à l'objet, ce qui correspond à la définition de la dépendance.

Actuellement, les réseaux sociaux les plus utilisés chez les adolescents utilisent l'image. Or les adolescents sont soumis à une pression normative extrêmement forte, alors même que l'écart type à la moyenne pour les éléments physiologiques principaux (taille, poids, caractéristiques sexuelles secondaires, ménarches...) est grand (Marcelli et al. 2018)(p123-172). Cette pression étant exercée principalement par les pairs, les réseaux sociaux apparaissent dès lors comme un medium particulièrement efficace pour diffuser cette pression sociale. C'est le cas par exemple à propos de l'intériorisation d'un idéal de minceur.

III.1.c. Âge légal d'utilisation des réseaux sociaux

En France, l'âge légal pour avoir un compte sur les réseaux sociaux est fixé à 13 ans. Jusqu'à 15 ans, le consentement des parents est nécessaire pour l'ouverture du compte. Il n'existe pas de réglementation européenne statuant sur l'âge minimal pour accéder à ces plateformes ; néanmoins, le *Règlement Général sur la Protection des Données* adopté en 2018 (CNIL 2016) dispose que les données personnelles des mineurs collectées par les plateformes doivent être traitées différemment en fonction de leur âge. Le seuil de 13 ans a été retenu car il correspond à la législation américaine, qui interdit la collecte des données personnelles des enfants de moins de 13 ans.

Cependant, ces dispositions législatives ne semblent pas respectées par les plateformes. Dans son étude #Datamind, l'association Médiamétrie relève que 63 % des enfants de moins de 13 ans ont accès à un réseau social régulièrement. Il s'agit tout d'abord de *Youtube* puis, dans une moindre mesure, de *Snapchat* (Médiamétrie 2022). Par ailleurs, depuis sa démocratisation, l'application *TikTok* a été vivement critiquée par plusieurs associations de consommateurs pour ses

faiblesses concernant ses politiques de protection des données et le manque de filtrage dans les contenus. Fin 2020, l'*UFC-Que Choisir* et le *Bureau Européen des Unions de Consommateurs* ont porté plainte contre *TikTok*, lui reprochant, entre autres, de ne pas respecter le droit des mineurs sur la plateforme (Union Fédérale des consommateurs 2021). En 2019, l'application avait déjà été condamnée aux États-Unis à verser une amende record pour avoir collecté illégalement des données d'enfants de moins de 13 ans (Le monde 2019 ; Reuters 2020).



De nombreuses campagnes incitant les parents à surveiller plus étroitement l'usage qu'ont leurs enfants des réseaux sociaux ont été diffusées dans les médias traditionnels.

Figure 6 · Exemple de campagne de sensibilisation à destination des parents (e-enfance).

III.1.d. Description des principaux réseaux sociaux utilisés par les adolescents

Intéressons-nous désormais brièvement à trois réseaux sociaux parmi les plus utilisés par les adolescents français actuels (Statista Research Department 2023). Il ne s'agira pas de réaliser une description exhaustive mais plutôt de caractériser le fonctionnement et les usages spécifiques de chaque réseau social dans ce qu'ils ont de plus significatifs à l'égard des fonctionnements adolescents.

III.1.d.1. Instagram

Créé en octobre 2010, l'application *Instagram* appartient au groupe *Meta*. Son nom est un mot-valise créé à partir des termes anglais *instant camera* (appareil photo instantané) et *telegram*. Fin 2022, le réseau social compte plus de deux milliards d'utilisateurs mensuels, le faisant passer à la troisième place des réseaux sociaux les plus utilisés au monde (Le Figaro 2022).

Instagram est un réseau social fondé initialement sur le partage de photographies. L'une des raisons de son succès a été la possibilité d'améliorer les contenus partagés par l'adjonction de filtres modifiant l'aspect de la photo et lui donnant une nouvelle tonalité. Actuellement, il est également possible d'y partager des vidéos de divers formats et de communiquer via une messagerie privée. Les interactions sont par ailleurs rendues possibles par l'utilisation de la fonction "j'aime" – symbolisée par un cœur – et par la rédaction d'un commentaire court sous le contenu. L'application est disponible sur ordinateur, mais seulement partiellement : pour accéder à l'ensemble des fonctionnalités, il est nécessaire de se connecter via un *smartphone*, support, qui, du fait de sa grande mobilité, incite à une connexion permanente.

À partir de 2016, *Instagram* rend possible le commerce en ligne sur son application. La fonction des influenceurs a été bouleversée par cette nouvelle possibilité. Dès lors, les influenceurs ont pu capitaliser sur leur notoriété pour relayer des opinions et influencer les modes de consommation des autres usagers dans un but lucratif. *Instagram* a ainsi profondément modifié notre rapport à la publicité en la confiant aux influenceurs, le sentiment de proximité avec l'influenceur – produit par le partage quotidien d'éléments de leur vie prétendument personnelle - et le choix de l'image comme format privilégié permettant d'accroître le niveau d'engagement chez les usagers.

Face à l'engouement généré par ce réseau social, la *Royal Society for Public Health* (RSPH) a publié un rapport en 2017 (Cramer et Inkster 2017) montrant que l'utilisation d'*Instagram* – entre autres applications – induirait des symptômes d'anxiété chez un utilisateur sur six âgé de 12 à 24 ans. Elle rapporte aussi que l'augmentation de l'incidence de la dépression chez les adolescents britanniques est corrélée à l'augmentation de l'utilisation des réseaux sociaux par cette tranche d'âges. Enfin, elle alerte, dans le sillage d'autres études, sur l'influence d'*Instagram* et des autres réseaux sociaux sur l'image du corps (Brown et Tiggemann 2016). Plus encore, une étude interne à la société *Meta* relative à l'impact d'*Instagram* sur la santé mentale de ses utilisateurs adolescents rapporte que 13 % des utilisateurs britanniques et 6 % des américains déclarent avoir eu des pensées suicidaires (WSJ 2021).

Selon cette même étude, un adolescent sur cinq affirme qu'*Instagram* nuit à l'estime de soi et est probablement responsable de syndromes anxio-dépressifs (Le monde 2021).

En réaction, *Instagram* et *Facebook* ont résolu de supprimer les contenus explicites traitant du suicide et des automutilations. Cette décision fait également suite au suicide d'une adolescente britannique de 14 ans, dont l'analyse du compte *Instagram* avait permis de constater qu'elle avait consulté de nombreuses images relatives au suicide. La corrélation entre conduites suicidaires et exposition à des contenus médiatiques relatifs au suicide est un phénomène décrit depuis 1982, appelé "effet Werther" ou "suicide mimétique" (Kahn et Cohen 2010).

Parallèlement, s'agissant des contenus relatifs aux troubles des comportements alimentaires, l'utilisation de certains termes comme "*pro-ana*" ou "*thinspiration*" conduisent désormais la plateforme à une censure systématique des publications. Pour contourner cette censure, les créateurs de contenus promouvant la maigreur ne cessent de renouveler leurs pratiques de diffusion. Ils utilisent des messages cryptés et diffusent leurs contenus sur des comptes privés, ce qui leur permet de contrôler les usagers qui y ont accès. Certaines créatrices de contenus regroupant des milliers de d'abonnés choisissent de bannir tous les termes relatifs à la maigreur excessive mais publient des contenus relatifs à la mode ou au maquillage en exposant leur corps squelettique (Madmoizelle 2022).

Ainsi, sur *Instagram*, des tendances ("*trends*") incitant à exposer sa maigreur continuent de se développer. Pour n'en citer que quelques-unes :

Le défi de la feuille A4, consistant à publier une photo de sa taille intégralement masquée par une feuille A4.

Dans le même esprit, le "*Iphone 6 knees challenge*" (le défi du *Iphone 6*), consistant à photographier ses genoux entièrement masqués par la longueur du téléphone.

Le "*Ribcage bragging*" (mise en avant de sa cage thoracique), consistant à photographier sa cage thoracique pour exposer des espaces intercostaux les plus marqués possible.

Dans le rapport évoqué *supra*, la RSPH signale néanmoins que l'utilisation de réseaux sociaux comme *Instagram* pourrait avoir des effets positifs sur la santé des jeunes. Elle permettrait tout d'abord de sensibiliser les adolescents aux questions de santé mentale. Cette sensibilisation, d'autant plus efficace qu'elle est exercée par des pairs, aiderait les jeunes à identifier des symptômes et à s'engager dans une démarche de soins (Ziebland et Wyke 2012).

Instagram contribuerait par ailleurs à une meilleure diffusion des campagnes de sensibilisation aux questions de santé, toutes les fois où ces dernières sont reprises et diffusées par des influenceurs (Ziebland et Wyke 2012). Cette sensibilisation prise en charge par les influenceurs permettrait de rendre les adolescents plus réceptifs au discours médical ainsi qu'aux messages de santé diffusés par des canaux plus officiels (Repper et Carter 2010).

Enfin, les communautés sur *Instagram*, offriraient aux adolescents le support émotionnel nécessaire pour l'adhésion aux soins, particulièrement lorsque celui-ci n'est pas trouvé dans leur quotidien non numérique.

III.1.d.2 TikTok

TikTok est une application mobile de réseau social. Créé en 2017 par la société chinoise *ByteDance*, c'est la première plateforme non américaine à connaître un succès mondial (Le Monde 2019). C'est d'ailleurs la seule plateforme de réseau social à connaître un succès aussi homogène à travers le monde (Le Monde 2019). Elle comptait au début de l'année 2021 plus de 800 millions d'utilisateurs mensuels, dont près de 15 millions pour la France. 38 % d'entre eux sont mineurs (Médiamétrie ; E-Works).

Sur cette plateforme, les utilisateurs peuvent partager des séquences vidéo de 3 à 180 secondes. Ces vidéos sont habituellement des extraits de chorégraphie, des séquences en *playback*, des sketches ou des défis en tous genres. L'application se présente elle-même comme ceci : « *TikTok* est la meilleure destination pour les vidéos mobiles au format court. Notre mission est d'inspirer la créativité et d'apporter la joie. » (*TikTok*).

Cette plateforme est notoirement au centre de plusieurs scandales géopolitiques depuis sa création, poussant de nombreux pays à en restreindre l'accès voire à l'interdire.

L'utilisateur a accès à des contenus déterminés à son insu en fonction de son activité antérieure. Ce procédé tend à enfermer les utilisateurs dans une "chambre d'écho". Ce concept, introduit par des lobbystes dans les années 1990, est aujourd'hui utilisé en science de la communication pour décrire l'augmentation du crédit apporté par le récepteur à une information en fonction du nombre de fois où elle est répétée par divers émetteurs, quand bien même elle émanerait d'une source unique. Ce phénomène nous questionne sur l'émergence d'un nouveau rapport à l'information indifférent à la notion même de source (Gao et al. 2023). Le risque induit par cette "chambre d'écho" est la diffusion à large échelle d'informations erronées prises pour argent comptant, notamment – pour ce qui nous préoccupe – s'agissant de sujets de santé. Plusieurs médecins et paramédicaux ont donc ouvert des comptes et diffusent des messages de prévention et de vulgarisation médicales reposant sur des preuves étayées scientifiquement ; c'est le cas de *Ped.Urg* pour la pédiatrie, ou de *TheFrenchVirologist* pour la médecine infectieuse (Amrouche 2023).

L'accès au contenu étant régulé par un algorithme décrit comme l'un des plus performants au monde, certains chercheurs comme Yao Qin (Qin et al. 2022), alertent par ailleurs sur le caractère particulièrement addictif de TikTok, sur ses effets sur les « états internes de plaisir, de concentration et de distorsion du temps » (traduction libre de l'auteure).

Enfin, *TikTok* a fait l'objet d'une polémique autour de la modération de ces contenus. Plusieurs associations américaines d'utilisateurs ont dénoncé le réseau social après que des consignes à destination des modérateurs de la plateforme ont été rendues publiques. Dans ce document fuité, la direction aurait demandé à ses employés de supprimer les contenus exposant des corps « gros, laids ou handicapés » afin de rendre la plateforme plus attractive pour d'éventuels nouveaux usagers (Biddle et al. 2020). La plateforme contribuerait ainsi à diffuser un idéal de beauté unique.

III.1.d.3. Snapchat et WhatsApp

Intéressons-nous désormais à deux applications principalement développées pour la communication instantanée. Elles ne répondent pas strictement à la définition des réseaux sociaux retenue *supra* (cf. chapitre III.1.a.) puisque le profil de l'utilisateur se résume à un pseudonyme et les liens entre utilisateurs ne sont

pas exposés publiquement. Nous ne pouvons cependant faire l'économie de leur présentation car non seulement elles sont identifiées et utilisées comme des réseaux sociaux par les adolescents mais également parce que leurs mises à jour successives tendent à en rapprocher le fonctionnement, notamment s'agissant de *Snapchat*.

WhatsApp

WhatsApp est une application mobile de messagerie instantanée créée en 2009. Elle intègre le groupe *Meta* en 2014. Elle permet aux utilisateurs d'envoyer des messages sous forme de texte ou d'enregistrement audio et de passer des appels téléphoniques ou vidéos. Cette application se démarque des autres messageries instantanées par l'absence de publicité, la simplicité d'utilisation et un identifiant unique correspondant au numéro de téléphone.

C'est l'application la plus téléchargée en France en 2022. Selon une enquête IFOP datant de 2018 (IFOP 2023), 52 % des Français utilisent *WhatsApp* pour communiquer avec leur famille et 50 % d'entre eux considèrent que cette application a transformé les liens familiaux. Elle permettrait un recours plus systématique à l'avis de l'entourage familial dans les prises de décision, une fluidification des liens familiaux, notamment pour les familles dispersées géographiquement, mais aussi une injonction sociale à répondre immédiatement d'où une pratique vécue parfois comme intrusive. L'utilisation de *WhatsApp* pour les échanges amicaux n'est pas une pratique courante chez les adolescents (ARCEP et ARCOM 2023).

Snapchat

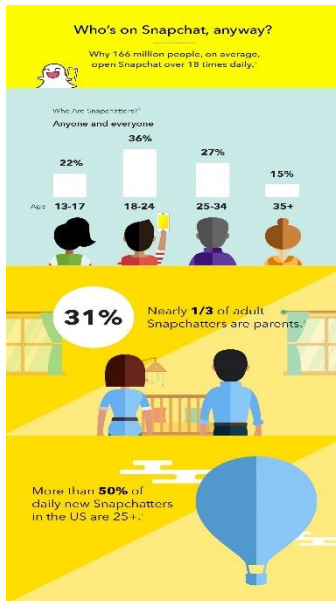


Figure 7 : Infographie relative au profil des utilisateurs de Snapchat,

des charges reprenant les “codes *Snapchat*”, à savoir la tonalité ludique des propos, la prépondérance des images et le caractère éphémère des publications. L’application a également commencé à monétiser son contenu en insérant des publicités en même temps qu’elle permet le partage des contenus *Snapchat* sur d’autres applications. Ces innovations seraient à l’origine d’une flambée des abonnements au réseau social au milieu des années 2010.

Ce réseau permettrait aux adolescents d’échanger prioritairement avec des pairs de même sexe, fréquentés au quotidien. Les échanges se feraient essentiellement par voie privée et le caractère éphémère des publications inciterait les usagers à confier à leurs interlocuteurs des éléments de leur intimité.

L’impact potentiel de *Snapchat* sur l’image de soi est relativement bien documenté. D’après une étude publiée en 2022 (Burnell et al. 2022), la fonctionnalité permettant d’appliquer des filtres améliorant l’apparence physique sur les photos postées par les utilisateurs serait en partie responsable de la construction d’un idéal de beauté inatteignable. Ainsi, les sujets qui ont le plus recours aux filtres pour modifier leurs autoportraits sont aussi statistiquement ceux qui déclarent avoir le plus de problèmes avec leur image corporelle. Ce phénomène est observé sans distinction de genre. L’intériorisation de cet idéal de beauté participerait à une insatisfaction corporelle, à une dégradation de l’estime de soi et à une plus grande vulnérabilité à l’égard des conduites de

restrictions alimentaires (Halliwell et Dittmar 2004; Grabe et al. 2008; Chen et Couturier 2019).

III.1.e. Discours remarquables véhiculés par les réseaux sociaux d'internet

Les mouvements présentés dans cette partie ne sont pas les seuls à discourir sur le corps ; nous n'abordons ici que ceux dans lesquels la question des troubles du comportement alimentaire est particulièrement récurrente. En l'occurrence, les concepts autour desquels se structurent ces mouvements sont tous issus des pays anglosaxons. Ils ne font pas l'objet d'une définition scientifique consensuelle. Pour autant, ils sont massivement repris par les utilisateurs des réseaux sociaux pour référencer leurs contenus, par l'intermédiaire des *hashtags* notamment. Ils nous apparaissent donc comme un outil de classification pertinent pour nous repérer dans la myriade de publications qui intéressent ce travail de recherche.

III.1.e.1. Mouvement dit de la "diet culture"

La "*diet culture*" ou "culture du régime" pourrait être définie comme un ensemble de croyances populaires et d'attentes sociales qui valorisent la minceur et l'associent à un signe de bonne santé – quand bien même les changements de mode de vie induits par ce courant de pensée se font le plus souvent au détriment de cette dernière. La valeur d'une personne est essentiellement estimée en fonction de son apparence physique, laquelle est supposée témoigner de sa volonté de contrôle et de sa capacité à se conformer aux normes prescrites, le tout sans se préoccuper de sa santé psychique.

Les principes distinctifs de la *diet culture* sont les suivants : la catégorisation systématique des aliments en "bons" ou "mauvais" pour la santé ; la négation des sensations internes et des besoins spécifiques au profit d'une alimentation normée par le seul calcul des calories ; la préconisation de pratiquer une activité physique pour perdre du poids ou compenser les "écarts" à l'égard des régimes prescrits ; le fait de considérer le poids comme seul indicateur de bonne / mauvaise santé.

Ce mouvement est largement antérieur à la massification des réseaux sociaux. Il s'est développé dans une société dans laquelle les injonctions à la beauté s'adressent de plus en plus à la responsabilité individuelle. Il s'accompagne

d'innovations techniques et culturelles permettant de faciliter des moyens de mesure. Ainsi, la démocratisation de la balance, dans les années 1930 (Vigarello 2014 p 201) permet une surveillance régulière et autonome du poids. De même, l'indice de masse corporelle (IMC) devient, à partir des années 1970, l'outil de référence pour déterminer son "poids de forme" (Saint Pol 2007).

Le concept de *diet culture* n'est pas particulièrement revendiqué par ceux qui s'en font les relais. Il s'agit d'un système de valeurs et de croyances intériorisées et transmises insidieusement par plusieurs biais. D'abord dans la sphère familiale par les transmissions intergénérationnelles de normes de beauté entre les femmes. On en retrouve aussi des traces jusque dans la langue française : il en va ainsi d'expressions telles que « pratiquer une activité physique pour compenser un écart alimentaire », « garder la ligne » ou encore « faire attention à son alimentation » ... Mais les vecteurs les plus puissants de la *diet culture* restent probablement aujourd'hui les médias de masse et les réseaux sociaux. Sur ces derniers, on retrouve, pêle-mêle, des comptes spécialisés dans la pratique du *fitness* associée à des conseils alimentaires, des comptes proposant du contenu culinaire dit "*healthy*", c'est-à-dire des recettes de plats à indice glycémique bas ou faibles en calories. Le concept de "régime", considéré comme trop restrictif, a été progressivement remplacé par celui de "rééquilibrage alimentaire" ; pour autant, ces deux syntagmes désignent des pratiques très similaires. Ces nouveaux sous-produits de la *diet culture* viennent petit à petit se substituer aux mouvements *pro-ana* qui tendent à être supprimés par les hébergeurs et stigmatisés par la société : l'idéal de maigreur associé à la maladie anorexique et remplacé par l'idéal de minceur associé à la bonne santé.

La *diet culture* participe, en substance, à normaliser les restrictions cognitives liées à l'alimentation, le sous-poids et le contrôle de la sensation de faim. Ces pratiques ont tendance à déconnecter l'alimentation des signaux internes – pourtant essentiels au bon fonctionnement de l'organisme – en mentalisant et en calculant les apports souhaitables de manière rigide et normée, sans prendre en compte les besoins spécifiques liés aux variations hormonales ou au métabolisme de base. La dimension de plaisir et la fonction sociale de l'alimentation ne sont par ailleurs pas prises en compte. Enfin, outre la dimension dépressogène de la sous-alimentation, l'exposition régulière à ces contenus

contribue à l'intériorisation d'un idéal de minceur, lequel tend à majorer l'insatisfaction corporelle et la perte d'estime de soi (Halliwell et Dittmar 2004; Grabe et al. 2008; Chen et Couturier 2019).

