Université de Bordeaux

UFR des Sciences Médicales

Année 2018 **Thèse n°3059**

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 25 juin 2018 par

Murielle LOCK YAM LAM

née le 6 Novembre 1990 à Saint-Denis (La Réunion)

Troubles des conduites alimentaires dans les pays non-occidentaux : influence des facteurs culturels et des médias

Directeur de thèse

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD	Président
Madame le Professeur Marie TOURNIER	Juge
Monsieur le Professeur Cédric GALERA	Juge
Madame le Docteur Anne-Raissa GAIFFAS	Rapporteur

REMERCIEMENTS

À ma famille

A mes parents. Vous m'avez soutenue de près comme de loin tout au long de mes études. C'est grâce à vous que j'ai appris la persévérance et le goût du travail bien fait. Ce sont les valeurs et les qualités humaines que vous m'avez transmises, que je mets à profit dans ma pratique de tous les jours. Vous avez été là dans mes doutes, mes coups durs et respecté mes choix, malgré vos inquiétudes. Merci pour tout, je vous aime de tout mon coeur, je ne vous le dis pas assez.

À Ama. Tu m'as toujours regardée avec tendresse, amour, mêlés à un peu d'inquiétude comme toutes les grands-mères. Merci pour tes attentions, pour les moments de partage et de confidence. Je souhaite en vivre encore longtemps avec toi. Je t'aime.

À mes tantes, mes oncles et tous mes cousins. Vous êtes un soutien de toujours dans ma vie. Merci pour tous les moments de bonheur. Vous retrouver est toujours une fête.

À la mémoire d'Apor. Tu es dans mon coeur, j'aurais tellement aimé que tu sois là. J'espère que tu es fière de moi.

À mes amis

À mes amies d'enfance, Chrystelle, Claire et Ingrid. Nous avons grandi et étudié ensemble ; c'est fou une amitié de près de 20 ans ! Je suis fière de notre parcours à toutes.

À Shaéma, Caroline, Evelyne, Ludivine, Anais, Capucine et Eugénie mais aussi à Reshad, Vince, Nash, etc. Les années d'externat, d'internat et la vie à côté n'auraient pas été les mêmes sans vous. Je pense à vous malgré la distance.

À Guillaume, tmtc… Merci pour ta tendresse, ton soutien sans faille au cours de ces derniers mois.

À tous ceux qui ont participé à ma formation et m'ont suivie au cours de mon parcours d'interne, avec une pensée particulière pour les docteurs : Fabrice Marseille, Angélique De Cerval, Karine Martin, Anne-Laure Sutter, Sophie Denard, Stéphanie Amedro, Jean-Philippe Cravero, Eric Mangon, Xavier Pommereau, Marc Delorme, Astrid Claret, Jean-François Viaud, Nicolas Deltort, Claire Charazas, Camille Vancauwenberghe.

Chacun de vous m'a apporté de son savoir et de son expérience avec beaucoup de bienveillance et de gentillesse. Un grand merci à vous ainsi qu'à vos équipes !

A NOTRE RAPPORTEUR

Madame le Docteur Anne-Raissa GAIFFAS

Docteur en médecine, Psychiatrie et Pédopsychiatrie,

Praticien hospitalier,

Centre Jean Abadie, CHU Bordeaux.

C’est un honneur de vous avoir comme rapporteur. Merci d’avoir gentiment accepté de vous intéresser à ce travail de thèse.

C’était un plaisir de travailler à vos côtés au SUHEA, d’avoir la chance de profiter de votre expérience qui m’a permis d’élargir mes connaissances et m’a donné l’envie de me former aux outils que vous pratiquez.

Je souhaite vous exprimer toute ma gratitude et ma sincère admiration.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des universités,

Praticien hospitalier,

Docteur en épidémiologie,

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en étant membre de ce jury.

J'ai pu bénéficier de votre enseignement de qualité et de votre expérience au cours de mon internat.