III.1.e.2. Mouvement “anti diet culture”

Le mouvement “*anti diet culture*” est plus récent : il se développe dans les années 2000 avec la massification de l'utilisation d'internet. C'est un mouvement qui se construit en réaction à la *diet culture* et cherche par conséquent à déconstruire la corrélation santé - bas poids au profit d'une définition holistique de la santé, en réhabilitant notamment sa dimension psychique. Il se réclame du “*body positivisme*”, courant décrit *infra* (cf. chapitre III.1.e.3.4.) et promeut l'alimentation “intuitive”, qui consiste à se nourrir en respectant les signaux internes de faim et de satiété tout en prenant en compte les facteurs externes influençant ces signaux, tels que le contexte de vie, la participation émotionnelle à l'alimentation ou encore les variations hormonales (Barracough et al. 2019).

III.1.e.3. Mouvement “body positive”

Le “*body positivisme*” est un mouvement culturel né à la fin des années 1990 après la mort d'une femme présentant des troubles du comportement alimentaire. Il prône l'acceptation de tous les types de corps humains et s'efforce de dépasser la seule question du poids : il est ainsi considéré comme un dérivé du mouvement de la “*fat libération*”, apparu dans les années 1970 et luttant contre les pratiques discriminatoires envers les personnes en surpoids.

Le *body positivisme* trouve un second souffle dans les années 2010 par le biais des réseaux sociaux. Le *hashtag* #bodypositive, proposant de se décaler de la définition normative standardisée de la beauté et d'amener de la diversité dans les représentations des corps, a ainsi été utilisé plus 17,8 millions de fois sur *Instagram*.

Des dissensions sont toutefois apparues à l'intérieur du mouvement du fait d'une importante récupération par des individus considérés comme conformes aux normes de beauté définies par la *diet culture*, proposant des contenus s'éloignant des percepts de base et reproduisant un certain nombre de biais cognitifs (décrits dans le chapitre III.2.d.1). Depuis la fin des années 2010 le mouvement *body positive* est rattrapé par le mouvement dit de la “*body neutrality*”, qui invite à

dissocier le corps de la beauté et à le reconsidérer dans ses autres fonctions : relationnelles, utilitaires ...

III.1.e.4. Mouvement “pro-recovery”

Origines

S’agissant de la santé mentale, le “rétablissement” – *recovery* – est un concept théorisé dans les années 1980 par des chercheurs souvent directement touchés par un ou des troubles psychiatriques, parallèlement au mouvement américain des “survivants de la psychiatrie”.

Il s’agit d’un processus individuel et collectif d’autonomisation, de mise à distance, du discours médical par des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère : dépression, schizophrénie, trouble bipolaire... Les *pro-recovery* considèrent la prise en compte du point de vue du sujet comme un impératif indispensable au processus de soin. Ils prêtent également une attention particulière à la prise en charge des conséquences sociales liées aux stéréotypes du trouble. On retrouve aujourd’hui un héritage de cette préoccupation dans la généralisation des dispositifs de réhabilitation.

À ses débuts, le mouvement a été particulièrement controversé. Remettant en question le caractère scientifique de la discipline psychiatrique et jugeant les systèmes de prise en charge oppressifs et injustes, il a d’emblée été assimilé à de l’antipsychiatrie. À la faveur d’évolutions internes de part et d’autre, cet antagonisme initial a néanmoins fini par être dépassé : aujourd’hui les mouvements dits *pro-recovery* dans l’anorexie mentale ne remettent plus en cause la prise en charge médicale, préférant le plus souvent se présenter en complémentarité.

Raison d’être et modalités d’expression

Aujourd’hui les comptes *pro-recovery* sont pour la plupart alimentés par des jeunes femmes de 15 à 25 ans. On y retrouve des partages d’expériences et des réflexions relatives à leur parcours de soin, aux séjours en hospitalisation, à l’alimentation, aux difficultés qu’elles peuvent rencontrer, au sens qu’elles mettent sur leur trouble, à leurs rechutes mais également des échanges à visée motivationnelle et des défis.

Ce travail réflexif – réalisé, par définition, par des non experts – aurait trois fonctions principales. Tout d’abord, il contribuerait aux soins dans une dimension active et autonome, en synergie avec les thérapies proposées, ces espaces d’expression étant souvent assimilés par leurs utilisatrices à un journal intime ou à une manière de prolonger la prise en charge institutionnelle. Il aurait par ailleurs une fonction d’entraide car permettant d’activer des leviers motivationnels, de partager des expériences relatives à l’évolution clinique et au parcours de soin et de créer des liens sociaux avec des personnes considérées – à tort ou à raison – comme appartenant à une même communauté de condition, autant d’éléments favorisant le processus d’identification aux pairs et d’autonomisation à l’égard d’un discours parental, le plus souvent marqué par une injonction à la prise de poids – synonyme de guérison – et de remarques vécues comme jugeantes voire rejetantes. Ce travail présenterait enfin un avantage collatéral : celui de prévenir le trouble en sensibilisant un public *a priori* non directement concerné par l’anorexie mentale.

Les contenus relayés par ces comptes sont assez éclectiques : photos d’assiettes dans lesquelles les aliments sont disposés cliniquement, mises en scène de repas face à la caméra, témoignages de réémissions mais aussi de rechutes, montages photos montrant l’évolution physique au cours de la maladie. On y trouve aussi des défis visant à se confronter à des situations habituellement pourvoyeuses d’angoisses chez les patientes présentant une anorexie mentale, telles que se rendre au restaurant, consommer des aliments évincés de leur régime alimentaire... Régulièrement ces défis sont associés à des mantras ayant pour objectif de se libérer de la contrainte du trouble.

Limites

Selon plusieurs cliniciens, il convient toutefois d’interpeller sur les dérives possibles de ce mouvement. Selon le Maître de conférences en psychologie clinique V. Flaudias, compte tenu de la dimension relationnelle de la maladie et de la reconnaissance apportée par les réseaux sociaux, le risque est grand de favoriser un enfermement de ces jeunes femmes dans leur trouble en contribuant à faire de ce dernier un élément primordial de leur construction identitaire (Le Monde 2023). Pour la P^r Nathalie Godart, les comptes qui s’inscrivent dans ce mouvement ont par ailleurs tendance à proposer un contenu pouvant

s'apparenter à du "coaching alimentaire", ce qui reviendrait une fois de plus à normer donc à contrôler l'alimentation en remplaçant simplement l'obsession de la perte de poids par celle du manger "sain" et empêcherait donc les patientes de se décaler des pensées envahissantes liées à l'alimentation (What's up Doc 2022).

III.2. Nouveaux usages imputables à l'essor d'internet

III.2.a. Médias de masse et TCA

Presse féminine et télévision

L'impact des messages relayés par les médias de masse tels que la télévision et la presse dite "féminine" constitue un sujet assez largement exploré depuis la fin des années 1980. En 1985, les chercheurs Downs et Harrison ont étudié 4294 publicités diffusées à la télévision américaine. Ils ont estimé que la population – enfants et adultes indistinctement – était alors exposée à une moyenne de 5260 messages par an concernant l'attraction sociale dont 1850 relatifs à la beauté physique (Downs et Harrison 1985).

Des études telles que celle menée par Anschutz et son équipe ont mis en évidence que l'omniprésence d'images médiatiques de femmes considérées comme attractives contribuait à ériger un certain idéal de minceur comme norme de référence aux yeux des jeunes femmes et que cela impactait leurs conduites alimentaires immédiates (après exposition) ainsi que leur humeur générale (Anschutz et al. 2009). K. Thompson, L. Heinberg et leur équipe ont consacré une partie de leur carrière à étudier l'impact des médias dans l'internalisation d'un idéal de minceur et le développement de troubles des conduites alimentaires. Ils considèrent que, dans les années 1990, les magazines destinés au public féminin et la télévision constituaient les deux vecteurs les plus influents quant à la diffusion des standards de beauté inatteignables (Thompson et Heinberg 1999). Ces résultats ont été confirmés par d'autres études, à l'instar de celle menée par Levine et son équipe auprès d'une population de préadolescentes âgées de 10 ans à 14 ans : les conclusions montraient que 70 % de celles qui consultaient régulièrement ces magazines considéraient qu'ils représentaient une source d'informations valables concernant les critères de beauté et de minceur (Levine et al. 1994). Citons également l'étude britannique de Dittmar et Halliwell (Halliwell

et Dittmar 2004), qui met en évidence le fait que l'utilisation de mannequins maigres dans la publicité télévisuelle impacte négativement les femmes non étudiantes (augmentation des angoisses centrées sur le corps, baisse de l'humeur générale et internalisation d'un idéal de minceur). Ces résultats, enfin, sont corroborés par une métaanalyse regroupant 77 études expérimentales et corrélationnelles traitant des liens entre exposition médiatique, insatisfaction corporelle, internalisation d'un idéal de minceur et comportements alimentaires chez les femmes (Grabe et al. 2008).

Un exemple marquant, souvent cité pour illustrer l'ampleur et la rapidité du phénomène, est celui dont rend compte l'étude réalisée au milieu des années 1990 par la psychiatre D^r Anne Becker. Dans ce travail, elle s'est intéressée aux impacts de l'introduction de la télévision chez une population de jeunes adolescentes appartenant à une communauté rurale de l'ouest des îles Fidji. Avant l'apparition de la télévision, les corps plantureux étaient associés à la beauté et le contrôle du poids n'était pas une préoccupation adolescente. Trois ans après son apparition, 74 % des adolescentes se trouvaient trop grosses, 30 % étaient considérées comme à risque de développer une anorexie mentale et 21% déclaraient se faire vomir pour contrôler leur poids. À noter que les programmes diffusés étaient ceux de la télévision américaine et que cette île connaissait durant la même période un développement économique rapide (Becker 2004).

D'autres recherches néanmoins tendent à apporter certaines nuances à ces résultats. Dans un article, Posavac présente trois études réalisées sur des femmes âgées entre 18 et 25 ans. Il met en évidence que l'exposition de sujets à des images représentant de femmes minces incarnant l'idéal de beauté dominant, n'augmente pas leurs préoccupations corporelles s'ils ont un niveau de satisfaction corporel correct avant l'expérience (Posavac et al. 1998). Dans une revue de la littérature, Levine et Murnen mettent en évidence des résultats discordant dans les études mesurant les effets de l'exposition aux médias sur l'image du corps. Ils retrouvent notamment une importante littérature repérant une meilleure perception de l'image corporelle chez certains sujets après qu'ils ont été exposés à des contenus valorisant la minceur. Cela s'expliquerait par le recours à des processus d'identifications. (Levine et Murnen 2009).

III.2.b. Démocratisation d'internet et naissance des mouvements "pro-ana"

Les sites "pro-ana" sont des espaces numériques créés par des personnes présentant une anorexie mentale pour y évoquer leurs troubles. Ce mouvement est né à la fin des années 1990, au moment de la démocratisation d'internet, et a pris son essor au début des années 2000. En 2001, le web comptait 400 sites "pro-ana", chiffre qui peut nous sembler attester d'un phénomène relativement modeste mais qui avait été alors qualifié de "viral".

Sur ces sites on retrouve des récits et des conversations avec d'autres individus ou bien avec le trouble lui-même, dès lors personnifié et le plus souvent nommé "Ana". Les discours sont divers : certains revendiquent leur choix d'être anorexique tandis que d'autres confient leur désarroi face à cette maladie dont ils peinent à guérir. Des conduites de jeûne, de purge et des techniques de dissimulation de ces conduites y sont également décrites. Ces espaces d'échanges – sur des sites internet, d'abord ; sur des réseaux sociaux ensuite – ont toutefois pour dénominateur commun le fait d'accueillir l'expression d'une souffrance intense (Casilli et Tubaro 2016)(p16). C'est bien d'abord de cela dont il s'agit, davantage que d'un piège intentionnel à destination des plus fragiles, comme cela avait pu être sous-entendu dans le traitement médiatique dominant qui en avait été fait au début des années 2000.

Marie Windels distingue des usages différents de ces espaces en fonction du stade de la maladie (Windels 2010). Dans un premier temps, il s'agirait pour les utilisateurs de s'informer sur la maladie, ses conséquences et de mettre du sens sur ses symptômes. Ensuite, lorsque le trouble est installé, certains seraient amenés à participer à l'élaboration du contenu et à sa modération. Contrairement à la première étape, les utilisateurs commencent alors à exister numériquement, soit en créant leur propre contenu, soit en participant à celui des autres usagers. Enfin, lorsque la volonté de guérir se fait plus présente, les utilisateurs modifient leurs pratiques et se détournent des contenus relatifs à la maladie pour élargir leurs intérêts. Notons que cette typologie se rapproche de celle établie par Muriel Darmon lorsqu'elle parle de « carrière anorexique » (Darmon 2007).

Les premières études médicales sur le mouvement "pro-ana" (Andrist 2003; Chesley et al. 2003) se sont, dans un premier temps, attelées à une description superficielle des discours facilement accessibles sur ces sites, et ce afin de

sensibiliser efficacement leurs homologues sur ce sujet. Quelques années plus tard, d'autres chercheurs (Bardone-Cone et Cass 2007) ont étudié les effets de la confrontation à des contenus "pro-ana" sur l'image de soi et les conduites alimentaires. Leurs résultats montrent que ces sites sont principalement utilisés par des personnes atteintes du trouble et que l'exposition d'une population non malade à ce contenu a un impact négatif sur l'image de soi ainsi que sur les comportements alimentaires. Une limite manifeste de ces études réside dans le fait que, ne s'intéressant pas aux contributeurs de ces sites, elles n'éclairent logiquement ni leurs motivations, ni leurs trajectoires de soin, ni leurs attentes autour de la guérison.

Dans son ouvrage (Casilli et Tubaro 2016)(p&26), Casili remarque une contradiction entre, d'une part, la représentation conventionnelle, qui oppose spontanément les contenus dits "pro-ana" au système médical et, d'autre part, les conclusions de son enquête, lesquelles mettent en lumière, non seulement, un recours important au soin mais, plus encore, une participation émotionnelle forte dans les relations entretenues avec les différents professionnels de santé. La médiatisation de ce phénomène a participé, selon Casili, à sa mésinterprétation et à la production d'un discours diabolisant, aboutissant à la censure de ces espaces (ibid p15). Le recours à la censure est apparu comme une évidence pour contenir le phénomène. Pourtant, il semblerait que cela se soit avéré contre-productif puisque, banni de ses plateformes d'hébergement anglophones, auxquelles il était jusqu'alors circonscrit, le phénomène s'est dès lors exporté à l'international, touchant une population beaucoup plus large. (ibid p 21)

III.2.c. Tentatives d'encadrement légal du contenu d'internet

En réaction à l'essor du mouvement "pro-ana" et poussé par le cadre interprétatif dominant (cf. théorie des médias exposée au chapitre I.2.c.), le parlement français décide de légiférer sur l'exposition de la maigreur. Paraissent ainsi au Journal Officiel du 5 mai 2017 deux articles de loi prévoyant, d'une part, l'obligation de mentionner sur les photos commerciales publiques lorsqu'il y a eu retouche de la silhouette et, d'autre part, un encadrement médical plus étroit du métier de mannequin. Les tentatives de légiférer sur les contenus internet non issus des groupes commerciaux s'avèrent plus complexes. En effet, en 2008 puis

en 2015, deux projets de loi visant à pénaliser « les individus partageant des contenus faisant l'apologie d'une minceur excessive » ont été abandonnés (Véran et al. 2015).

Les acteurs du soin signalent que ces sites peuvent être considérés comme des outils de compréhension du quotidien des personnes malades puisqu'elles en sont les principales contributrices (Lyons et al. 2006; Bardone-Cone et Cass 2007). Par ailleurs, les rétractations consécutives aux vellétés de censure ont pour effet de limiter fortement la portée des campagnes d'information et de prévention menées par les professionnels de santé sur ces plateformes, ce qui revient, selon Casili, Pailler et Tubaro (Casilli 2013), à exclure ces patientes de l'accès aux soins. Comme on l'a vu, certaines patientes ont pu témoigner des vertus cathartiques de la mise en scène de leur parcours de guérison sur les réseaux sociaux. Or, ces projets de lois ne faisaient pas la différence entre les contenus pro-ana et *pro-recovery*. Ils n'encadraient que très peu les pratiques portées par la *diet culture*, dont on a pourtant vu qu'elle contribuait autrement puissamment à l'internalisation d'un idéal de minceur. Enfin, dans leur étude, Casilli, Pailler et Tubaro démontrent que l'organisation même du web a conduit à ce que toutes les tentatives de répression de ces comptes ces dix dernières années ont abouti à l'effet inverse de celui recherché, autrement dit à une résurgence amplifiée de ces contenus sous d'autres formes : on parle "d'effet Streisand" (Casilli et Tubaro 2016) (p 70).

III.2.d. Ce qu'on sait de l'usage d'internet chez les personnes présentant une anorexie mentale

En considérant les éléments sus-cités, il apparaît indispensable de s'intéresser à l'utilisation des réseaux sociaux chez les patients présentant un trouble des conduites alimentaires et plus spécifiquement une anorexie mentale. La partie suivant se consacrera à une brève revue de la littérature non exhaustive sur les recherches menée auprès de cette population clinique quant à leurs usages des réseaux sociaux. Afin de réaliser cette recherche nous avons recherché les termes *anorexia nervosa*, *eating disorder*, *body image*, associés au termes *social media* et *social network* sur le moteur de recherche Pub Med et nous avons sélectionné les articles le plus pertinent quant à notre sujet.

Plusieurs études se sont intéressées aux associations entre l'utilisation des réseaux sociaux et plus spécifiquement de Facebook et l'insatisfaction corporelle, la perception de l'image du corps, la présence de troubles du comportement alimentaire. Les résultats s'accordent sur un impact négatifs de l'utilisation de ce réseau sur les dimensions sus-cités (Smith et al. 2013; Mabe et al. 2014; Fardouly et al. 2015; Fardouly et Vartanian 2015).

Une étude de 2016 montre une association forte entre l'utilisation des réseaux sociaux en volume (temps par jour) et en fréquence (nombre de visites par semaine) et les préoccupations liées à l'alimentation chez une population de jeunes adultes (Sidani et al. 2016).

En 2013 une étude portant sur des adolescentes de 13 à 15 ans montre que l'utilisation d'internet et particulièrement des réseaux sociaux tels que Facebook est associée à une plus importante internalisation d'un idéal de minceur, à des conduites de surveillance corporelle (Tiggemann et Slater 2013). Or l'internalisation d'un idéal de minceur peut être considéré comme un facteur déclenchant de l'anorexie mentale (Chen et Couturier 2019).

Une étude longitudinale réalisée à partir d'un échantillon de 685 adolescents entre 14 ans et 15 ans montre que l'exposition répétée à des images d'un « corps idéal » proposées dans les médias prédit une auto-objectification (Théorie selon laquelle un individu pense son corps et le juge d'un point de vue externe) qui à son tour prédisait une expérience émotionnelle négative quant à son corps et son apparence. Cette insatisfaction corporelle prédisait des conduites de restriction et d'hyperphagie. Ces associations ne sont pas impactées par le genre des participants (Dakanalis et al. 2015). L'absence de participation du genre dans l'impact de l'exposition à des corps idéalisés sur le développement de conduites alimentaires troubles avait été évoqué dans deux métaanalyses en 2008 (Barlett et al. 2008).

Toutes ses études montrent que l'utilisation répétée des réseaux sociaux quel que soit la population étudiée (adolescents, jeunes adultes, hommes et femmes) sociaux entraîne une perception négative de l'image de soi.

D'autres études se sont intéressées aux différents usages des réseaux sociaux par les patients présentant un trouble des conduites alimentaires.

Une étude espagnole datant de 2021 compare l'utilisation de twitter chez des sujets présentant une AM, des sujets en cours de traitement pour une anorexie mentale, des sujets en rémission et des groupes contrôle utilisant des termes associés à l'AM sur Twitter mais ne présentant pas de signes de troubles. Ils mettent en évidence une différence significative dans les temps d'utilisation (préférentiellement la nuit chez le groupe des sujets présentant une anorexie mentale), dans le mode d'énonciation (utilisation préférentielle de pronom impersonnels chez les sujets anorexiques par rapport à l'utilisation du pronom « je » chez les groupes contrôles), dans les sujets abordés par les différents groupes sur la plateforme. Ils notent aussi une évolution des intérêts partagés en fonction du stade de la maladie dans lequel les patients se trouvent (Ramírez-Cifuentes et al. 2021).

Plusieurs études menées sur des adolescents ont montré que leurs manières d'utiliser les réseaux sociaux -notamment la publication des *selfies* (autoportraits)- pouvait prédire une éligibilité aux critères des différents troubles des conduites alimentaires établis par le DSM V. La publication fréquente de selfies, l'importance des retouches de ces photos et l'importance accordée aux retours des autres usagers sont corrélées à une plus grande insatisfaction corporelle et au recours à des restrictions alimentaires. (McLean et al. 2015; Lonergan et al. 2019, 2020).

En 2022 un groupe de chercheurs américains s'intéresse aux motivations perçues par les usagers de leur consommation des réseaux sociaux. Ils repèrent 6 motivations principales : pour se divertir, pour communiquer de façon simple, pour accroître ses interactions sociales, pour trouver un soutien social, pour rechercher et partager des informations, et pour s'évader de la vie quotidienne (Falgoust et al. 2022).

Ces motivations nous intéressent particulièrement pour justifier la légitimité de notre question de recherche. En effet les dimensions sociales et d'extractions du quotidien apparaissent comme des pistes de réflexions pertinentes dans le cadre de notre recherche.

Partie 2 :

Présentation du Protocole de l'étude
ANORESOQUAL

Représentations des impacts de l'utilisation des
réseaux sociaux chez les adolescents souffrants
d'anorexie mentale

I. Introduction

L'anorexie mentale (AM) compte parmi les troubles des conduites alimentaires les plus anciennement identifiés et les plus largement étudiés (Lasègue). Définie selon les critères du DSM (American Psychiatric Association 2016) et de la CIM-10, sa prise en charge constitue un enjeu de santé publique puisque l'anorexie mentale demeure encore aujourd'hui un défi thérapeutique et présente l'un des taux de mortalité parmi les plus élevés des pathologies psychiatriques, entre 5 % et 10 % selon les études (Roux et al. 2013). Le premier diagnostic est posé le plus souvent entre 14 ans et 17 ans, le sex-ratio est d'un homme pour neuf femmes. Suivant les études et les populations étudiées, la prévalence vie-entière varierait entre 0,9 et 2,2 % chez les femmes et 0,2 à 0,3 % chez les hommes. En France, la prévalence se situerait entre 0,9 et 1,5 % chez les femmes (HAS 2010). Cette prévalence apparaît stable depuis plusieurs décennies (Roux et al. 2013).

L'étiologie de l'anorexie mentale est complexe et multifactorielle. Parmi les dimensions étiologiques apparaissent notamment les facteurs environnementaux. Il se trouve que, dans l'environnement des adolescents, les réseaux sociaux occupent une place importante (Statista research department 2023), d'autant que les usages se sont majorés depuis la crise sanitaire liée à la COVID-19 dans toutes les classes d'âge et particulièrement celle des 12-25 ans.

Les réseaux sociaux sont définis, en sciences de la communication, comme :

« des services Web qui permettent aux individus de construire un profil public ou semi-public dans le cadre d'un système délimité, d'articuler une liste d'autres utilisateurs avec lesquels ils partagent des relations ainsi que de voir et de croiser leurs listes de relations avec celles faites par d'autres à travers la plateforme » (boyd et Ellison 2007).

Les réseaux sociaux semblent être un recours privilégié par les adolescents pour trouver des informations relatives à leur santé (Ofcom ; Pilgrim et Bohnet-Joschko 2019) et communiquer avec d'autres adolescents.

De nombreuses études ont montré l'impact des médias de masse, comme la télévision, sur l'insatisfaction corporelle et les conduites alimentaires chez les jeunes femmes. Des études plus récentes s'intéressent à l'impact des réseaux

sociaux et mettent en évidence des résultats similaires (Smith et al. 2013 ; Mabe et al. 2014 ; Fardouly et al. 2015 ; Fardouly et Vartanian 2015 ; Sidani et al. 2016 ; Tiggemann et Slater 2013).

En 2015, un projet de loi visant à pénaliser les créateurs de contenus faisant « l'apologie de la maigreur excessive » sur internet a été étudié puis supprimé par l'Assemblée nationale après qu'il a été dénoncé par plusieurs médecins spécialistes comme « contreproductif » (Le Monde 2015). Dans ce contexte, plusieurs personnes présentant un trouble des conduites alimentaires ont témoigné dans les médias de leur utilisation des réseaux sociaux et de l'intérêt qu'elles avaient pu y trouver dans leur processus de rémission.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore intéressée aux représentations que se font les patientes souffrant d'anorexie mentale des impacts de leurs usages des réseaux sociaux sur leur trouble.

L'étude étant en cours de réalisation nous nous proposons de présenter notre démarche de réflexion ayant abouti à la construction du protocole.

II. Objectif de l'étude

Nous cherchons ici à dégager des hypothèses de compréhension psychopathologique des impacts que peut avoir de l'utilisation des réseaux sociaux sur le développement et l'évolution de l'anorexie mentale (de type restrictif ou avec conduites de purges), et ce à partir des représentations des patients.

II.1. Question de recherche

Nous sommes partis de la question de recherche suivante :

Comment les adolescents présentant une anorexie mentale de type restrictif ou avec conduites de purges, pris en charge en ambulatoire au centre hospitalier de Niort, se représentent-ils l'impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur le développement de leur trouble ?

III. Matériel et méthode

III.1. Méthode

III.1.1. Justification du choix méthodologique

L'intérêt porté aux usages des réseaux sociaux semble relever *a priori* de la sociologie, discipline analysant les rapports entre individus et sociétés.

La psychiatrie s'est néanmoins approprié cet objet d'étude, quoique plus tardivement, en appréhendant ce phénomène social comme un facteur influant sur la santé mentale des individus : sur la thymie, d'abord (O'Keeffe et al. 2011) puis, plus récemment, sur l'image de soi. Ces études sont essentiellement quantitatives et ne nous éclairent pas sur les fonctions des réseaux sociaux pour les patients atteints d'AM.

Étudier les liens entre, d'une part, un support privilégié par les adolescents pour expérimenter leur *corps social* – concept défini par Schilder comme « véhicule de l'être au monde » – (Schilder 2017) et, d'autre part, une conduite à expressions somatiques telle que définie par Marcelli (Marcelli et al. 2018)(p123), nous semble pourtant essentiel pour affiner la compréhension de ce phénomène.

Compte tenu de la complexité de notre sujet d'étude, au carrefour entre plusieurs disciplines, nous avons décidé d'utiliser une méthode de recherche qualitative. Les méthodes de recherches qualitatives nous semblent en effet particulièrement pertinente, en pédopsychiatrie, dans la mesure où cette spécialité se fixe comme objet d'étude principal le sujet dans sa relation au monde. Ces méthodes permettent d'explorer et d'expliciter les perceptions, les expériences, le sens que les sujets donnent à leur environnement, sans rien retrancher à la complexité du phénomène étudié. La méthode de recherche qualitative étoffe les connaissances concernant les représentations des patients, elle s'inscrit, donc dans la démarche d'*Evidence Base Medecine* (EBM) au côté de la méthode de recherche quantitative, qui apporte des données cliniques par les publications scientifiques.

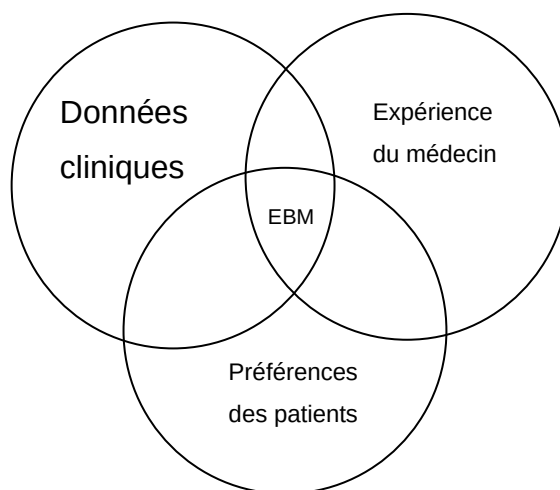


Figure 1 · Schéma définissant l'EBM (AZHIN 2016).

III.1.2. Présentation des méthodes de recherche qualitatives

Initialement développées dans le champ des sciences humaines et sociales par les tenants de l'école de Chicago à la fin des années 1910 (Poupart et al. 1983), les méthodes de recherche qualitatives ont trouvé des champs d'application au sein des sciences médicales (Morgan et Watkins 1988; Rasschaert et al. 2014) et notamment psychiatriques (Russell 1979; Khiar Zerrouk et al. 2014; Sibeoni et al. 2020). Aujourd'hui, ce sont des méthodes de référence pour l'étude des questions complexes telles que le vécu des patients autour de leur affection ou des modalités thérapeutiques qui leur sont proposées.

Les méthodes de recherche qualitatives ont pour objectif de décrire, approfondir et comprendre les phénomènes observés. Elles s'appuient sur des paradigmes différents de ceux qui régissent la recherche quantitative (Dumez 2011). En effet, les méthodes de recherche qualitatives s'inscrivent dans une démarche constructiviste, c'est-à-dire que la connaissance résulte d'un processus humain fait d'une succession de constructions et de reconstructions sur l'objet à connaître. Autrement dit, selon ce paradigme – émanant, entre autres, de la dialectique kantienne – il n'existerait pas de vérité absolue objective mais des réalités co-construites par l'interaction permanente entre le sujet, son environnement et l'objet d'étude (Nguyễn-Duy et Luckerhoff 2006). La recherche qualitative s'inscrit de ce fait dans une démarche inductive : l'objectif des études qualitatives n'est pas de prouver une hypothèse préalablement formulée mais plutôt d'en faire émerger à partir du contenu recueilli (Mays 2000). Ces méthodes

de recherche sont particulièrement intéressantes lorsque l'objet d'étude est nouveau, que la question de recherche est complexe ou qu'elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines (Sibeoni 2017).

III.2. Échantillon

III.2.1. Critères d'inclusion

Nous avons retenu sept critères d'inclusion pour cette étude. Certains sont de l'ordre de l'évidence et seront uniquement cités, quand d'autres nécessitent une justification théorique ou clinique.

Tout d'abord, il convenait qu'ait été posé un diagnostic d'anorexie mentale selon les critères du *DSM V* (American Psychiatric Association 2016) classification de référence en psychiatrie.

Ensuite, il fallait que le patient soit pubère. L'analyse brève de la littérature (Thibault et al. 2017) concernant l'anorexie mentale prépubère met, en effet, en évidence des différences dans la psychopathologie et dans l'expression du trouble. De plus, l'âge minimum légal d'utilisation des réseaux sociaux est établi à 13 ans. Nous avons donc décidé de considérer la puberté comme un critère d'inclusion.

Pour ce qui est de définir l'adolescence, nous nous sommes, dans un premier temps, fondés sur les critères d'âge établis par l'OMS à savoir la classe d'âge entre 10 ans et 19 ans (Sacks et al. 2003). Ce critère a cependant fait l'objet d'une demande de correction par le CPP auquel nous avons soumis notre projet, ce dernier considérant que « le langage utilisé ne permettait pas la parfaite compréhension des enjeux pour les plus jeunes (12-14 ans) » et que, par ailleurs, compte tenu du faible nombre de patients à inclure, la différence d'âge pouvait constituer un biais. Cette réduction de la fourchette d'âges nous est aussi apparue pertinente eu égard au pic d'incidence de l'AM entre 14 et 17 ans (Roux et al. 2013). Enfin, rappelons que l'âge légal, en France, pour disposer d'un compte sur les réseaux sociaux est de 13 ans et que le consentement des parents est nécessaire jusqu'à 15 ans (e-enfance). Les adolescents inclus devront donc avoir entre 15 et 19 ans.

Par ailleurs, les sujets à inclure doivent être pris en soins au centre hospitalier de Niort. Ce critère, au-delà des questions évidentes de convenance, permet surtout d'obtenir un échantillon homogène à l'égard de la provenance géographique (sectorielle) et donc de l'organisation du parcours de soins (Smith et Osborn 2007; Gicquel 2016).

En outre, de manière à garantir le consentement éclairé du patient et la qualité de l'entretien, une bonne maîtrise de la langue française est requise.

L'affiliation à la sécurité sociale constitue, quant à elle, une obligation légale.

Il nous apparaissait indispensable, enfin, que le patient manifeste un *insight* fort. Nous n'avons pas utilisé d'échelle quantitative pour le mesurer. Face à la complexité de ce concept (Jaafari et Marková 2011), fondamental en psychiatrie, nous avons considéré que l'*insight* était fort lorsque les patientes étaient en mesure de se reconnaître comme malades, de parler librement de leur trouble et adhéraient à la prise en charge en cours.

Critères d'inclusions
- Adolescent pubère - Adolescent entre 15 ans et 19 ans - Avoir un diagnostic clinique d'anorexie mentale (type restrictif pur, type boulimique/prise de purgatif) selon les critères du DSM V - Utilisant pluri hebdomadairement les réseaux sociaux - Actuellement en soins dans le Poitou-Charentes - Maîtrisant la langue française à l'écrit et à l'oral - Insight fort

Tableau 1 · Critères d'inclusions

III.2.2. Critères de non-inclusion

Il nous a semblé important de ne pas inclure les patients au cours d'un hospitalisation pour la prise en charge d'une complication de l'anorexie mentale. Nous avons considéré que le temps de l'hospitalisation en lien avec une complication aiguë ou lors d'un moment de « crise » n'était pas propice, à l'échange et à la réflexion sur ses pratiques sociales en lien avec son trouble. L'altération des fonctions cognitives inhérentes à la dénutrition, associé à la mise en place de soins intensifs souvent non consentis par les patients et leur accès

limité au réseaux sociaux durant l'hospitalisation, sont autant de critères nous ayant guider pour prendre cette décision.

En outre, si une comorbidité psychiatrique était associée et prévalait sur l'anorexie mentale, les patients étaient exclus de l'étude, afin d'éliminer de potentiels biais de confusion.

Dans la même logique, nous avons fait le choix de ne pas inclure les patients qui présentaient une pathologie gastro-digestive pouvant expliquer, ne serait-ce que partiellement, le trouble du comportement alimentaire.

Les patients présentant une anorexie mentale à début pré-pubère n'ont pas non plus été inclus. (cf. III.2.1.)

De même, bien entendu, que les patients ayant refusé de participer à l'étude.

Enfin, pour des considérations éthiques, les patients majeurs concernés par une mesure de protection juridique et les patientes enceintes n'ont également pas été inclus.

Critères de non-inclusion
- Refus du patient de participer à l'étude - Hospitalisation au moment de l'entretien pour la prise en charge d'une complication somatique ou psychiatrique de l'anorexie mentale - Patient majeur concerné par une mesure de protection juridique - Anorexie à début pré-pubère - Comorbidité psychiatrique prédominant sur l'anorexie mentale - Pathologie gastro-digestive pouvant expliquer même partiellement la symptomatologie - Patiente enceinte

Tableau 2 · Critères de non-inclusion

III.2.3. Échantillonnage

En recherche qualitative, il n'y a pas de nombre défini *a priori* de sujets à inclure pour garantir le bien-fondé de l'étude. L'échantillon arrive à saturation de données lorsque de nouvelles inclusions n'apportent plus de nouveau matériel dans l'analyse. La pertinence d'une étude qualitative se mesure en fonction du degré de nouveauté qu'elle apporte concernant le phénomène étudié (Mays 2000; Smith 2011).

III.3. Recueil des données

III.3.1. Contacts avec les participants

Tous les patients ont été recrutés à l'unité pour adolescents du Centre Hospitalier de Niort. Avant de commencer l'étude, nous avons présenté notre projet à l'équipe médicale de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de sorte que chaque médecin ait pu présenter et proposer l'étude aux patients qu'ils rencontraient dans le cadre des suivis.

Si le patient et ses représentants légaux étaient d'accord, le psychiatre référent nous transmettait les coordonnées du patient afin que la chercheuse puisse prendre contact par téléphone et convenir d'un premier entretien. Nous procédions de la manière suivante : si au premier appel nous n'obtenions pas de réponse, nous réessayions d'appeler une seule fois, à une semaine d'intervalle.

L'interne de l'unité – investigatrice de l'étude – n'a pas inclus de patients qu'elle rencontrait dans le cadre de son activité clinique.

III.3.2. Déroulement des entretiens

Compte tenu du fait que l'investigatrice de cette étude soit prioritairement identifiée comme soignante – interne de pédopsychiatrie – au sein du Centre Hospitalier de Niort, mais aussi du déroulé des entretiens, qui peuvent apparaître similaires – par certains aspects – aux entretiens thérapeutiques, nous avons fait le choix de séparer nettement le lieu de l'étude de l'espace de soins en organisant les entretiens et les inclusions sur le CMP enfance, se trouvant sur un site géographique distinct.

Une première rencontre est organisée afin de présenter l'étude, répondre aux questions des participants et de leurs parents et signer les formulaires de consentement. Un court questionnaire sociodémographique (cf. annexe) a été proposé afin de pouvoir caractériser rapidement la population étudiée.

Une seconde rencontre pour l'entretien de recherche est programmée entre 48 heures et 15 jours après la première rencontre. Cet entretien dure entre 45 minutes et 1h30 et est enregistré à l'aide de deux dictaphones visibles par le sujet à inclure.

III.3.3. Analyse des données

III.3.3.a. Présentation de la méthode d'analyse interprétative et phénoménologique (IPA)

Cette recherche ayant pour objectif de décrire une expérience, le choix s'est donc porté sur une méthode d'analyse phénoménologique. L'analyse phénoménologique et interprétative (IPA) est une méthode d'analyse développée au milieu des années 1990 par le chercheur britannique Jonathan Smith (Smith 1996). Elle est utilisée en psychologie et plus généralement en sciences humaines de la santé et repose sur l'association de trois piliers conceptuels : la phénoménologie, l'approche idiographique et l'herméneutique (Antoine 2017, p. 2)

La méthode consiste à réécouter l'entretien et lire à plusieurs reprises le VERBATIM. L'objectif est, d'une part, de se familiariser avec l'environnement du sujet en se plaçant dans une démarche compréhensive, et, d'autre part, de permettre au chercheur d'annoter le texte de commentaires linguistiques, sémantiques et conceptuels. Ces annotations sont ensuite regroupées en thèmes d'après leurs caractéristiques essentielles. Par la suite, des ponts entre ces thèmes sont développés de manière à obtenir une organisation thématique cohérente de l'entretien. Les cas suivants sont étudiés en suivant la même méthode. Dans un second temps, une analyse transversale des cas est menée, permettant de faire émerger des connexions entre les entretiens et de construire un ensemble de méta-thèmes qui rendent compte de l'ensemble des expériences. Chaque méta-thème doit être relié aux thèmes sous-jacents – eux-mêmes reliés aux commentaires initiaux – et pouvoir être illustré par des extraits d'entretiens. Cette organisation doit d'ailleurs se retrouver dans la présentation écrite. À chaque étape, le chercheur doit donc s'assurer de la cohérence ainsi que de la fidélité de l'analyse par rapport au matériel initial. Il s'agit d'opérer un jeu d'aller-retour permanent entre le VERBATIM et les données de l'analyse. L'analyse se fait au fur et à mesure des inclusions, ce qui permet de réajuster la grille d'entretien de manière à obtenir les informations les plus précises possibles concernant le phénomène étudié (Smith et Osborn 2007; Alase 2017).

L'analyse principale a été réalisée par une seule chercheuse, L. Jeanneaud. Cependant, pour améliorer la validité de l'étude et limiter la dimension

d'interprétation de la chercheuse, les entretiens ont été relus et codés par le responsable scientifique de l'étude, le Docteur Lenjalley.

Afin d'assurer l'anonymat des participants, leur prénom a été remplacé par des prénoms factices.

Les 6 étapes de la méthode IPA :
- écoute de l'entretien, lectures et relecture du VERBATIM - annotations initiales - développement des thèmes émergents - Recherche de liens entre les thèmes émergents - étude du cas suivant - recherche de liens entre les différents entretiens

Tableau 3 · Les étapes de la méthode de recherche IPA (Restivo et al. 2018)

III.3.3.b. Critères d'évaluations

S'appuyant sur des paradigmes différents, les critères de validité sont spécifiques et non superposables aux critères utilisés en recherche quantitative (Bruchez et al. 2017).

Les critères retenus pour évaluer cette étude sont :

- la description rigoureuse de la méthode d'analyse utilisée (IPA), afin d'assurer la fiabilité et la reproductibilité inter-investigateurs (cf. II.3.3.a.)
- l'analyse par plusieurs chercheurs, afin d'éviter tout enfermement dans une interprétation trop univoque
- le retour au patient, c'est-à-dire la présentation des résultats aux sujets inclus et la prise en compte de leur adhésion relative à l'analyse proposée
- la réflexivité : la capacité à prendre en compte la position subjective du chercheur
- la prise en compte des cas négatifs, des cas extrêmes et discordants

III.4. Déclaration éthique

Le projet a été soumis au comité de protection des personnes (CPP) du SUD OUEST ET OUTRE MER 1. Il a été accepté après relecture le 25 avril 2022.

Ce projet de recherche a été présenté au comité de recherche clinique du Centre Hospitalier de Niort le 23 juin 2022. (Cf Annexe).

IV. Résultats

À ce jour, trois patientes ont été contactées, nous en avons rencontré trois et inclus deux.

Il s'agit de deux patientes en réémission. En effet le choix de nos critères d'inclusion ne nous a permis de ne rencontrer que des patientes ayant cheminé dans leurs processus de soins. Le tableau 3 regroupe les caractéristiques socio démographiques des sujets incluses.

	Nicole	Lola
âge	15 ans	16 ans
niveau d'étude	2 ^{nde}	1 ^{ere}
place dans la fratrie	cadette	aînée
ville de résidence	Thorigné	Mazières-en-Gâtine
date du diagnostic	mars 2020	octobre 2020
antécédents familiaux de TCA	oui	non
âge de début d'utilisation des RS	12 ans (5 ^e)	11 ans (6 ^e)
fréquence d'utilisation des RS	quotidienne (4-5 fois / jour)	quotidienne (10 fois / jour)
temps par jour d'utilisation	2h	5h
RS par ordre décroissant d'utilisation	<i>Instagram > Tik Tok > Snapchat</i>	<i>Instagram > Tik Tok > Pinterest</i>
situation conjugale des parents	mariés	mariés
Les parents utilisent-ils les RS ?	oui	oui

Tableau 3 Caractéristiques socio démographiques des patients inclus

L'analyse phénoménologique de ces deux entretiens a été transversale. Elle n'a, à ce jour, pas permis d'arriver à saturation de données. La méthode de recherche qualitative nous permet cependant de présenter des résultats partiels puisque

l'analyse se fait au fur et à mesure des inclusions. Les résultats présentés ci-après devront être complétés par la poursuite des inclusions.

À ce jour, quatre thèmes ont été retenus regroupant neuf sous thèmes exposés tableau 4.

thèmes retenus	<i>sous thèmes retenus</i>
RS comme tiers dans les relations	dans la relation famille/patient
	dans la relation sujet/corps
RS comme soutien de la réémergence de l'élan vital	en participant à faire réapparaître la dimension de plaisir de l'alimentation
	en proposant des contenus pourvoyeurs de désirs
RS comme terrain propice aux identifications	identifications morbides
	d'une identification aux malades à une identification aux adolescents
RS comme terreau de la maladie	un contexte
	des moyens rodés
	les effets repérés

Tableau 4 · Récapitulant les Thèmes et sous thèmes retenus

IV.1. Les réseaux sociaux comme tiers dans les relations

IV.1.a. Dans la relation famille/patient

Le déclenchement du trouble anorexique impacte le fonctionnement familial. Du côté de l'adolescent des reproches peuvent être adressés aux parents pendant le temps du soin. Il s'agit régulièrement de vivre le discours parental comme agressif, de ne pas être écouté, d'être incompris, voire nié en tant que sujet.

L'adaptation des parents aux moyens de communication privilégiés par leur enfant, semble agir comme médiateur, dans la relation parent/enfant et permet de rendre les échanges possibles.

L'utilisation des RS par les parents pour s'adresser à elles leur permet de vivre l'échange comme moins agressif et de replacer les angoisses de mort de leur côté.

LJ : « Et comment t'as vécu finalement le fait qu'ils interviennent (sur les contenus postés sur les réseaux sociaux), qu'ils te fassent ce genre de remarques ?

Lola : Bin ça m'a mis un peu une sonnette d'alarme, donc ouai c'était vraiment grave et fallait que j'arrête de me voiler la face. »

Il devient possible d'intérioriser les limites posées par les parents sur ce qui relève de l'intime.

Lola «... mes parents ils me disaient : « Lola tu sais que t'es quand même très maigre et ça peut heurter certaines personnes donc évite de poster ce genre de chose » donc c'est aussi pour ça que j'essayais de moins poster et d'être un peu plus réservée à ce sujet-là, pour pas non plus que tout le monde soit au courant de toute ma vie ... [rire]... »

La ressemblance entre les messages diffusés par les comptes alimentés par des sujets identifiés comme malade ou en rémission et le discours parental, les rend audibles pour les adolescents.

Lola : « ...ça fait partie des bon côtés des RS qui peuvent vraiment t'aider, [...] la nourriture c'est avant tout ce qui nous donne de l'énergie, ma mère m'a toujours dit « c'est comme une voiture, si tu mets pas d'essence ça n'ira pas loin, le corps c'est pareil si tu lui donne pas d'énergie il ira pas loin non plus » »

IV.1.b. Dans la relation sujet/corps

Le clivage du sujet avec son corps empêchant l'unité du Moi, fait consensus.

Les réseaux sociaux apparaissent comme un appui externe pour se réapproprier leurs sensations intéroceptives « normales » associées, dans les premiers temps de la rémission, à une perte de maîtrise.

Lola énumère en quoi les comptes pro recovery lui ont été bénéfique dans son parcours « *se rappeler que être ballonnée après un repas c'est normal, la nourriture faut bien qu'elle aille quelque part...* ».

Cet appui externe semble permettre de border les angoisses de la perte de maîtrise de la peur alimentaire.

« *Euh bin justement surtout dans les moments de culpabilité, c'était... j'ai lu ça sur un compte, c'était se poser ces questions-là : Est-ce que t'as fait du mal à quelqu'un ? Est-ce que t'as fait quelque chose d'illégal ? est-ce que t'es allé à l'encontre de tes envies ? Et si toutes les réponses sont non c'est que tu n'as rien fait de mal et t'as pas à culpabiliser...* »

IV.2. Les réseaux sociaux comme soutien de la réémergence d'un élan vital

IV.2.a. En participant à faire réapparaître la dimension de plaisir de l'alimentation

La rémission de l'anorexie mentale passe du plaisir procuré par la sensation de faim et de l'amaigrissement au plaisir de l'alimentation dans sa dimension sociale et sensoriel. La notion de plaisir dans le fait de s'alimenter revient dans le discours des adolescents.

Il devient acceptable lorsqu'il a été approuvé par d'autres sujets identifiés comme malade sur les réseaux sociaux.

« *par exemple une des phases compliquées c'est d'aller au restaurant, de manger fast food des choses comme ça, mais de se dire si les gens autour de moi peuvent manger ça librement et sans culpabilité etc, pourquoi moi je ne le devrais pas au final ?* »

IV.2.b. En proposant des contenus pourvoyeurs de désirs

Le désir perçu comme menace pendant la phase aigüe trouble est supportable, parce qu'il est proposé par l'invitation à l'imitation.

Nicole : « *Par exemple sur Tik Tok y'a des vidéos qu'on passe souvent [...]. Il y a souvent des stories de mes amis donc euh je vois ce qu'elles font, ça me donne des idées à faire ... Parce que voilà.* »

IV.3. Les réseaux sociaux comme terrain propice aux identifications

IV.3.a. Aux identifications morbides

L'idéalisation du corps maigre, pousse à la restriction.

Nicole : « on peut envier leur corps ce qui fait que du coup, on va suivre leur vie ».

Les RS leur apparaissent comme le support à une dualité vie-mort.

L'idéalisation du corps maigre leur apparaît une solution pour apaiser un mal être préexistant.

Nicole : « Euh parce que bin déjà j'étais vraiment pas bien du tout puis avec les RS, comme je disais, on voit les gens qui ne mangent pas du coup on a envie de faire comme eux et du coup on tombe tout de suite dans la restriction ».

IV.3.b. D'une identité de malade à une identité adolescente.

Le processus de guérison est décrit par une évolution des processus identificatoires. Il s'agit dans un premier temps de s'appuyer sur les pairs identifiés comme malade ou « survivant ».

L'identification à des influenceuses dites « pro recovery », permet de retrouver un élan vital.

Nicole : « Moi je trouve que c'est quand même bien parce que ça booste entre guillemets et du coup ça donne envie de s'en sortir, je trouve ça bien. »

L'usage des réseaux sociaux permet la transmission entre pairs des savoirs acquis par l'expérience de la maladie.

Nicole : « il y a aussi des comptes de personnes qui sont aussi atteinte de TCA qui sont aussi là pour poster leur parcours pour poster des conseils pour poster des encouragements que ce soit pour les personnes atteintes de TCA mais aussi pour les proches, comment soutenir ces personnes-là... »

D'une imitation des contenus proposés, elle arrive à s'approprier les objectifs de guérisons proposés par les RS.

« Euh bin oui [Gêne dans le ton] ... il y a une fille, que je suis toujours d'ailleurs, et une autre fille aussi, et en fait elles étaient vraiment anorexiques,

[...] du coup en fait elles se lancent des challenges [...] Alors moi je dirais qu'en ce moment j'ai plus du tout de problèmes avec la nourriture mais avant ouais je me lançais des petits challenges puis j'avais un très gros objectif c'était de reprendre le sport parce que j'adore le sport puis c'est vraiment ma motivation, [...]. Je faisais ça aussi pour ça. »

Les RS sont perçus comme un outil privilégié permettant l'identification à des adolescents non atteint d'anorexie mentale en rendant accessible des contenus variés.

Nicole : « ...Et aussi ça évite l'ennui je trouve, parce que C'est intéressant, enfin il y a plein de sujets différents puis on trouve un peu tout ce qu'on veut dans les réseaux sociaux. »

Nicole : « Bin en fait ... sur les réseaux sociaux il y a beaucoup de personnes qui publient ce qu'elles veulent du coup ... du coup bin chacun peut découvrir des points communs et trouver euh ce qui leur plait et faire passer le temps. »

Les réseaux sociaux apparaissent dans le discours comme permettant la sauvegarde des liens entre pairs.

Nicole : « je me suis confiée à mes amis un peu tard, j'aurais peut-être dû plus tôt [sourire] mais du coup euh [pause].... Du coup je trouve que des fois ça peut aider parce que bin comme on a besoin, qu'on a pas forcément envie d'en parler à ses parents, c'est important de parler à ses amis.

IV.4. Les réseaux sociaux comme terreau de la maladie

Les RS apparaissent comme un substrat utile à la maladie pour s'imposer à elles.

IV.4.a. Un contexte propice

Le contenu des réseaux sociaux s'inscrit dans un environnement perçu comme hostile « néfaste » qui pousse à la restriction.

« ...mais forcément que ce soit sur les réseaux sociaux ou à l'extérieur ça t'engraine en fait. Il y a tout autour de toi qui est fait pour t'engrainer. »

Le discours diffusé par les réseaux sociaux sur les TCA est perçu comme rendant l'AM attractive et séduisante (omission du caractère pathologique centré sur l'apparence (ce qui se voit) du trouble).

Lola « Heu ... A une certaine période les RS ont quand même glamourisé les TCA en montrant que les bonnes parties »

Les RS participent à un aveuglement du caractère pathologique de l'AM.

« c'est que c'est une maladie MENTALE, enfin les troubles c'est pas du tout une chose à romantiser ou quelque chose comme ça, c'est vraiment très grave... »

Les réseaux sociaux sont reconnus comme un reflet non fidèle de la réalité, et ont participé à la construction de croyances.

« Bin quand on est sur les réseaux sociaux tant qu'on ne voit pas les choses de ses propres yeux on peut pas vraiment dire que c'est vrai. »

Pour rappel il s'agit d'un discours a posteriori permettant la critique des usages antérieurs.

IV.4.b. Des moyens rodés

La maladie envahit progressivement l'espace social. Les réseaux sociaux perdent leur fonction de communication et facilitent le rétrécissement des intérêts.

Lola : « ... enfin je me suis vachement mise en retrait quand je suis rentrée dans la maladie donc finalement les RS, niveau communication, c'est devenu secondaire, c'est plus vraiment ... axé sur la maladie. »

Ils apparaissent comme un support à l'expression de l'obsession pour le corps anatomique.

Nicole : « Bien en fait un fois qu'on est dans, un peu dans la maladie, on regarde souvent le corps de toutes les filles, on est un peu ... obsédée par leur corps du coup heu... enfin voilà. »

L'utilisation des RS pendant la période de restriction permet une distorsion temporelle qui autorisent les cognitions anorexiques à envahir l'espace psychique.

Lola « quand est arrivé le confinement j'ai commencé à plus regarder que des vidéos de sport, des vidéos de recettes, jusqu'à ce que ça devienne obsessionnel en fait et que je passe mes journées là-dessus. »

IV.4.c. Les effets repérés

L'utilisation des RS prend la place d'alimentation.

Lola : « Genre je me NOURRISSAIS par ces photos et ces vidéos en fait, donc euh ouai c'est ... y'a un penchant en fait qui est devenu un peu néfaste où j'utilisais vraiment les réseaux sociaux que pour me dépenser, que pour me nourrir entre guillemet... »

« ...y'a des journées où je mangeais pas entre guillemet ou très peu vu que je passais mon temps à regarder des images à la fin de la journée je pouvais avoir mal au ventre et envie de vomir comme si je m'étais bourré toute la journée quoi ...[ton saugrenu] ... C'est pour dire à quel point ça pouvait devenir obsessionnel. »

La dépendance à l'absence de nourriture se déplace sur l'usage de RS.

« ça fait qu'alimenter la maladie en fait au quotidien, plus le fait de se nourrir de vidéo de passer son temps à regarder des vidéo de sport, etc enfin c'est vraiment un engrenage et une fois que tu es dedans t'as vraiment du mal à t'en sortir, parce que moi il y a bien des fois où j'ai essayé d'arrêter de regarder toutes ces photos etc de me dire nan mais faut que je me fasse violence etc mais ça devenait un automatisme ça devenait presque une addiction enfin donc voilà »

V. Discussion

Il s'agit ici d'une étude pilote visant à mieux appréhender l'usage des RS chez les adolescents souffrant d'une AM. Ici sont présentés les premiers résultats. Ce sont là des résultats partiels qui ne présagent pas des résultats finaux. Cette première analyse aura pour fonction de nous permettre de perfectionner notre recherche tant sur le plan méthodologique, en adaptant la grille d'entretien autour des thèmes ayant déjà émergé, que dans sa contribution au plan clinique.

V.1. Résultats actuels et perspectives de réflexions pour la suite des passations

Les réseaux sociaux comme tiers dans les relations

L'incompréhension de l'entourage, vécue par les sujets présentant une anorexie mentale, semble s'amenuiser lorsque les parents adaptent leurs modes de communication à ceux de leurs enfants. Les échanges marqués par de l'agressivité ou même rompus sont de nouveau possibles lorsque les RS sont utilisés pour médiatiser l'échange. Il semble alors possible de rendre le discours audible pour les patientes et de communiquer au sujet de leurs angoisses morbides.

Le mouvement des parents de « surveillance » de leurs adolescents, que l'on peut observer au sujet des repas ou de l'activité physique, tend à s'intensifier au même titre que les conduites anorexiques. Cette question de la « surveillance » convoque les notions d'intimité et d'extimité, que nous allons brièvement définir. S'agissant de l'intimité, terme polysémique, nous ne tiendrons compte, dans ce propos, que de la définition suivante. L'intimité se rapporte à la vie intérieure du sujet, ce qui lui appartient et qu'il ne partage qu'avec un entourage proche. L'intimité associe des éléments conscients et inconscients. (centre nationale de ressources textuel et lexicales). Le concept d'extimité lui est directement associé puisqu'il consiste à montrer une partie de son intimité dont on ignore la valeur. Ce partage comporte, pour le sujet, le risque que le retour ne soit pas positif, au sens où il ne participera pas à consolider ses assises narcissiques. Ce processus n'est pas forcément conscient. Il ne s'agit pas de chercher à plaire à l'autre mais plutôt de pouvoir reconnaître la valeur du fragment d'intimité partagé, par ce que l'autre renvoie. Le désir de se montrer est indispensable à la construction du Moi

du sujet et apparaît dès les premiers mois de vie. Il précède d'ailleurs le désir d'avoir une intimité.

Le fonctionnement des RS rebat les cartes de l'intimité et de l'extimité, lesquelles apparaissent parasitées par différents enjeux compte tenu d'un public imaginaire – présent mais fantasmé – plus nombreux et influençant la manière de s'auto-présenter conformément à ce qui est « attendu ». Ce public, n'étant pas présent physiquement, peut être ignoré. S'il est ignoré, le risque pris lors de la présentation d'une partie de son intimité est au même titre ignoré. Cela peut conduire à certains excès. Par exemple la tendance qu'ont certains adolescents à vouloir « être visibles » sur les RS peut conduire à un partage excessif (Tisseron 2011).

Dans la situation de l'AM cette tendance adolescente associée à des limites du Moi flou peut conduire à s'exposer dangereusement. La surveillance exercée par l'entourage, vécue par les sujets souffrant d'AM comme une menace de disparaître par fusion avec l'autre, devient possible lorsque le RS fait médiateur. Cela permettrait d'accompagner ces sujets à border ce qui appartient à l'intime.

Grâce à la médiation par les RS, le clivage entre le corporel et le psychique tend à diminuer, par un mouvement similaire à celui de l'extimité. Les sensations intéroceptives vécues sont partagées avec des interlocuteurs, reconnus comme partageant le même système de valeur, et sont renvoyées du côté de la norme, devenant par là même acceptables.

Les réseaux sociaux comme soutien de la réémergence d'un élan vital

La proposition d'un contenu varié associé à la dimension d'échange avec des pairs permet de soutenir la réémergence d'un désir « du côté de la vie » au moment de transition entre la phase dite aigüe du trouble et le processus de rémission. Ce thème reste à approfondir dans la suite de l'étude.

Les réseaux sociaux comme terrain propice aux identifications

L'utilisation, par les patientes atteintes d'AM, des RS pour maintenir le lien aux pairs peut être considérée, au premier abord, comme allant à contrecourant de certaines descriptions psychopathologiques qui présentent le trouble comme précipitant dans un isolement. Pourtant il semble que ce lien à distance semble

non seulement possible mais « utile » pour poursuivre le processus adolescent (Saint Pol 2007). Ce processus semble facilité par la communication virtuelle. En effet le lien, quoique bien réel, se fait avec un autre fantasmé, idéalisé qui apparaît moins menaçant.

On retrouve, lors de la phase active de la maladie, le recours à des identifications morbides rejoignant l'idéal du Moi des sujets souffrant d'AM au sens où il s'agit d'identifications à des individus en danger de mort par le non-respect de leurs limites physiques et partageant des intérêts limités à l'objet nourriture.

Progressivement, en même temps que le processus de soin évolue, l'usage des RS apparaît soutenir l'élargissement des intérêts et permettrait ainsi d'accompagner les processus d'identifications aux autres adolescents non identifiés comme malades.

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte particulier puisque les deux sujets inclus ont été diagnostiquées lors de la pandémie de COVID aux alentours du premier confinement. Au vécu d'isolement singulier à l'AM s'ajoute un isolement réel par le confinement. Nous pouvons nous interroger sur d'éventuels impacts de cet isolement sur les usages des réseaux sociaux par les patientes souffrant d'AM (Touyz et al. 2020; Walsh et McNicholas 2020).

Les réseaux sociaux comme terreau de la maladie

Les RS sont présentés comme s'inscrivant dans un environnement plus large, hostile puisque instillant un idéal de minceur auquel les patientes se considèrent sensibles.

Un objet ne peut pas être la seule cause de la souffrance. Cependant les RS sont présentés, compte tenu des cognitions propres à l'anorexie, comme des catalyseurs du trouble en facilitant, par leurs modes de fonctionnement, l'envahissement psychique.

Il est intéressant d'observer que la dimension addictive reconnue dans l'AM (Clarke et al. 2017) se déplace sur l'utilisation des RS au sens où les patientes le perçoivent comme un moyen de se nourrir et ne peuvent s'en détacher.

Remarques générales concernant les résultats

Dans ces deux entretiens, les adolescentes critiquent régulièrement leurs usages antérieurs des RS. À la lumière de leur expérience passée, elles alertent du danger que peut constituer l'utilisation des RS au début du trouble. Elles insistent sur la prudence dont il faut faire preuve quant à la véracité des informations diffusées sur les RS. Cela va dans le sens des résultats de l'étude de 2019 (Pilgrim, Bohnet 2019) ainsi que ceux de l'autorité régulatrice des télécommunications britannique, (Ofcom) qui mettait en évidence que les adolescents utilisaient préférentiellement les réseaux sociaux pour s'informer et faire des recherches.

À plusieurs reprises, lorsqu'elles parlent de leur expérience subjective elle ne la reconnaissant pas comme telle. Cela s'observe lorsqu'elles décrivent leur expérience, elles passent du pronom « je » au pronom impersonnel « on », élément d'énonciation qui a été repéré dans l'étude menée par Ramirez-Cifuentes qui visait à caractériser les discours des utilisateurs hispanophones présentant des signes d'anorexie sur Twitter (Ramírez-Cifuentes et al. 2021).

Enfin, dans l'entretien de Nicole, on retrouve la rigidité anorexique dans la parfaite symétrie des temps consacrés aux aspects dits positifs et négatifs des usages des RS.

Implications cliniques

L'omniprésence des RS dans le quotidien des adolescents est une réalité. Ce travail n'a pas pour objectif de juger les usages des réseaux sociaux par les adolescents, mais de faire émerger des hypothèses quant aux effets de l'utilisation des RS par les adolescents souffrant d'AM sur leur trouble, à partir de leurs représentations. La meilleure connaissance des usages en lien avec le trouble apparaît indispensable pour alimenter la réflexion autour de l'intégration de ce phénomène dans la clinique.

Les hypothèses qui émergeront de cette recherche pourront notamment participer aux réflexions sur la place du psychiatre dans la prévention primaire et sur les moyens pour mieux repérer des usages des RS qui augmentent le risque de développer de l'AM.

Enfin, il serait intéressant d'imaginer des projets de recherches quantitatives pour étayer les connaissances sur le sujet. Par exemple on pourrait envisager de mesurer l'engagement des parents dans le soin en fonction de leur utilisation des RS pour communiquer avec leurs enfants.

V.2. Limites de l'étude

Le caractère égocentrique du trouble et les critères d'inclusions nous ont conduit à rencontrer des adolescentes en voie de rémission. Hilde Bruch a pu faire un constat similaire dans ses recherches phénoménologiques visant à éclairer la psychopathologie de l'AM. « Questionner des malades de fraîche date ne sert pas à grand-chose, parce qu'elles sont tellement angoissées et sur la défensive qu'elles nient qu'il y ait quoi que ce soit d'inhabituel. Ce que j'ai appris sur l'évolution de l'attitude anorexique, je le dois à des malades guéries... ». (ch 4)

Notre représentation du travail en cours nous conduit à nous interroger sur plusieurs points. La construction de l'entretien les amène à construire un récit à partir de souvenirs. Ces souvenirs concernent des pratiques qu'elles critiquent puisqu'elles sont associées au trouble dont elles sont en train de se remettre. Ceci nous amène à affiner la question des représentations des AM en voie de rémission.

Un élément saute aux yeux : le critère de genre n'apparaît pas. L'absence d'influence du genre sur les répercussion de l'utilisation des réseaux sociaux sur la santé mentale a été démontrée dans plusieurs études (Barlett et al. 2008; Dakanalis et al. 2015). Même si d'un point de vu des symptômes diagnostic dans le DSM, d'un point de vue addictologique ou neurobiologique il n'y a pas de différence entre l'AM féminine et l'AM masculine peu d'études cliniques sur l'anorexie masculine ont été réalisées, compte tenu de la très faible prévalence (estimée à 0,2% des hommes) (Roux et al. 2013). Compte tenu du sex-ratio de l'AM, ainsi que des différences psychopathologiques mis en avant dans les recherches psychanalytiques, il semble peu opportun d'inclure des sujets masculins. Cela aurait dû apparaître dans les critères de non-inclusion.

Malgré les précautions prises, lors de l'élaboration du projet de recherche, pour différencier l'espace de recherche de celui du soin, la fonction soignante de

l'interne qui assure le recueil des données a été repérée. C'est d'ailleurs la raison qui n'a pas permis d'inclure la troisième patiente. Cela nous conduit à prendre en compte le fait que le mode relationnel « thérapeutique » a probablement influencé la construction du récit (Darmon 2007) (p 52).

La question de recherche établie pour ce projet s'intéresse spécifiquement aux représentations des patients souffrant d'AM de leurs utilisations des réseaux sociaux. Pour accéder au phénomène, dans sa globalité, il serait intéressant de trianguler les sources. A partir de nouvelles questions de recherches on pourrait imaginer associer les représentations des patients à l'étude des contenus publiés sur les RS ou interroger les représentations de l'entourage familial et des soignants.

Au plan méthodologique, nous pouvons soulever le manque de triangulation dans l'analyse des données. En effet, le projet d'étude ayant été construit dans le cadre du travail de thèse, la création d'une équipe de recherche suffisamment importante n'a pas été possible. Cela a un impact dont nous devons tenir compte sur la puissance de l'étude (Alase 2017). Cependant, en plus de l'investigatrice principale (Lisa Jeanneaud) et du directeur de recherche (Dr Lenjalley), nous avons fait appel à deux relecteurs qui n'ont pas participé au codage des VERBATIMS mais qui ont discuté des thèmes et de leur organisation.

La principale limite de ce travail réside dans le fait qu'il n'est pas terminé.

À l'état actuel de la recherche on repère l'intérêt remodeler la grille d'entretien en fonction des thèmes émergents de ces premières analyses. Ces aménagements seront d'ailleurs à envisager tout au long de l'analyse des données. Cela fait partie intégrante de la méthode de recherche qualitative et apparaît indispensable pour approcher plus finement le phénomène (Smith et Osborn 2007).

Il s'agira d'explorer la communication virtuelle familiale et l'inscription des réseaux sociaux dans un environnement élargi.

D'autre part, il s'agirait de reformuler la question suivante : « Raconte-moi comment les réseaux ont soutenu ton trouble ? ». Cette question est soumise à la critique puisqu'elle affirme que les réseaux sociaux ont participé à l'acutisation du trouble et oriente donc la réponse.

Enfin, plusieurs questions reposent sur une activité de mentalisation. Ces dernières ont mis en difficulté les deux jeunes rencontrées. Il s'agirait de réfléchir à une formulation amenant, plus progressivement, à l'activité de mentalisation.

V.3. Dimension réflexive

À la lumière de mon expérience clinique, aborder la question des RS avec des adultes identifiés soignants n'est pas aisé pour les adolescents. Ce thème a été abordé en groupe de parole sur l'unité pour adolescents et tous s'accordaient à exprimer que nous ne serions pas en mesure de comprendre leurs usages car nous avions des *a priori* négatifs et que nous en avions des utilisations différentes des leurs.

La principale difficulté rencontrée dans l'élaboration de ce projet de recherche a été d'ordre méthodologique. Me décaler d'un savoir académique et de mes représentations préétablies (citées ci-dessous), pour accéder aux représentations des sujets inclus n'a pas été aisé. J'ai eu besoin de revenir régulièrement à la question de recherche pour réussir à formuler la grille d'entretien. La formation spécifique à la recherche qualitative par le biais de SPOC (cours en ligne en petit groupe) proposée par la SFPDEA, de rediffusion de séminaires proposés par le centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) et de lectures m'a permis d'opérer ce pas de côté indispensable.

Ce qui a motivé cette recherche se basait, essentiellement, sur des *a priori* négatifs concernant les contenus proposés par les réseaux sociaux et leurs impacts sur le développement du trouble.

Les usages des RS dits « pro recovery » m'interrogeaient sur les représentations que pouvaient avoir les patients de la fonction des professionnels de soin dans le processus de guérison ; de même que « se soigner » avec les RS me questionnait : cette pratique émergente ne participe-t-elle pas à la méfiance ambiante envers les soins proposés (Lamy 2017) ?

Par ailleurs, la multiplication des contenus prônant des régimes alimentaires en les associant à la bonne santé et ceux mettant en scène des individus influant

aux formes physiques ne correspondant pas un état de bonne santé, m'apparaissait dangereuse particulièrement à l'adolescence, période à laquelle se construit l'idéal du Moi.

Ces pensées préétablies sont probablement liées à mon imprégnation par la théorie médiatique à savoir que la diffusion par les médias, des idéaux de minceurs portés par l'industrie de la mode auraient une importante responsabilité dans le développement de l'anorexie mentale (Darmon 2007)(Arnoult 2009).

La rencontre avec ces deux adolescentes souffrant d'anorexie mentale et les premières analyses des VERBATIMS m'a permis de nuancer ces représentations.

Trois remarques restent cependant présentes :

L'adolescence (non troublée) peut être considérée comme une période de vulnérabilité psychique au regard du processus de construction identitaire en cours. (Marcelli et al. 2018)(p 14-52). Par ailleurs, dans l'AM, en plus des assises narcissiques fragiles (décrites partie 1 II.2.b.) la sous-alimentation participe à une baisse des fonctions cognitives ; pour rappel Hilde Bruch parle rapproche la dénutrition sévère à un état de toxicose (Bruch 1979). Il y a à se questionner sur la participation de la dénutrition dans les capacités à discerner les différents degrés de l'information.

Le vocabulaire employé par les adolescentes rencontrées pour évoquer l'aide que leur ont apporté les RS dans le processus de rémission est majoritairement empruntée à la novlangue établie par l'idéologie néolibérale : « défis », « sortir de sa zone de confort », « encouragements qui boostent », « se dépasser » (citations extraites des deux VERBATIMS) Il s'agit d'un ensemble de périphrases, de solutions « prêt-à-penser », « prêt-à-faire », incarnant l'illusion d'une émancipation des codes et des conventions pour tendre à la liberté. Cette évolution de la langue par l'imprégnation des valeurs libérales laisse croire que chacun est individuellement responsable de ce qu'il devient en faisant fi des contraintes inhérentes et indispensables à la vie en société.

Ces méthodes de « coaching » apparaissent enfin en contradiction avec les propositions de soins en psychiatrie de l'adolescent où il s'agit, entre-autre, d'accompagner le processus de différenciation et de subjectivation.

Enfin les RS construits sur des relations verticales (cf partie 1 III.1.a.) ne laissent pas la place à l'échange et, par là même, à la dialectisation des thèmes exposés. Ce phénomène n'est pas retrouvé sur tous les comptes mais souvent sur ceux tenus par les créateurs de contenus professionnels. Cette aconflicutalité pousse à la prise de positions dogmatiques parfois radicales et tend à cliver les groupes sociaux en communautés hermétiques construites autour d'un individu fantasmé (trouver une source cool). Cela m'apparaît d'autant plus inquiétant que ces idéologies sont construites autour de témoignages faisant vérité.

Conclusion

L'utilisation des réseaux sociaux est une réalité chez les adolescents. Elle fait l'objet d'un questionnement intéressant tant d'un point de vue sociétal que d'un point de vue de santé publique. Ce phénomène a une portée mondiale puisque les usages tendent à s'homogénéiser avec la mondialisation. Le développement extrêmement rapide de cet outil rend son étude difficile et suscite l'incompréhension tant du côté des parents que des soignants.

Les effets de l'utilisation des réseaux sociaux dans « le processus anorexique » sont à l'étude depuis une dizaine d'années. Jusqu'alors, l'angle privilégié par ces recherches se situe du côté de la fréquence d'utilisation et des impacts de l'utilisation sur l'image du corps.

C'est à partir de ces constats qu'une approche qualitative pédopsychiatrique nous est apparue intéressante. Ce travail n'a pas pour but de remettre en cause les résultats des études précédentes mais plutôt de proposer des éléments de compréhension supplémentaires du phénomène.

Les résultats présentés étant des résultats d'étape nous ne pouvons apporter de conclusion définitive sur les tendances qui émergent de cette étude. Cependant, il ressort que les réseaux sociaux sont perçus par les patients présentant une anorexie mentale comme soutenant les mouvements inhérents au développement du trouble à l'adolescence.

La nouveauté émergeant de ces premiers résultats nous encourage à poursuivre cette recherche.

VI. Bibliographie

VI. Bibliographie

- Abdmouleh R. Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice. décembre 2007;(38):91-109.
- Ainsworth MDS, éditeur. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. digital print. New York: Psychology Press; 2009.
- Alase A. The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. Int J Educ Lit Stud. 30 avr 2017;5(2):9.
- Alsaker F, Ambresin AE, Ansado J, Beauchamp MH, Boislard MA, Born M, et al. La psychologie de l'adolescence. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 2017. [En ligne] : <http://books.openedition.org/pum/5160>. consulté le 3 mai 2020.
- American Psychiatric Association. DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Washington, DC; 1994.
- American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.
- Amrouche L. La puissance des réseaux sociaux en santé. Actual Pharm. mai 2023;62(626):29-31.
- Andrist LC. Media Images, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Adolescent Women: MCN Am J Matern Nurs. Mars 2003;28(2):119-23.
- Anorexia Nervosa Genetics Initiative, Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, Hübel C, et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat Genet. Août 2019;51(8):1207-14.
- Anschutz DJ, Engels RCME, Becker ES, Van Strien T. The effects of TV commercials using less thin models on young women's mood, body image and actual food intake. Body Image. Septembre 2009;6(4):270-6.
- Antoine P. Chapitre 2 L'analyse interprétative et phénoménologique. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. Paris: Dunod; 2017. p. 33-60. (Psycho sup).
- ARCEP, ARCOM. Référentiel des usages numériques. 2023. [En ligne] : https://www.arcom.fr/sites/default/files/2023-04/Referentiel-des-usages-numeriques-2023%20-%20pole-numerique-arcep-arcom_0.pdf

Arnoult A. « L'anorexie mentale : la représentation d'une déviance féminine dans la presse quotidienne nationale », dans *revue ¿ Interrogations ?*. N°8. Formes, figures et représentations des faits de déviance féminins, juin 2009 [en ligne], <http://revue-interrogations.org/L-anorexie-mentale-la,160> Consulté en août 2023.

Arizona Health Information Network (AZHIN). Internal Medicine Residents: EBM Review and Practice. [en ligne] <https://azhin.org/c.php?q=365880&p=2472351>. Consulté le 20/09/2021.

Avillac M, Denève S, Olivier E, Pouget A, Duhamel JR. Reference frames for representing visual and tactile locations in parietal cortex. *Nat Neurosci*. juill 2005;8(7):941-9.

Baboulene N. Vigarello, G., Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours, Paris, Seuil, 2004. *Clio*. 1 Novembre 2005;(22):293-5.

Bardone-Cone AM, Cass KM. What does viewing a pro-anorexia website do ? an experimental examination of website exposure and moderating effects. *Int J Eat Disord*. sept 2007;40(6):537-48.

Barlett CP, Vowels CL, Saucier DA. Meta-Analyses of the Effects of Media Images on Men's Body-image Concerns. *J Soc Clin Psychol*. Mars 2008;27(3):279-310.

Barracough EL, Hay-Smith EJC, Boucher SE, Tylka TL, Horwath CC. Learning to eat intuitively: A qualitative exploration of the experience of mid-age women. *Health Psychol Open*. janv 2019;6(1): 205510291882406.

Bartky SL. Chapter 3 : Foucault, Femininity, and the Modernization. The politics of women's body : sexuality, appearance, and behavior. Arizona State university. 2013. p. 25-44.

Becker AE. Television, Disordered Eating, and Young Women. Fiji: Negotiating Body Image and Identity during Rapid Social Change. *Cult Med Psychiatry*. déc 2004;28(4):533-59.

Bell RM. *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press (Bibliovault). 2014.

Bemporad JR. Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. avril 1996. 19(3):217-37.

Biddle S, Ribeiro PV, Dias T. Invisible Censorship TikTok Told Moderators to Suppress Posts by "Ugly" People and the Poor to Attract New Users. 16 mars 2020. [En ligne] <https://theintercept.com/2020/03/16/tiktok-app-moderators-users-discrimination/>

Blanchet C, Guillaume S, Bat-Pitault F, Carles ME, Clarke J, Dodin V, et al. Medication in AN: A Multidisciplinary Overview of Meta-Analyses and Systematic Reviews. *J Clin Med*. 25 févr 2019;8(2):278.

Blos P. *The adolescent passage: developmental issues*. 3. print. New York: Internat. Univ. Press; 1982.

- Boraska V, Franklin CS, Floyd JAB, Thornton LM, Huckins LM, Southam L, et al. A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Mol Psychiatry*. oct 2014;19(10):1085-94.
- boyd danah m., Ellison NB. Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *J Comput-Mediat Commun*. oct 2007;13(1):210-30.
- Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*. nov 1994;24(4):859-67.
- Brechan I, Kvaalem IL. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eat Behav*. avr 2015;17:49-58.
- 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.
- Bruch H. L'enigme de l'anorexie: la cage doree. Paris : Presses Universitaires de France; 1979.
- Bruchez C, Roux P, Santiago Delefosse M. Chapitre 10 : Validité et qualité en recherche qualitative : aspects pratiques. *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Paris: Dunod; 2017. p. 225-42. (Psycho sup).
- Brunaux F, Cook-Darzens S. La thérapie multifamiliale: Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ? *Thérapie Fam*. 4 avril 2008;Vol. 29(1):87-102.
- Bulik C, Yilmaz Z, HAdaway A. Genetics and epigenetics of eating disorders. *Adv Genomics Genet*. mars 2015;131.
- Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *Am J Psychiatry*. févr 2003;160(2):366-8.
- Burnell K, Kurup AR, Underwood MK. Snapchat lenses and body image concerns. *New Media Soc*. septembre 2022;24(9):2088-106.
- Button EJ, Loan P, Davies J, Sonuga-Barke EJS. Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. *Int J Eat Disord*. janvier 1997;21(1):39-47.
- Bynum CW. Holy feast and holy fast : the religious significance of food to medieval women. 1. paperback print., 8. print. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press; 2000. (The new historicism).
- Carretier E, Blanchet C, Moro MR, Lachal J. Scoping review des stratégies de prise en charge du trouble dépressif caractérisé comorbide d'une anorexie mentale à l'adolescence. *L'Encéphale*. février 2021;47(1):72-8.

Casilli AA. Le Web des troubles alimentaires. Un nouvel art de jeûner? Communications. 2013;92(1):111.

Casilli AA, Tubaro P. Le phénomène « pro-ana »: troubles alimentaires et réseaux sociaux. Paris: Presses des Mines-Transvalor; 2016.

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Règlement général sur la protection des données [En ligne] <https://www.cnil.fr/fr/comprendre-le-rgpd/reglement-general-sur-la-protection-des-donnees-ce-qui-change-pour-les-professionnels>. Consulté le 6 septembre 2020.

Chen A, Couturier J. Triggers for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: A Retrospective Chart Review. J Can Acad Child Adolescence Psychiatry Novembre 2019;28(3):134-40.

Chesley E, Alberts J, Klein J, Kreipe R. Pro or con? Anorexia nervosa and the internet. J Adolesc Health. février 2003;32(2):123-4.

Chevrel S, Éveillard A. Covid-19 : une crise sous l'emprise des réseaux sociaux: Trib Santé. 12 oct 2021. N° 68(2):95-103.

Chollet M. Chapitre 4 : Une femme disparaît. L'obsession de la minceur, un « désordre culturel ». Beauté fatale Les nouveaux visages d'une aliénation féminine,. La découverte. Paris ; 2015. (Zones).

Clarke J, Le Heuzey MF, Ramoz N. L'anorexie mentale, une addiction ? Prat En Nutr. oct 2017;13(52):16-8.

Cook-Darzens S. Thérapie Familiale de l'Adolescent Anorexique: Approche systémique intégrée. Thérapie Fam. 2003 . 24(3):313.

Cook-Darzens S. Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent : acquis, défis et nouvelles perspectives : Thérapie Fam. 17 mai 2013;Vol. 34(1): 39-67.

Cook-Darzens S. La place des parents dans la thérapie familiale des enfants et adolescents souffrant de tca : un équilibre difficile à trouver : Enfances Psy. 6 déc 2018;N° 79(3):130-41.

Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, Rupert F, Bouquet MJ, Bergametti F, et al. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. Thérapie Fam. 2005;26(3):223.

Corcos M. Figures littéraires de l'anorexie : lettres de l'extrême, extrême de l'être. In: Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles de conduites alimentaires. 2e éd. Paris: Dunod; 2011. p. 328.

Corcos M. Anorexie mentale, du féminin au maternel: Rev Fr Psychosom. 12 juin 2013;n° 43(1):131-48.

Cramer S, Inkster B. #StatusOfMind Social media and young people's mental health and wellbeing [Internet]. Royaume Unis: Royal Society for Public

Health; 2017 p. 32. (Young Health Mouvement). [En ligne] : <https://www.rsph.org.uk/static/uploaded/d125b27c-0b62-41c5-a2c0155a8887cd01.pdf>

Dakanalis A, Carrà G, Calogero R, Fida R, Clerici M, Zanetti MA, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Août 2015;24(8):997-1010.

Darmon M. Devenir anorexique: une approche sociologique. [Paris] : la Découverte; 2007. (La Découverte poche).

Deep AL, Nagy LM, Weltzin TE, Rao R, Kaye WH. Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. avr 1995;17(3):291-7.

Descartes R. Discours de la methode. Presses Electroniques de France ; 2013.

Dewambrechies-La Sagna C. L'anorexie vraie de la jeune fille. Cause Freudienne. Février 2006;(63):57-70.

Dewambrechies-La Sagna C. Lacan, le rien. Mars 2011;(77):146-50.

Doré C. L'estime de soi : analyse de concept : Rech Soins Infirmiers. 17 août 2017. N° 129(2):18-26.

Downs AC, Harrison SK. Embarrassing age spots or just plain ugly? Physical attractiveness stereotyping as an instrument of sexism on american television commercials. *Sex Roles*. juillet 1985;13(1-2):9-19.

Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement : *Enfances Psy*. 26 juin 2015.N° 66(2):14-22.

Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Libellio AEGIS*. 2011;7(4):47-58.

e-enfance. La réglementation sur les réseaux sociaux. [En ligne]. <https://e-enfance.org/informer/reseaux-sociaux/la-reglementation-sur-les-reseaux-sociaux/>. Consulté en juin 2021.

e-enfance. [En ligne]. www.internetsanscrainte.fr/sid/conference. Consulté en juillet 2023

Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Ther*. mai 2005. 27(2):104-31.

Ellison N, Thierry A. Réseaux sociaux, numérique et capital social : Entretien réalisé par Thomas Stenger et Alexandre Coutant. *Hermès*. 2011;n° 59(1):21.

E-Works. [En ligne]. <https://www.e-works.fr/blog/chiffres-internet-france-monde-2021/>. Consulté en 2021.

Fahy TA, Osacar A, Marks I. History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord*. déc 1993;14(4):439-43.

Falgoust G, Winterlind E, Moon P, Parker A, Zinzow H, Chalil Madathil K. Applying the uses and gratifications theory to identify motivational factors behind young adult's participation in viral social media challenges on TikTok. *Hum Factors Healthc*. décembre 2022;2:100014.

Fardouly J, Diedrichs PC, Vartanian LR, Halliwell E. Social comparisons on social media : The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. *Body Image*. Mars 2015;13:38-45.

Fardouly J, Vartanian LR. Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image*. janv 2015;12:82-8.

Fond G, Chevalier G, Eberl G, Leboyer M. Le rôle potentiel du microbiote intestinal dans les troubles psychiatriques majeurs : mécanismes, données fondamentales, comorbidités gastro-intestinales et options thérapeutiques. *Presse Médicale*. Janvier 2016;45(1):7-19.

Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France : The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". *J Clin Med*. 25 janvier 2023;12(3):925.

Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz JL. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. Juillet 1992;12(1):21-9.

Fortes LDS, Cipriani FM, Coelho FD, Paes ST, Caputo Ferreira ME. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino ? *Rev Paul Pediatr*. Septembre 2014;32(3):236-40.

Frédérique PL, Mazoyer AV, Marjorie R. Enjeux psychiques du virtuel à l'adolescence: *Bull Psychol*. 17 décembre 2014;Numéro 534(6):467-85.

Freud S. Au-delà du principe de plaisir [Internet]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 5 sept 2023]. [En ligne] : <http://www.cairn.info/au-dela-du-principe-de-plaisir--9782130624325.htm>

Gao Y, Liu F, Gao L. Echo chamber effects on short video platforms. *Sci Rep*. 18 avril 2023;13(1):6282.

Garner D. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. juin 1993;341(8861):1631-5.

Gheorghiev C, Marty F. La violence : une impasse de la relation d'objet. *Perspectives Psy*. juillet 2014;53(3):195-201.

- Gicquel L. Trajectoires de soins de l'anorexie à l'adolescence. Soins Psychiatriques. Novembre 2016 ;37(307):31-3.
- Godart NT, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2003 ;161(7):498-503.
- Goodman A. Addiction : definition and implications. Addiction. Novembre 1990;85(11):1403-8.
- Gorwood P. The human genetics of anorexia nervosa. Eur J Pharmacol. 7 Nov 2003;480(1-3):163-70.
- Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychol Bull. 2008 ;134(3):460-76.
- Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Vénisse JL. Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. Nutr Clin Métabolisme. Décembre 2007;21(4):151-4.
- Guéguen JP. L'ANOREXIE MENTALE : UNE PATHOLOGIE FÉMININE. ERES | « La lettre de l'enfance et de l'adolescence » 2003/1 no 51 | pages 81 à 86. « Lettre Enfance Adolesce ». Janvier 2003. (51):81-6.
- Halliwel E, Dittmar H. Does Size Matter? The Impact of Model's Body Size on Women's Body-Focused Anxiety and Advertising Effectiveness. J Soc Clin Psychol. Février 2004;23(1):104-22.
- Hamilton CE. Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. Child Dev. Mai 2000;71(3):690-4.
- Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ. The Measurement of Social Physique Anxiety. J Sport Exerc Psychol. mars 1989. 11(1):94-104.
- HAS. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE Anorexie mentale : prise en charge. 2010.
- Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Septembre 1992;31(5):810-8.
- Holmes S, Drake S, Odgers K, Wilson J. Feminist approaches to Anorexia Nervosa: a qualitative study of a treatment group. J Eat Disord. déc 2017;5(1):36.
- IFOP. Institut français d'opinion publique [En ligne]. https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2023/03/Presentation>Ifop_Lemon_WhatsApp_2023.02.21.pdf consulté en juillet 2023.
- Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. Août 2011. 169(7):409-15.

- Jeammet P. Chapitre 6 Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence valeur heuristique du concept de dépendance. Troubles des conduites alimentaires. Paris: SPECIA; 1989. p. 177-202. (Confrontations psychiatriques; vol. 31).
- Jeammet P. Le trajet de soin : Temps et Espace à l'Adolescence. Poitiers. 2001. p. 11-5.
- Kahn JP, Cohen R. Impact des médias sur le suicide : comment transformer l'« effet Werther » en prévention du suicide ? Suicides et tentatives de suicide [Internet]. Lavoisier; 2010 [cité 5 sept 2023]. p. 322. [En ligne] : <http://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-page-322.htm>.
- Kasvikis YG, Tsakiris F, Marks IM, Basoglu M, Noshirvani HF. Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. Int J Eat Disord. sept 1986;5(6):1069-75.
- Khiaar Zerrouk A, Sibeoni J, Blanchard B, Lachal J, Taïeb O, Moro MR, et al. Place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative par la photographie. Psychiatrie Enfant. 2014. 57(2):631.
- Kountza M, Garyfallos G, Ploumpidis D, Varsou E, Gkiouzepas I. La comorbidité psychiatrique de l'anorexie mentale : une étude comparative chez une population de patients anorexiques français et grecs. L'Encéphale. novembre 2018. 44(5):429-34.
- La faim et le corps une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. . 7e édition. Paris : Presses universitaires de France; 2005.
- Laessle RG, Wittchen HU, Fichter MM, Pirke KM. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. Int J Eat Disord. Septembre 1989;8(5):569-74.
- Lamy A. Mise en cause de l'autorité médicale et légitimation du discours d'expérience sur les forums de discussion en ligne. Quaderni. 5 mai 2017;(93):43-52.
- Lasègue C. De l'anorexie hystérique. J Fr Psychiatr. 2009. 32(1):3.
- Leblé N, Radon L, Rabot M, Godart N. Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs. L'Encéphale. Février 2017;43(1):62-8.
- Le Figaro. DURAND,K. Instagram franchit la barre des 2 milliards d'utilisateurs par mois. [En ligne]. <https://www.lefigaro.fr/secteur/high-tech/instagram-franchit-la-barre-des-2-milliards-d-utilisateurs-par-mois-20221027>. Consulté en août 2023.
- Le Monde. ESCANDE, P. ByteDance et ses vidéos addictives est la première société Internet de Chine à faire mieux que les Américains. [En ligne].

https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/01/14/bytedance-et-ses-videos-addictives-est-la-premiere-societe-internet-de-chine-a-faire-mieux-que-les-americains_5408839_3234.html. Consulté en janvier 2020.

Le Monde. ESCANDE, P. Le chinois tiktok est le seul réseau social aussi populaire à l'Est qu'à l'Ouest. [En ligne]. https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/11/28/le-chinois-tiktok-est-le-seul-site-internet-aussi-populaire-a-l-est-qu-a-l-ouest_6020849_3234.html. Consulté en janvier 2019.

Le Monde. Instagram peut avoir des effets néfastes sur les adolescents, selon une étude menée par Facebook. [En ligne]. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2021/09/14/instagram-peut-avoir-des-effets-nefastes-sur-les-adolescents-selon-une-etude-menee-par-facebook_6094640_4408996.html. Consulté en juillet 2023.

Le Monde. Amende record pour l'appli Tiktok, qui collectait illégalement des données d'enfants. [En ligne]. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2019/02/28/amende-record-pour-l-application-tiktok-qui-a-collecte-illegalement-des-donnees-d-enfants_5429365_4408996.html. Consulté en juin 2020.

Le Monde. Chirol. A. [En ligne]. https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2023/07/05/la-recovery-cette-pas-tout-a-fait-rescapee-de-l-anorexie_6180628_4497916.html. Consulté en Août 2023.

Les Echos. Riboulot. C. Les réseaux sociaux ont-ils été plus utilisés en 2020 avec la Covid-19 ? [En ligne]. <https://solutions.lesechos.fr/com-marketing/c/les-reseaux-sociaux-ont-ils-ete-plus-utilises-en-2020-avec-la-covid-19-24297/>. Consulté le 27 août 2023.

Levine MP, Murnen SK. "Everybody Knows That Mass Media are/are not [pick one] a Cause of Eating Disorders": A Critical Review of Evidence for a Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females. J Soc Clin Psychol. Janvier 2009;28(1):9-42.

Levine MP, Smolak L, Hayden H. The Relation of Sociocultural Factors to Eating Attitudes and Behaviors among Middle School Girls. J Early Adolesc. Novembre 1994;14(4):471-90.

Lonergan AR, Bussey K, Fardouly J, Griffiths S, Murray SB, Hay P, et al. Protect me from my selfie : Examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence. Int J Eat Disord. Mai 2020;53(5):755-66.

Lonergan AR, Bussey K, Mond J, Brown O, Griffiths S, Murray SB, et al. Me, my selfie, and I: The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and women. Body Image. Mars 2019;28:39-43.

Lyons EJ, Mehl MR, Pennebaker JW. Pro-anorexics and recovering anorexics differ in their linguistic Internet self-presentation. J Psychosom Res. mars 2006;60(3):253-6.

- Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you “like” my photo ? Facebook use maintains eating disorder risk: Facebook Use Maintains Risk. *Int J Eat Disord*. Juillet 2014;47(5):516-23.
- Maître J. Sainte Catherine de sienne : patronne des anorexiques ?. Novembre 1995 ;(2). [En ligne] : <http://journals.openedition.org/clio/490>. Consulté en Novembre 2020
- Maître J. Façons anorectiques d’être au monde : Anorexie mystique et anorexie mentale. *Socio-Anthropol*. 15 mai 1999 [En ligne];(5). [En ligne] : <http://journals.openedition.org/socio-anthropologie/53>. Consulté le 13 avril 2020.
- Madmoizelle. VINCENT. A. Comment les contenus « pro-ana » se réinventent pour continuer de pulluler sur les réseaux sociaux ?. [En ligne]. (<https://www.madmoizelle.com/en-2022-les-contenus-pro-ana-pullulent-toujours-sur-internet-pourquoi-est-il-si-difficile-de-les-interdire-1234350>). Consulté en juillet 2023.
- Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie [En ligne] : <https://www.sciencedirect.com/science/book/9782294754272>. Consulté le 13 avril 2020.
- Mays N. Qualitative research in health care : Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 1 janvier 2000. 320(7226):50-2.
- 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: Photoshopping of the selfie. *Int J Eat Disord*. Décembre 2015. 48(8):1132-40.
- Médiamétrie. Les statistiques clés des réseaux sociaux 2021 en France et dans le monde. [En ligne].<https://blog.digimind.com/fr/tendances/chiffres-cles-reseaux-sociaux-france-monde>. Consulté le 26 août 2023.
- Mediamétrie. [En ligne]. <https://www.mediametrie.fr/fr>. Consulté en 2021.
- Powertrafic. Stratégie Snapchat : mieux connaître les utilisateurs pour mieux les atteindre. [En ligne]. <https://www.powertrafic.fr/strategie-snapchat-utilisateurs-cible/>. Consulté en juillet 2023.
- Micheli-Rechtman V. Anorexie et pulsion de mort : une perspective lacanienne. *Anal Freudienne Presse*. 2002. 6(2):145.
- Moreau A, Roustit O, Chauchard E, Chabrol H. L’usage de Facebook et les enjeux de l’adolescence : une étude qualitative. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*. Septembre 2012. 60(6):429-34.
- Morgan M, Watkins CJ. Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociol Health Illn*. déc 1988. 10(4):561-78.
- Nelson, W. L. (1999). Wendy L. Nelson, Honore M. Hughes, Barry Katz, and H. Russell Searight. *Adolescence*, 34(135), 135

- Nguyễn-Duy V, Luckerhoff J. Constructivisme/positivisme : où en sommes-nous avec cette opposition ? Rech Qual. mai 2006;(5):4-17.
- Ofcom. [En ligne]. <https://www.ofcom.org.uk/home>. Consulté le 16 juin 2022.
- O’Keeffe GS, Clarke-Pearson K, Council on Communications and Media. The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. Pediatrics. 1 avr 2011.127(4):800-4.
- Otto B, Cuntz U, Fruehauf E, Wawarta R, Folwaczny C, Riepl RL, et al. Weight gain decreases elevated plasma ghrelin concentrations of patients with anorexia nervosa. Eur J Endocrinol. nov 2001. 145(5):669-73.
- Ouellet-Courtois C. Troubles alimentaires et enjeux féministes. In: Féminicides: Une histoire mondiale. La Découverte. 2022.
- Ovide, Lafaye G, Sers O. Les métamorphoses. Paris: les Belles lettres; 2009. (Classiques en poche).
- Pache S. Revendications féministes en santé mentale : histoire et impact: Rhizome. 16 mai 2023. N° 85(2):3-4.
- Pilgrim K, Bohnet-Joschko S. Selling health and happiness how influencers communicate on Instagram about dieting and exercise: mixed methods research. BMC Public Health. Décembre 2019;19(1):1054.
- Pini S, Abelli M, Carpita B, Dell’Osso L, Castellini G, Carmassi C, et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. Neuropsychiatr Dis Treat. Juillet 2016;Volume 12:1651-60.
- Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, Owens M. Affective Disturbance in Eating Disorders : J Nerv Ment Dis. juill 1985;173(7):395-400.
- Polivy J, Herman CP. Causes of Eating Disorders. Annu Rev Psychol. févr 2002. 53(1):187-213.
- Posavac HD, Posavac SS, Posavac EJ. Exposure to Media Images of Female Attractiveness and Concern with Body Weight Among Young Women. Sex Roles. 1998. 38(3/4) :187-201.
- Poupart J, Rains P, Pirès AP. Les méthodes qualitatives et la sociologie américaine. Déviance Société. 1983. 7(1):63-91.
- Presnell K, Stice E, Seidel A, Madeley MC. Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. Clin Psychol Psychother. juill 2009;16(4):357-65.
- Qin Y, Omar B, Musetti A. The addiction behavior of short-form video app TikTok: The information quality and system quality perspective. Front Psychol. 6 septembre 2022. 13 : 932805.

- Ramírez-Cifuentes D, Freire A, Baeza-Yates R, Sanz Lamora N, Álvarez A, González-Rodríguez A, et al. Characterization of Anorexia Nervosa on Social Media: Textual, Visual, Relational, Behavioral, and Demographical Analysis. *J Med Internet Res*. 20 juillet 2021;23(7):e25925.
- Ramoz N, Gorwood P. 17. Apport des neurosciences dans les troubles du comportement alimentaire. In: *Anorexie, boulimie*. Lavoisier. 2016. p. 149-58. (Les précis).
- Rasschaert F, Decroo T, Remartinez D, Telfer B, Lessitala F, Biot M, et al. Sustainability of a community-based anti-retroviral care delivery model - a qualitative research study in Tete, Mozambique. *J Int AIDS Soc*. Janvier 2014. 17(1):18910.
- Raynault A, Rousselet M, Acier D, Grall-Bronnec M. Caractéristiques associées à l'attachement insécure dans l'anorexie mentale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juillet 2016. 174(6):431-5.
- Repper J, Carter T. Together Annual Review [Internet]. 2010. [En ligne]: <https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/usingpersexperience.pdf>. Consulté en janvier 2021.
- Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol*. décembre 2018. 24(4):427-49.
- Rigaud D. Composantes neurosensorielles et hormonales dans l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme*. Décembre 2007. 21(4):143-50.
- Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale*. Avril 2013. 39(2):85-93.
- Ruiz Lázaro PM, Imaz Roncero C, Pérez Hornero J. Self-esteem, self-image, and school bullying in eating disorders. *Nutr Hosp*. 2022. [En ligne]: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/04177/show>. Consulté en août 2023.
- Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. Août 1979;9(3):429-48.
- REUTERS. Advocacy Group Says Tiktok Violated FTC Consent Decree and Children's Privacy Rules. [En ligne]. <https://www.usnews.com/news/technology/articles/2020-05-14/advocacy-group-says-tiktok-violated-ftc-consent-decree-and-childrens-privacy-rules>. Consulté en juin 2020.
- Sacks D, Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Age limits and adolescents. *Paediatr Child Health*. 1 nov 2003. 8(9):577-577.
- Saint Pol T. Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle. *OSC*. 2007.

- Schilder P. L'image du corps. Socio-Anthropol. 8 juin 2017;(35):159-68.
- Schlienger JL. L'anorexie mentale au fil des siècles. Médecine Mal Métaboliques. Janvier 2023;S1957255723000184.
- Scodellaro C, Pan Ké Shon JL, Legleye S. Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie : Revue Française de Sociologie. 23 mars 2017; Vol. 58(1):7-40.
- Selvini Palazzoli M. Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York: J. Aronson; 1978.
- Sibeoni J. L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent [Internet] [Santé publique et épidémiologie]. [Paris]: Université Paris-Saclay; 2017. [En ligne] : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01802086/document>. Consulté en 2020
- Sibeoni J, Verneuil L, Poulmarc'h L, Orri M, Jean E, Podlipski MA, et al. Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study. Clin Child Psychol Psychiatry. Janvier 2020;25(1):16-32.
- Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. J Acad Nutr Diet. Septembre 2016;116(9):1465-72.
- Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Vande Voort JL, Schak KM, Ellingson J. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. Septembre 2009;42(6):531-9.
- Smith AR, Hames JL, Joiner TE. Status Update: Maladaptive Facebook usage predicts increases in body dissatisfaction and bulimic symptoms. J Affect Disord. Juillet 2013. 149(1-3):235-40.
- Smith JA. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. Psychol Health. Février 1996;11(2):261-71.
- Smith JA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. Health Psychol Rev. Mars 2011. 5(1):9-27.
- Smith JA, Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. In: Qualitative psychology: a practical guide to research methods. 2 nd. Los Angeles, Calif: SAGE Publications; 2007. p. 53-80.
- [Statista Research Department](https://fr.statista.com/statistiques/480837/utilisation-reseaux-sociaux-france-age/). Proportion d'utilisateurs de réseaux sociaux par âge en France 2022. [En ligne]. <https://fr.statista.com/statistiques/480837/utilisation-reseaux-sociaux-france-age/>. Consulté le 27 août 2023.
- Tasca GA, Kowal J, Balfour L, Ritchie K, Virley B, Bissada H. An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. Eat Behav. Août 2006. 7(3):252-7.

- Thibault I, Pauzé R, Bravo G, Lavoie É, Pesant C, Di Meglio G, et al. Quelles sont les caractéristiques individuelles, familiales et sociales distinguant l'anorexie mentale prépubère et pubère ? Can J Psychiatry. déc 2017;62(12):837-44.
- Thompson JK, Heinberg LJ. The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? J Soc Issues. Janvier 1999;55(2):339-53.
- Tiggemann M, Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls: The Internet and Body Image Concern. Int J Eat Disord. Septembre 2013;46(6):630-3.
- Tiktok. [En ligne]. <https://www.tiktok.com/about?lang=fr>. Consulté en 2021.
- Tisseron S. Intimité et extimité. Communications. 2011;88(1):83.
- Tisseron S. Introduction. Rêver, fantasmer, virtualiser : Du virtuel psychique au virtuel numérique. Dunod. 2012. p. 1-8. (Psychismes).
- Tomori M, Rus-Makovec M. Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. J Adolesc Health. Mai 2000;26(5):361-7.
- Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. J Eat Disord. Décembre 2020. 8(1):19, s40337-020-00295-3.
- Uher R, Brammer MJ, Murphy T, Campbell IC, Ng VW, Williams SCR, et al. Recovery and chronicity in anorexia nervosa. Biol Psychiatry. nov 2003;54(9):934-42.
- Union Fédérale des consommateurs (UFC Que Choisir). Tiktok : Dépôt d'une plainte européenne contre l'application. [En ligne]. <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-tiktok-depot-d-une-plainte-europeenne-contre-l-application-n88258/>. Consulté en mai 2021.
- Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. Troubles bipolaires et anorexie mentale : une étude clinique. L'Encéphale. Février 2019;45(1):27-33.
- Véran O, Mme Olivier, Mme Coutelle, Mme Lemorton,. Loi Mannequin. pénal de santé publique, 2673 Mars 27, 2015.
- Vibert S, Chabert C. Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? Étude clinique et projective des processus identificatoires dans les troubles des conduites alimentaires : Psychiatrie Enfant. 19 Février 2010; Vol. 52(2):339-72.
- Vigarello G. Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité du Moyen Age au XXe siècle. Paris : Seuil; 2010. (L'univers historique).
- Vigarello G. Histoire de la beauté : le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours. Paris : Éd. Points ; 2014. (Points).

- Vigarello G. Le sentiment de soi : histoire de la perception du corps, XVIe-XXe siècle. Paris : Éd. du Seuil; 2014. (L'univers historique).
- Vincent T. Chapitre 1 : Pérennisation de la maladie, pérennisation des soins ou les risques thérapeutiques dans l'anorexie mentale. Soigner les anorexies graves : La jeune fille et la mort. Paris : Erès; 2009. p. 15-40. (Hypothèses).
- Wagner A, Ruf M, Braus DF, Schmidt MH. Neuronal activity changes and body image distortion in anorexia nervosa: NeuroReport. déc 2003. 14(17):2193-7.
- Wall Street Journal (WSJ). WELLS, G. Facebook Knows Instagram Is Toxic For Teen Girls, Company Documents Show. [En ligne]. <https://www.wsj.com/articles/facebook-knows-instagram-is-toxic-for-teen-girls-company-documents-show-11631620739>. Consulté en juillet 2023.
- Walsh O, McNicholas F. Assessment and management of anorexia nervosa during COVID-19. Ir J Psychol Med. Septembre 2020;37(3):187-91.
- Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. Br J Med Psychol. déc 2001. 74(4):497-505.
- WHAT'S UP DOC. [Aysha S.](#) Anorexie : sur les réseaux sociaux le pire et le meilleur.... [En ligne]. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/anorexie-sur-les-reseaux-sociaux-le-pire-et-le-meilleur>. Consulté en juillet 2023.
- Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson D. Une logique de la communication. Nouvelle édition. Paris : Points; 2014.
- Windels M. Les blogueuses pro-ana. Des idéologues de la maigreur sur internet: Adolescence. 17 juin 2010. T. 28 n°2(2):433-42.
- Wolf N. Quand la beauté fait mal. Paris : First; 1991.
- Zastrow A, Kaiser, S, Stippich C, Walther S, Herzog W, Tchanturia K, et al. Neural Correlates of Impaired Cognitive-Behavioral Flexibility in Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry. mai 2009;166(5):608-16.
- Ziebland S, Wyke S. Health and Illness in a Connected World: How Might Sharing Experiences on the Internet Affect People's Health?: Does Sharing on the Internet Affect People's Health? Milbank Q. juin 2012. 90(2):219-49.

Annexes

I. Glossaire

- **chat en ligne** : communication en temps réel sur internet
- **communauté d'abonnés** : groupe d'internautes qui suivent et interagissent avec un compte spécifique (représentant une personne physique ou morale)
- **créateur de contenus** : individu qui crée des contenus multimédias destinés aux réseaux sociaux ; les comptes alimentés par des créateurs de contenus sont identifiés en fonction des thèmes abordés
- **l'espace transitionnel** selon Winnicott : désigne un espace paradoxal – ni dehors, ni dedans – qui se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne
- **l'engagement** est un concept de psychologie sociale désignant l'ensemble des conséquences d'un acte sur les attitudes et les comportements
- **fil d'actualités** : liste, mise à jour en temps réel, des nouveaux contenus produits par les comptes auxquels l'utilisateur est abonné. Les contenus sont généralement présentés en fonction des intérêts supposés de l'utilisateur tels qu'identifiés par le réseau social.
- **follower**, anglicisme pour « abonné » : désigne un internaute abonné à un compte sur les réseaux sociaux et suivant régulièrement les publications produites par ce compte
- **influenceur** : Individus possédant un profil sur un réseau social. Il doit sa popularité, sur les réseaux sociaux, à sa notoriété hors des réseaux sociaux. Les influenceurs peuvent être rémunérés pour leur présence en ligne notamment en faisant de la publicité. Un *Instagrammeur* exerce son activité spécifiquement sur *Instagram*
- **instagirl** est un mot-valise composé d' « *Instagram* » et de « *girl* ». Il désigne une personnalité féminine liée à la mode ou au mannequinat et utilisant ses comptes sur les réseaux sociaux pour effectuer son autopromotion.

- **instagramable** : contenu (photo, vidéo...) respectant des caractéristiques esthétiques populaires sur *Instagram*
- **internet** : réseau mondial d'ordinateurs et de serveurs interconnectés grâce à un protocole de communication commun (IP). Ses principaux services sont le *Web*, le *File Transfer Protocol* (FTP), les messageries et les groupes de discussion instantanée.
- Les **mécanismes de défense** dits « **archaïques** » sont des processus mentaux inconscients visant à protéger le sujet en mettant en jeu une relation d'objet partielle où l'autre n'est pas différencié du Moi.

Le déni et la projection sont des mécanismes de défense qui permettent au sujet de préserver le Moi d'idées ou affects désagréables, d'impulsions ou de facteurs de stress en les gardant hors du conscient. Ces deux mécanismes de défense ne sont pas spécifiquement archaïques. Les sujets « névrotiques », « non - cliniques » ou « états limites » peuvent y avoir recours.

La **projection** permet d'expulser de soi en attribuant à l'autre ce que le sujet ne peut reconnaître, ce qui menace le Moi.

Le **déni** est défini par l'exclusion inconsciente de certains éléments qui demeurent évidents pour l'autre. Il constitue une réponse à l'exposition à une réalité externe ou à une expérience subjective inacceptable. Le déni est considéré comme « adaptatif » dès lors qu'il reste temporaire. Le **déni psychotique** – qui nous intéresse plus particulièrement ici – correspond à une distorsion majeure et une méconnaissance de la réalité.

Le recours au clivage et à l'identification projective entraîne une distorsion majeure de l'image de soi et des autres.

Le **clivage** peut être défini par une division du Moi en deux parties distinctes, l'une et l'autre étant tout à fait opposées. Cela se manifeste par un passage brutal d'une partie du Moi à l'autre tout en déniaient la partie antérieure. Le clivage protège le sujet des angoisses inhérentes aux conflits intrapsychiques.

L'**identification projective** peut être rapprochée de la projection, au sens où elle permet d'attribuer à l'autre ses propres pensées « inacceptables » en réponse aux conflits émotionnels. Elle se différencie de la projection car ce qui est projeté n'est pas entièrement désavoué.

L'**idéalisation** confère à l'autre des qualités démesurément positives. Tous les sujets, quel que soit leur structure, peuvent avoir recours à l'idéalisation. En revanche, dans l'idéalisation archaïque, ces qualités sont totales : toute puissance, absence de faiblesses ou de défauts ordinaires.

- **pica** : trouble caractérisé par l'ingestion régulière et persistante (plus d'un mois) de matériaux non nutritifs et non alimentaires en dehors des stades développementaux habituels
- **site internet** : Collection de pages Web qui sont hébergées sur un serveur et liées entre elles par des liens hypertextes.
- **storie** : Les *stories* sont des photos ou vidéos qui apparaissent en dehors du fil d'actualités pour une durée de 24h.
- **Reels** : vidéos de 15 à 30 secondes avec du son et différents effets
- **virtuel** : se dit d'un objet perceptible mais non réel
- **Web** ou **World Wide Web**, littéralement la « toile (d'araignée) mondiale » : désigne une des applications d'internet, distincte d'autres applications comme le courrier électronique ou la visioconférence. Il s'agit d'un système hypertexte permettant, par le biais d'un navigateur, de consulter des pages accessibles sur des sites.

II. Grille d'entretien

1 · Utilisation des réseaux sociaux et TCA

Quelle place prennent les réseaux sociaux dans ton quotidien ?

Comment utilises-tu les réseaux sociaux ? À quoi te servent-ils ? Qu'est-ce que tu en attends ? Qu'est-ce que tu recherches ?

Comment ton trouble a influencé ta manière d'être présent sur les réseaux sociaux ?

Comment ton trouble a influencé ton utilisation des réseaux sociaux ?

2 · Rapport à ce que tu renvoies

Comment tu décrirais tes profils sur les réseaux sociaux ?

Comment tu penses que les autres te voient sur les réseaux sociaux ?

Qu'est-ce que ça représente pour toi ce que l'on pense de toi sur les réseaux sociaux ? Comment ça te touche ?

3 · Quels impacts sur le TCA ?

Raconte-moi comment les réseaux ont soutenu ton trouble ?

Selon toi, quels effets ton utilisation des réseaux sociaux a pu avoir sur ta maladie ?

4 · Quels effets sur les liens sociaux / sur la communication ?

Depuis que tu es malade as-tu changé de fréquentations sur les RS ? De quelle manière ?

Selon toi, comment ton utilisation des réseaux sociaux depuis le début de ton trouble a modifié tes fréquentations IRL ?

Selon toi, comment ton entourage familial vit ton utilisation des réseaux sociaux ? Qu'est-ce qu'ils en comprennent ?

Selon toi, comment tes amis comprennent ton utilisation des réseaux sociaux ?

III. Questionnaire sociodémographique

Identification • informations te concernant

genre :

âge :

niveau d'études (dernière classe fréquentée) :

place dans la fratrie :

ville de résidence :

date diagnostic TCA :

fréquence d'utilisation des réseaux sociaux

(estimation du nombre de connexions / jour) :

intensité d'utilisation (estimation du nombre d'heures / jour) :

Quels sont les 3 réseaux sociaux que tu utilises le plus ? (par ordre de fréquence) :

..... > >

date de début d'utilisation :

informations concernant tes parents :

.....

.....

situation conjugale :

antécédent de TCA : oui / non

utilisation des réseaux sociaux : oui / non

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE-MER**1** Agréé par arrêté ministériel en date du 16 mai 2018

Constitué selon l'arrêté du 8 novembre 2021 de l'Agence Régionale de la Santé Occitanie

Agence régionale de Santé – 10 Chemin du Raisin – 31500 Toulouse cedex 9

Tél : 05.34.30.24.75 @ : cppsooml@ars.sante.fr**CH Niort**

Madame Jeanne ODDOZ

40 avenue Charles de Gaulle

79000 NIORT

Toulouse, le 25 avril 2022

Madame, Monsieur,

Dans sa séance du 25 avril 2022, le comité de protection des personnes (C.P.P.) Sud-Ouest et Outre-Mer I a examiné les modifications apportées au projet de recherche impliquant la personne humaine intitulé :

Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative – Protocole version 2.0 du 10 mars 2022 – n° ID RCB : 2021-A03056-35 – CPP 1-22-009 / 22.00297.000088 (2° HPS)

que vous lui avez soumis en qualité promoteur et dont l'investigateur-principal déclaré est le Dr Adrien Lenjalley, pédopsychiatre au CH de Niort.

Etaient présents :

	Catégories	Membres Présents			
1^{er} collège	Personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale, en biostatistique ou en épidémiologie	JM Sénard C Brefel-Courbo n E Chatelut	X - X	F Moesch N Savy JH Di Donato	X X X
	Médecins généralistes	-			
	Pharmaciens	A Guillermin	X		
	Auxiliaires médicaux	S Boisselier	-	T Landes	X
2^e collège	Personnes qualifiées en matière d'éthique	C Barla	X		
	Personnes qualifiées en sciences humaines et sociales ou dans le domaine de l'action sociale	J Castéran	-	J Périssé	-
	Personnes qualifiées en matière juridique	S Bimes-Arbus S Drugeon	X -	L Garnier-Coutil d P Rancher	X X
	Représentants des usagers	F Escala	-	JL Perrigault	X

Le comité a examiné l'ensemble des documents suivants – dossier initial et modifications demandées -

✚ Le courrier de demande d'avis, signé et daté du 10/12/2021 ;

✚ Le bordereau d'enregistrement RCB, daté du 06/12/2021 ;

✚ La justification d'adéquation des moyens humains, signée et datée du 14/01/2022 ; ✚ Le Cv de Madame Jeanneau, signé et daté du 02/02/2022 et son certificat de formation aux BPC daté du 01/02/2022 ;

✚ Les courriers de réponse aux remarques du CPP, signés et datés respectivement du 11/03/2022 et du 29/03/2022 ;

✚ Le formulaire de demande d'avis, signé et daté du 11/03/2022 ;

✚ Le formulaire de demande d'avis, daté du 11/03/2022, avec les modifications apparentes ;

✚ Le devis de l'assurance daté du 15/12/2021 ;

✚ La copie de l'attestation d'assurance datée du 07/03/2022 ;

✚ Le CV du Dr Lenjalley Adrien signé et daté du 10/03/2022 ;

CPP Sud-Ouest et Outre-Mer 1 : dossier n° 1-22-009 / 22.00297.000088 - avis définitif - p. 1/2

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE-MER

1 Agréé par arrêté ministériel en date du 16 mai 2018

Constitué selon l'arrêté du 8 novembre 2021 de l'Agence Régionale de la Santé Occitanie

Agence régionale de Santé – 10 Chemin du Raisin – 31500 Toulouse cedex 9

Tél : 05.34.30.24.75 @ : cppsoom1@ars.sante.fr

✚ Le document additionnel à la demande du CPP, version 2.0, signé et daté du 11/03/2022 ; ✚ Le document additionnel à la demande du CPP, version 2.0 du 11/03/2022, avec les modifications apparentes ;

✚ Le protocole, version 2.0 du 10/03/2022, avec et sans les modifications apparentes ; ✚ Le résumé du protocole, version 2.0 du 11/03/2022, avec et sans les modifications apparentes ; ✚ Le formulaire de consentement, version 2.0 du 11/03/2022, avec et sans les modifications apparentes ;

☐ Note d'information Patient, version 3.0 du 29/03/2022, avec et sans les modifications apparentes ; ☐ Note d'information – Représentants légaux, version 2.0 du 29/03/2022, avec et sans les modifications apparentes ;

☐ Le récépissé de déclaration de conformité à une méthodologie de référence MR001, daté du 07/03/2022.

Après analyse de tous ces documents, le comité estime que :

La justification de l'étude est pertinente ; le rapport des bénéfices et des risques est

acceptable. Les **objectifs** de votre recherche sont bien définis et bien argumentés.

Les **moyens** mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont décrits avec suffisamment de précision et semblent bien adaptés à la solution du problème abordé.

La **méthodologie** est clairement décrite et adaptée aux objectifs.

Les **notices d'information** et le **formulaire de consentement** sont clairement rédigés et contiennent toutes les mentions nécessaires.

En conséquence, le CPP Sud-Ouest et Outre-Mer 1 émet un :

AVIS FAVORABLE

à la réalisation de votre projet.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative

Acronyme : ANORESOQUAL

NOTE D'INFORMATION

Promoteur de la recherche : *CH Niort, 40 avenue Charles de Gaulle BP70600 79021 Niort Cédex*
Investigateur principal : *Dr. Adrien LENJALLEY*
N° IDRCB : 2021-A03056-35.

Bonjour,

Le médecin qui te suit te propose de participer à l'étude « Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative » promue par le Centre Hospitalier de Niort.

Avant de prendre ta décision de participer à cette étude, il est important que tu prennes le temps de lire attentivement ce document qui t'apporte les informations nécessaires concernant cette étude. Tu as le choix de participer ou non à cette étude.

1. Pourquoi cette recherche ?

Nous te proposons de te décrire quelques éléments du contexte qui nous ont poussé à construire ce projet de recherche.

Les causes de l'anorexie mentale sont complexes et multifactorielles. Parmi ces causes apparaissent les facteurs environnementaux. Il se trouve que dans l'environnement des adolescents les réseaux sociaux ont une place importante. Plusieurs études ont démontré que l'utilisation des réseaux sociaux a bondi durant la crise sanitaire liée à la COVID-19 notamment chez les adolescents.

Les réseaux sociaux, apparaissent être un recours privilégié par les adolescents pour trouver des informations relatives à leur santé et communiquer avec d'autres adolescents.

De nombreuses études ont montré l'impact des médias de masse comme la télévision sur l'insatisfaction corporelle et les conduites alimentaires chez les jeunes femmes. Des études plus récentes s'intéressent à l'impact des réseaux sociaux et met en évidence des résultats similaires

2. Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif de la recherche est de comprendre à travers tes représentations comment tu utilises les réseaux sociaux et en quoi cette utilisation a influencé le développement et l'évolution de ton trouble. Nous ne cherchons donc pas à prouver si l'utilisation des réseaux sociaux est bénéfique ou au contraire néfaste pour toi.

L'objectif de ce travail est de faire émerger de nouvelles connaissances à partir de ton point de vue et de celui des autres patients inclus.

3. Comment va se dérouler cette recherche ?

Si le patient est mineur : document réalisé en 4 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche, le troisième et quatrième exemplaire seront remis aux parents du patient

Si le patient est majeur : document réalisé en 2 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis au patient

- Pour ce faire, nous te proposons de te rencontrer à deux reprises :
- Lors du premier entretien tu seras accompagné par tes parents ou tes représentants légaux. Nous te présenterons l'étude et répondrons à tes questions et à celle de tes accompagnants. Nous te laisserons un délai de réflexion de 30 minutes pour prendre ta décision quant à ta participation à cette étude. Si tu souhaites participer à cette étude, nous te proposerons de signer un consentement ainsi qu'à tes parents ou tes représentants légaux et de répondre à un court questionnaire qui nous permettra de recueillir des informations te concernant et concernant ton utilisation des réseaux sociaux. Ce sera pour nous l'occasion de vérifier que tu es bien affilié à un régime de sécurité sociale qui est obligatoire pour ta participation.
- Lors du second entretien nous te proposerons d'échanger sur le sujet pendant un entretien d'environ 1 h. Il s'agit d'un entretien enregistré par un dictaphone pendant lequel nous prévoyons d'aborder avec toi certains sujets. Nous pourrons aussi en aborder d'autres en fonction de notre échange.

Entre ces deux entretiens il faudra compter un délai d'au moins 48h et au plus 15 jours.

À tout moment tu seras libre de ne pas répondre aux questions sans devoir te justifier. Tu pourras aussi à tout moment décider de te retirer de l'étude sans avoir à t'en justifier et sans que cela influe sur ta prise en charge médicale.

4. Durée de l'étude

La durée de l'étude est estimée à 6,5 mois.

5. Quels sont les bénéfices et contraintes ?

Nous considérons que les risques propres à l'étude sont minimes : signes d'anxiété précédant l'entretien, gêne vis-à-vis des questions abordées lors de l'entretien. La seule contrainte sera liée aux déplacements nécessaires pour venir aux deux rencontres prévues. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'utilisation des réseaux sociaux dans le trouble anorexique sont les bénéfices prévus.

6. Quels sont tes droits ?

Dans le cadre de cette recherche à laquelle le centre hospitalier de Niort te propose de participer, un traitement informatique de tes données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche. Ces données seront protégées par un code d'accès et seront traitées de manière confidentielle et codifiées par un nom factice, que tu pourras choisir lors du premier entretien. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, tu disposes à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées te concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à

Si le patient est mineur : document réalisé en 4 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche, le troisième et quatrième exemplaire seront remis aux parents du patient

Si le patient est majeur : document réalisé en 2 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis au patient

l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Les données seront transférées et collectées conformément à la méthode de référence MR-001 de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour laquelle le promoteur le CH de Niort a signé un engagement de conformité. Tu disposes également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de ton médecin qui te suit dans le cadre de la recherche et qui connaît ton identité (identifié en première page de cette note d'information). Tu peux également contacter le délégué à la protection des données de l'hôpital de Niort en le contactant par email : romain.drapeau@ch-niort.fr. Si tu décides d'arrêter ta participation à la recherche, les données recueillies précédemment à cet arrêt seront utilisées conformément à la réglementation et exclusivement pour les objectifs de cette recherche. Tu disposes en cas de désaccord, du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS. La durée de conservation des données de l'ensemble de cette recherche est de 15 ans. Personne d'autre que les médecins impliqués dans l'étude n'aura accès aux informations te concernant, et ton nom n'apparaîtra sur aucun document. Le traitement des données te concernant respecte la loi en vigueur (cf Article 6 du Règlement Général de la Protection des Données). Tout ceci est en accord avec la mission d'intérêt public.

L'hôpital de Niort a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique applicables aux recherches impliquant la personne humaine. Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes SUD-OUEST et OUTRE-MER 1 pour cette recherche le 25/04/2022.

Une assurance a été contractée par l'hôpital de Niort auprès de la compagnie LLOYD'S INSURANCE COMPANY SA, le numéro de contrat est le suivant : B1339CTLICNWL21-087. Ta participation à l'étude est interrompue à tout moment si elle te fait courir le moindre risque. Par ailleurs, tu seras libre sans te justifier et à tout moment de l'étude, de retirer ta participation à cette étude, mais dans ce cas, tu ne manqueras pas d'en informer ton médecin. L'arrêt de ta participation n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins que continuera à te donner ton médecin. Si tu le souhaites, après analyse des données relatives à cette recherche, tu pourras être informée des résultats globaux en le demandant au médecin qui te suit.

Si le patient est mineur : document réalisé en 4 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche, le troisième et quatrième exemplaire seront remis aux parents du patient

Si le patient est majeur : document réalisé en 2 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis au patient

Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative

Acronyme : ANORESOQUAL

NOTE D'INFORMATION

Promoteur de la recherche : *CH Niort, 40 avenue Charles de Gaulle BP70600 79021 Niort Cédex*
Investigateur principal : *Dr Adrien Lenjalley : adrien.lenjalley@ch-niort.fr*
N° IDRCB : 2021-A03056-35.

Bonjour,

Le médecin psychiatre qui suit votre enfant, lui propose de participer à l'étude « Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative » promue par le Centre Hospitalier de Niort.

Votre consentement est nécessaire pour qu'il participe à l'étude.

Avant de prendre la décision, avec votre enfant, nous vous proposons de lire attentivement ce document regroupant les informations nécessaires à cette démarche.

La participation de votre enfant n'est pas obligatoire.

Contexte de la recherche :

Les causes de l'anorexie mentale sont complexes et multifactorielles. Parmi ces causes apparaissent les facteurs environnementaux. Il se trouve que dans l'environnement des adolescents les réseaux sociaux ont une place importante. Plusieurs études ont démontré que l'utilisation des réseaux sociaux a bondi durant la crise sanitaire liée à la COVID-19 notamment chez les adolescents.

Les réseaux sociaux, apparaissent être un recours privilégié par les adolescents pour trouver des informations relatives à leur santé et communiquer avec d'autres adolescents.

De nombreuses études ont montré l'impact des médias de masse comme la télévision sur l'insatisfaction corporelle et les conduites alimentaires chez les jeunes femmes. Des études plus récentes s'intéressent à l'impact des réseaux sociaux et mettent en évidence des résultats similaires.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif de la recherche est de comprendre à travers les représentations de patients présentant une anorexie mentale comment leur utilisation des réseaux sociaux a influencé le développement et l'évolution de leur trouble.

Nous ne cherchons donc pas à prouver si l'utilisation des réseaux sociaux est bénéfique ou au contraire néfaste pour les adolescents. L'objectif de ce travail est de faire émerger de nouvelles hypothèses cliniques.

Document réalisé en 2 exemplaires si le patient est majeur. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche.

Document réalisé en 4 exemplaires si le patient est mineur. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche, le troisième et le quatrième doivent être remis à chaque représentant légal du patient.

Comment va se dérouler cette recherche ?

Pour ce faire, nous proposons deux rencontres :

- Lors du premier entretien auquel vous serez convié nous vous présenterons d'abord l'étude et répondrons à vos interrogations et celles de votre enfant. Nous nous assurerons que votre enfant est bien affilié à un régime de sécurité social.
Nous vous laisserons un temps de réflexion de 30 minutes pour en discuter librement avec votre enfant. Si vous et lui/elle êtes d'accord pour participer alors nous procéderons à la signature des formulaires de consentement.
Enfin nous recueillerons des informations sur votre enfant et son utilisation des réseaux sociaux à l'aide d'un court questionnaire.
- Lors du second entretien, votre enfant sera reçu seul et nous lui proposerons d'échanger sur le sujet pendant un entretien d'environ 1 h. Pendant cet entretien nous prévoyons d'aborder certains thèmes, d'autres pourront émerger en fonction de notre échange. Cet entretien sera enregistré par un dictaphone.

Entre ces deux entretiens il faudra compter un délai d'au moins 48h et au plus 15 jours.

Aucune question ne sera obligatoire. À tout moment votre enfant sera libre de ne pas répondre aux questions sans devoir se justifier. Votre enfant pourra à tout moment décider de se retirer de l'étude sans avoir à s'en justifier et sans que cela influe sur sa prise en charge médicale.

Durée de l'étude

La durée de l'étude est estimée à 6,5 mois.

Quels sont les bénéfices et contraintes ?

Nous considérons que les risques propres à l'étude sont minimes : signes d'anxiété précédant l'entretien, gêne par rapport aux thèmes qui seront abordés pendant l'entretien. La seule contrainte sera liée aux déplacements nécessaires pour venir aux deux rencontres prévues. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'utilisation des réseaux sociaux dans le trouble anorexique sont les bénéfices prévus.

Quels sont vos droits ?

Dans le cadre de cette recherche à laquelle le centre hospitalier de Niort propose à votre enfant de participer, Les données audios recueillies seront retranscrites sur un fichier Word dont l'accès sera protégé par un code d'accès. Ce traitement informatique est nécessaire pour permettre l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront traitées de manière confidentielle et codifiées par un nom factice, que votre enfant pourra choisir lors du premier entretien. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, votre enfant dispose à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées le concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à

Document réalisé en 2 exemplaires si le patient est majeur. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche.

Document réalisé en 4 exemplaires si le patient est mineur. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche, le troisième et le quatrième doivent être remis à chaque représentant légal du patient.

l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Les données seront transférées et collectées conformément à la méthode de référence MR-001 de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour laquelle le promoteur le CH de Niort a signé un engagement de conformité. Il dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de du médecin qui le suit dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité (identifié en première page de cette note d'information). Vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données de l'hôpital de Niort en le contactant par email : romain.drapeau@ch-niort.fr. Si vous décidez d'arrêter la participation à la recherche, les données recueillies précédemment à cet arrêt seront utilisées conformément à la réglementation et exclusivement pour les objectifs de cette recherche. Vous disposez en cas de désaccord, du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS. La durée de conservation des données de l'ensemble de cette recherche est de 15 ans. Seuls les médecins participant à l'étude auront accès aux informations concernant votre enfant et les données seront anonymisées par le procédé décrit plus haut. Le traitement des données concernant votre enfant respecte la loi en vigueur (Cf Article 6 du Règlement Général de la Protection des Données). Tout ceci est en accord avec la mission d'intérêt public.

L'hôpital de Niort a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique applicables aux recherches impliquant la personne humaine. Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes du SUD OUEST ET OUTRE MER 1 pour cette recherche le 25/04/2022.

Une assurance a été contracté par l'hôpital de Niort auprès de la compagnie LLOYD'S INSURANCE COMPANY SA, le numéro de contrat est le suivant : B1339CTLICNWL21-087.

La participation de votre enfant à cette étude est interrompue à tout moment si elle lui fait courir le moindre risque. Par ailleurs, sa participation pourra être retirée à tout moment sans qu'aucune justification ne soit nécessaire mais dans ce cas, il faudra en informer son médecin. L'arrêt de la participation de votre enfant n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qu'il reçoit.

Après analyse des données relatives à cette recherche, un retour concernant les résultats globaux de la recherche pourra vous être fait.

Document réalisé en 2 exemplaires si le patient est majeur. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche.

Document réalisé en 4 exemplaires si le patient est mineur. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche, le troisième et le quatrième doivent être remis à chaque représentant légaux du patient.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative**

Madame, Monsieur,

Le médecin nommé ci-dessous m'a proposé de participer à la recherche suivante «Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative» dont le CH de Niort (40 avenue Charles de Gaulle, 79021 Niort Cédex (05.49.32.79.79) est promoteur et dont l'investigateur coordonnateur est Mme Lisa Jeanneaud, interne D.E.S de psychiatrie (Centre Hospitalier de Niort - 40 avenue Charles de Gaulle, 79021 Niort Cédex)

- J'atteste avoir été informé à l'écrit et à l'oral, de l'objectif de cette recherche «ANORESOQUAL» de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi. J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai obtenu toutes mes réponses.

- J'atteste avoir compris que ma décision n'aura aucun effet sur ma prise en charge médicale, notamment sur la qualité des soins qui me sont et me seront apportés. Elle est révoquée à tout moment, sans justification et sans conséquence.

- J'atteste avoir été informé(e) que mes données seront codées et traitées de manière à assurer leur confidentialité.

- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de ces recherches puissent faire l'objet d'un traitement informatisé et avoir été informé(e) de mes droits d'accès, de rectification et d'opposition à l'exploitation de ces données auprès de mon médecin. En cas de retrait de mon consentement, j'accepte que mes données personnelles collectées puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Elles seront soit traitées par le promoteur ou par un sous-traitant pour son compte, sauf opposition écrite de ma part.

- J'atteste avoir été informé de la possibilité d'accéder directement – ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès de mon médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Mais aussi que j'ai le droit d'être informé(e) des résultats globaux de la recherche selon les modalités qui m'ont été précisées dans la notice d'information.

Si je suis mineur, ce consentement est fait en quatre exemplaires : l'un m'est remis, deux autres exemplaires sont remis à mes parents et un autre reste en possession de mon médecin.

Si je suis majeur, ce consentement est fait en deux exemplaires : l'un m'est remis, l'autre exemplaire reste en possession de mon médecin.

CONSENTEMENT RELATIF A L'ETUDE**Patient :**

Nom, Prénom en majuscules:.....

Né(e) le ____ / ____ / ____

J'accepte librement et volontairement de participer à cette Recherche. Je conserverai un exemplaire de la note d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés

Signature du Patient:

Date: ____ / ____ / 202__

Représentants légaux (si le patient est mineur):

- Nom, Prénom en majuscules:.....

J'accepte librement et volontairement que mon enfant participe à cette Recherche. Je conserverai un exemplaire de la note d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés

Signature du premier représentant légal :

Date: ____ / ____ / 202__

- Nom, Prénom en majuscules:.....

J'accepte librement et volontairement que mon enfant participe à cette Recherche. Je conserverai un exemplaire de la note d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés

Signature du deuxième représentant légal :

Date: ____ / ____ / 202__

Investigateur:

Nom, Prénom en majuscules:.....

Je déclare avoir personnellement recueilli le consentement de participation du patient à cette recherche.

Je remets au patient une copie de son consentement daté et signé avec la notice d'information.

Signature de l'Investigateur :

Date: ____ / ____ / 202__

RESUME DE LA RECHERCHE

PROMOTEUR	Centre Hospitalier de Niort Bâtiment administratif 40 avenue Charles de Gaulle 79021 NIORT Cedex
INVESTIGATEUR COORDINATEUR	Docteur LENJALLEY Adrien Service Unité Pour Adolescents CH de Niort - 40 avenue Charles de Gaulle 79021 Niort Cedex Tél : 05 49 78 38 26 Fax : 05 49 78 38 27 Courriel : adrien.lenjalley@ch-niort.fr
TITRE	<u>ACRONYME</u> : ANORESOQUAL TITRE : Impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de la maladie d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative.
JUSTIFICATION / CONTEXTE	- L'étiologie de l'anorexie mentale est complexe et multifactorielle. Parmi ces facteurs apparaissent les facteurs environnementaux et dans cet environnement se pose la question des réseaux sociaux, massivement utilisés par les adolescents (78% des 12 – 17 ans qui possèdent un smart phone). - Utilisation largement majorée par la crise du COVID où les réseaux sociaux (RS) deviennent une manière privilégiée d'interagir avec son cercle social. (40% de français se sont créé un compte sur un RS pendant le 1^{er} confinement) - Réseau social comme outils privilégiés de la construction identitaire - Réseaux sociaux, recours privilégié par les adolescents pour trouver des informations relatives à la santé sans se préoccuper de l'origine des informations. - Plusieurs études quantitatives ont montré l'impact des médias de masse, TV sur l'insatisfaction corporelle et les conduites alimentaires chez les femmes. Des études plus récentes se sont intéressées aux associations entre l'utilisation des RS et de la présence de signes ou symptômes précurseurs de l'anorexie mentale (AM). - Lien sociaux modifiés par la maladie, réseau sociaux nouveau moyen de créer du lien, il s'agit de s'intéresser ici à comment les adolescents se représentent l'impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur le développement de leur trouble.
OBJECTIFS	L'objectif principal exploratoire (à partir du point de vue des patients) à visée compréhensive : Comment les adolescents présentant une anorexie mentale de type restrictif ou avec conduites de purges se représentent-ils l'impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur le développement de leur trouble.
SCHEMA DE LA RECHERCHE	T0 : Temps estimé 1h - Présentation de l'étude et de son déroulé - Obtention de l'accord du sujet et du consentement écrit - Questionnaire socio-démographique T1 : temps estimé 1h entretien enregistré (audio) - Entretien semi-structuré à visée compréhensive, explorant l'impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'évolution de l'anorexie mentale.

CRITERES D'INCLUSION	Les critères d'inclusion sont : - Adolescent pubère - Adolescent entre 15 ans et 19ans - Présentant une anorexie mentale (type restrictif pur, type boulimique/prise de purgatif) selon les critères du DSM IV - Utilisant pluri hebdomadairement les réseaux sociaux - Actuellement en soins au CMPEA de Niort - Maîtrisant la langue française à l'écrit et à l'oral - Insight fort - Affilié à un régime de sécurité sociale
CRITERES DE NON-INCLUSION	Les critères de non-inclusion sont : - Refus du patient de participer à l'étude - Hospitalisation au moment de l'entretien pour la prise en charge d'une complication de l'anorexie mentale - Patient majeur concerné par une mesure de protection juridique - Anorexie à début pré-pubère - Comorbidité psychiatrique prédominant sur l'anorexie mentale - Pathologie gastro-digestive pouvant expliquer même partiellement la symptomatologie - Patiente enceinte - Patient privé de liberté - Patient majeur concerné par une mesure de protection juridique -
CRITERE D'EVALUATION PRINCIPAL	- Analyse manuelle du VERBATIM rigoureuse selon la méthodologie analyse phénoménologique et interprétative (IPA) -
CRITERES D'EVALUATION SECONDAIRES	- Présentation des résultats aux patients (feedback) - Triangulation de l'analyse des données - Prise en comptes de cas négatifs - Description de la méthode de recherche employée - Réflexivité
TAILLE D'ETUDE	Echantillonnage théorique par saturation des données (suffisance théorique) On estime environ l'inclusion de 10 patients
DUREE DE LA RECHERCHE	Durée de la période d'inclusion : 6,5 mois Durée de suivi par participant : 2 entretiens
ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	Pas d'analyse statistique Méthode de recherche qualitative par analyse interprétative et phénoménologique Analyse de VERBATIM
RETOMBEES ATTENDUES	Il ne s'agit pas de savoir si l'usage des réseaux sociaux est nuisible ou au contraire bénéfique aux patients mais plutôt de comprendre comment les patients présentant une anorexie mentale perçoivent l'influence que leurs utilisations des réseaux sociaux peut avoir sur l'évolution de leur trouble. La compréhension de ce phénomène permettrait d'amener de nouveaux éléments dans les prises en charge, de questionner l'exposition au RS pendant la période du soin par exemple. Cela permettrait aussi de dégager des hypothèses cliniques qu'il s'agirait de valider par la suite par des études quantitatives.

Résumé et mots clés

L'anorexie mentale (AM) est un des troubles les plus anciennement décrits. Il fait l'objet de nombreuses recherches notamment parce qu'il reste l'un des troubles psychiatriques les plus mortels et qu'il touche préférentiellement les adolescents. Avant d'être définie comme un trouble, l'AM a été perçue de diverses manières selon le contexte socio-historique.

Les réseaux sociaux constituent un phénomène récent ; ils prennent une place importante dans la vie des adolescents. Le rapport qu'entretiennent les patients atteints d'AM avec les RS a fait l'objet de nombreux discours émanant aussi bien du milieu médical que des pouvoirs publics, de chercheurs, de journalistes, de militants... autant de discours qui peinent par ailleurs à suivre l'évolution rapide des technologies et des pratiques.

L'essentiel de la littérature médicale s'est jusqu'alors attelée à identifier des corrélations entre les aspects purement quantifiables des pratiques des RS et le déclenchement du trouble mais ne s'est pas penchée sur les représentations que pouvaient construire les patients souffrant d'anorexie mentale de l'impact de leurs usages sur leur trouble.

Après avoir essayé de cerner au plus près, selon une approche transdisciplinaire, les principaux objets théoriques mis en tension dans cette étude, nous présentons le projet de recherche qualitatif ANORESOQUAL, dans lequel nous analysons avec une méthode phénoménologique et interprétative (IPA) les représentations que se font les patientes atteintes d'anorexie mentale de l'impact de leur utilisation des réseaux sociaux sur le développement de leur trouble.

Les résultats partiels présentés ici s'articulent autour de quatre thèmes : les réseaux sociaux comme tiers dans la relation ; les réseaux sociaux comme soutien de la réémergence d'un élan vital ; les réseaux sociaux comme terrain propice aux identifications et les réseaux sociaux comme terreau de la maladie.

Les nouvelles connaissances émergeant de ces premiers résultats sont encourageantes pour la poursuite de l'étude.

mots clés : **anorexie mentale ; réseaux sociaux ; adolescence ; recherche qualitative**



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et mots clés

L'anorexie mentale (AM) est un des troubles les plus anciennement décrits. Il fait l'objet de nombreuses recherches notamment parce qu'il reste l'un des troubles psychiatriques les plus mortels et qu'il touche préférentiellement les adolescents. Avant d'être définie comme un trouble, l'AM a été perçue de diverses manières selon le contexte socio-historique.

Les réseaux sociaux constituent un phénomène récent ; ils prennent une place importante dans la vie des adolescents. Le rapport qu'entretiennent les patients atteints d'AM avec les RS a fait l'objet de nombreux discours émanant aussi bien du milieu médical que des pouvoirs publics, de chercheurs, de journalistes, de militants... autant de discours qui peinent par ailleurs à suivre l'évolution rapide des technologies et des pratiques.

L'essentiel de la littérature médicale s'est jusqu'alors attelée à identifier des corrélations entre les aspects purement quantifiables des pratiques des RS et le déclenchement du trouble mais ne s'est pas penchée sur les représentations que pouvaient construire les patients souffrant d'anorexie mentale de l'impact de leurs usages sur leur trouble.

Après avoir essayé de cerner au plus près, selon une approche transdisciplinaire, les principaux objets théoriques mis en tension dans cette étude, nous présentons le projet de recherche qualitatif ANORESOQUAL, dans lequel nous analysons avec une méthode phénoménologique et interprétative (IPA) les représentations que se font les patientes atteintes d'anorexie mentale de l'impact de leur utilisation des réseaux sociaux sur le développement de leur trouble.

Les résultats partiels présentés ici s'articulent autour de quatre thèmes : les réseaux sociaux comme tiers dans la relation ; les réseaux sociaux comme soutien de la réémergence d'un élan vital ; les réseaux sociaux comme terrain propice aux identifications et les réseaux sociaux comme terreau de la maladie.

Les nouvelles connaissances émergeant de ces premiers résultats sont encourageantes pour la poursuite de l'étude.

mots clés : **anorexie mentale ; réseaux sociaux ; adolescence ; recherche qualitative**