Permettez moi de vous exprimer ma profonde reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des universités,

Praticien hospitalier,

Docteur en épidémiologie,

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et je vous en suis très reconnaissante.

Votre expérience, votre disponibilité, votre regard critique sont venus éclairer ma pratique et mes connaissances en pédopsychiatrie.

Veuillez recevoir toute mon estime et mon admiration.

A MA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX
Professeur des universités,
Praticien hospitalier,
Docteur en épidémiologie,
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous m'avez fait l'honneur de me proposer de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie chaleureusement de la confiance que vous m'avez accordée. Votre disponibilité, votre réactivité, vos remarques éclairées, ont permis d'aboutir à ce travail.
Vous nous faites partager avec beaucoup de rigueur votre expérience ainsi que la richesse de votre enseignement, dont j'ai eu la chance de bénéficier depuis l'externat.
Soyez assurée de mon respect, de ma profonde admiration et de ma plus grande reconnaissance.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des universités,

Praticien hospitalier,

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de présider le jury de cette thèse.

J'ai eu la chance et le plaisir de travailler dans votre pôle, au sein duquel j'ai largement pu développer mes connaissances et ma pratique en pédopsychiatrie. Votre expérience, votre regard avisé et votre attention m'ont vraiment enrichie.

Avec mes remerciements, je vous témoigne toute mon admiration et mon respect.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....9

II.METHODE.....10

III.EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE 11

III.1.Dans les pays occidentaux.....11

III.2.Dans les pays non occidentaux.....12

III.2.1.En Afrique.....12

III.2.2.En Amérique latine.....15

III.2.3.En Asie et îles du Pacifique.....16

III.2.3.1.En Asie de l'est (Chine, Japon, Corée).....16

III.2.3.2.En Asie du sud-est (Singapour, Thaïlande, Malaysie,Vietnam).....17

III.2.3.3.En Asie du sud (Inde, Pakistan, Népal, Bangladesh).....18

III.2.3.4.Iles du Pacifique.....19

III.2.4.Au Moyen-Orient.....21

IV. CONCEPTS SOCIO-CULTURELS.....23

IV.1. La notion de culture dans la conceptualisation des TCA.....23

IV.1.1.Concept de « culture bound syndrome ».....23

IV.1.2.Concept de « culture bound syndrome » lié à la culture occidentale.....23

IV.1.3.Concept de « culture-change syndrome » ou « culture-reactive syndrome ».....24

IV.1.4.Concept de « culture clash ».....25

IV.2. Concept de « mondialisation ».....26

IV.2.1.Origines du concept de mondialisation.....26

IV.2.2.Les phénomènes satellites: occidentalisation, américanisation, urbanisation.....26

IV.3. Aspects socio-culturels de l'image du corps et de l'alimentation dans les pays occidentaux…27

IV.3.1.Les facteurs sociétaux.....27

IV.3.2.L'alimentation et les comportements alimentaires.....28

IV.3.3.Les modèles esthétiques.....30

IV.3.4.Les médias.....31

V.LES MEDIAS : FACTEURS SOCIO-CULTURELS DANS LA SYMPTOMATOLOGIE DES TCA.....34

V.1.Les médias et symptomatologie des TCA dans les pays occidentaux.....34

V.2.Les médias et symptomatologie des TCA dans les pays non-occidentaux.....38

V.2.1.En Afrique.....38

V.2.2.En Amérique latine....40
V.2.3.En Asie et îles du Pacifique....43
V.2.4.Au Moyen Orient....47
VI.DISCUSSION....51
VI.1. Synthèse des études....51
VI.1.1.Synthèse des études épidémiologiques sur les TCA dans les pays non-occidentaux51
VI.1.2.Lien entre médias et TCA dans les pays non-occidentaux....51
VI.2. Hypothèses concernant le lien entre facteurs culturels et TCA....52
VI.2.1.Les médias : vecteurs de changement culturel....52
VI.2.2.Médias et TCA : un lien bidirectionnel....52
VI.2.3.Facteurs socio-culturels modérateurs du lien entre médias et TCA....53
VI.2.3.1.Le rôle des pairs....53
VI.2.3.2.Le rôle de la famille....53
VI.2.3.3.Les facteurs socio-économiques....53
VI.2.3.4.L'ethnicité....54
VI.2.3.4.1.Différences culturelles en terme de beauté....54
VI.2.3.4.2.L'identité ethnique comme facteur modérateur....54
VI.3. Limites....56
VI.3.1.Recherche bibliographique....56
VI.3.2.Les populations....56
VI.3.3.Protocole des études....56
VI.3.4.Outils de mesure....57
VI.4. Interventions....58
VII.CONCLUSION....59
VIII.ANNEXES....61
IX.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES....76

I. INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des troubles mentaux bien repérés dans les sociétés occidentales. La présentation clinique classiquement décrite est celle d'une jeune fille ou jeune femme de type caucasienne, occidentale, issue d'un milieu aisé. Cette thèse a pour origine une interrogation personnelle sur la prévalence des TCA dans les populations de culture non-occidentale. La première partie de notre revue de la littérature présente donc l'épidémiologie des TCA dans les régions non-occidentales (Afrique, Amérique latine, Asie et Moyen-Orient), en comparaison avec les données occidentales.

Dans la deuxième partie de notre revue de la littérature, nous nous intéressons à l'implication de la culture dans la conceptualisation des TCA et présentons des concepts culturels qui ont été développés sur le sujet (« culture bound syndrome », « culture change syndrome », « acculturation » et « culture clash »). Nous décrivons le concept de mondialisation et développons les aspects socio-culturels autour de l'image corporelle et de l'alimentation propres aux sociétés occidentales.

Les moyens de communication que sont les médias permettent une diffusion rapide de la culture, notamment de la culture occidentale. Ainsi, nous nous sommes questionnés au sujet de l'influence des médias sur l'image corporelle des femmes dans les pays non-occidentaux. L'insatisfaction corporelle et les troubles de l'image du corps qui en découlent sont déterminants dans les TCA. De ce fait, les médias auraient-ils une influence sur la symptomatologie des TCA ? Pour tenter de répondre à cette question, la troisième partie de notre revue de la littérature est consacrée aux études sur le sujet.

Enfin, dans une quatrième partie de notre revue de la littérature, nous synthétisons et discutons les résultats, et abordons les limites et les questions en suspens.

II. METHODE

Le sujet de notre thèse intégrant plusieurs champs disciplinaires (psychiatrie, psychologie, sociologie, ethnologie), nous avons utilisé différents supports, notamment diverses bases de données pour notre recherche bibliographique, telles que PubMed, PsycINFO ou Cairn. Les mots clés suivants ont été utilisés : « feeding and eating disorders », « culture », « communication medias », « globalization », « westernization », « urbanization », « Asia », « Middle east », « Latin America », « Africa » . Nous avons intégré des articles publiés au cours des quatre dernières décennies, selon les tendances épidémiologiques observées dans les données de la littérature et présentées dans la partie dédiée. Nous avons privilégié des articles publiés en anglais. Des ouvrages et des articles de lois abordant des thèmes relatifs au sujet de notre thèse sont venus compléter notre recherche. Le genre féminin étant plus particulièrement concerné par les TCA que le genre masculin, notre revue s'est consacrée exclusivement à la population féminine.

Les différents outils de mesure des symptômes de TCA ainsi que les outils de dépistage et de diagnostic des TCA utilisés dans les études de cette revue sont détaillés dans les Annexes 1, 2 et 3.

III. EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

III.1. Dans les pays occidentaux

En Europe, Keski-Rahkonen & Mustelin (2016) ont réalisé une revue de la littérature afin d'étudier l'épidémiologie des TCA. Ils se sont appuyés sur 34 études publiées entre 2015 et mi-2016, issues d'une recherche sur Pubmed à l'aide des mots-clés "eating disorder", "anorexia nervosa", "bulimia nervosa", "binge eating disorder", "other specified feeding and eating disorder" combiné à "incidence" ou "prevalence". En conclusion, les auteurs estimaient une prévalence chez les femmes de l'anorexie mentale à 1-4%, de la boulimie nerveuse à 1-2% et de l'accès hyperphagique à 1-4%. Cette revue de la littérature indiquait que l'incidence de l'anorexie mentale apparaissait globalement stable au cours des dernières décennies depuis les années 70 mais avait augmenté dans la tranche d'âge des 15-19 ans chez les femmes. Au contraire, l'incidence de la boulimie était en diminution depuis les années 90. Il n'existait pas d'étude d'incidence pour les accès hyperphagiques.

Aux Etats-Unis, les taux de prévalence sont proches des pays d'Europe. L'étude de Swanson et al. (2011) citée dans la revue de la littérature de Smink et al. (2012) comprenaient 10 123 adolescents âgés de 13 à 18 ans. Ils utilisaient une version modifiée du CIDI afin de déterminer la présence des TCA. Ils estimaient la prévalence vie-entière de l'anorexie à 0,3%, de la boulimie à 0,9% et des accès hyperphagiques à 1,6%. Hudson et al. (2007) ont évalué la prévalence vie-entière chez des adultes de plus de 18 ans. Leur étude, conduite entre 2001 et 2003, a porté sur la population du National Comorbidity Survey Replication, une enquête nationale aux Etats-Unis comprenant un échantillon représentatif de 9282 personnes. Ils utilisaient aussi le CIDI. Les résultats de Swanson et al. (2011) et de Hudson et al. (2007) sont présentés dans le Tableau 1.

Concernant l'Australie, Smink et al, (2012) citaient deux études. Wade et al. (2006) se sont intéressés à une cohorte de 1002 femmes entre 28 et 39 ans, issues du registre australien des jumeaux, à qui ils ont fait passer l'EDE. La prévalence vie-entière de l'anorexie était de 1,9%. 2,4% remplissaient les critères d'anorexie partielle (diagnostic d'anorexie mentale sans le critère d'aménorrhée). La prévalence vie-entière pour la boulimie nerveuse et des accès hyperphagiques étaient toutes deux de 2,9%. Allen et al. (2009) ont étudié de façon prospective une cohorte de 1597 patients depuis la période anténatale jusqu'à l'âge de 14 ans. A 14 ans, ils leur soumettaient l'EDE-Q afin de rechercher la présence de symptômes de TCA. 6 % présentaient un TCA : ils retrouvaient

un cas d'anorexie mentale (soit une prévalence proche de 0%), 4 cas d'anorexie partielle et 9 cas de boulimie (soit 0,6%).

Tableau 1. Prévalences vie-entière des TCA chez les femmes et adolescentes aux Etats-Unis (d'après Swanson et al. 2011 et Hudson et al. 2007)

Population	*Prévalence vie-entière de l'anorexie mentale*	*Prévalence vie-entière de la boulimie*	*Prévalence vie-entière des accès hyperphagiques*
Femmes adultes	0,9 %	0,9-1,5 %	3,5 %
Adolescentes de 13-18 ans	0,3 %	1,3 %	2,3 %

III.2. Dans les pays non occidentaux

III.2.1. En Afrique

Les TCA existent sur le continent africain, comme l'attestent des rapports de cas d'anorexie mentale et de boulimie (Ben Salem et al. 2011, Bruni 2014, Mbassa Menick & Moukouta. 2016). Dans une revue récente de la littérature menée par Van Hoeken et al. (2016), 4 études fournissent des données épidémiologiques sur les TCA dans des pays africains. Autrement, la majorité des articles recensés établissent plutôt une prévalence de comportements alimentaires pathologiques prédisant un risque de développer des TCA.

En Egypte, Nasser (1994) s'est intéressé à un échantillon de 420 lycéennes âgées de 15 à 16 ans d'un établissement du Caire. Il leur a soumis une version arabe de l'EAT-40. 40 élèves (11,4%) étaient positives au EAT-40 ; elles étaient alors reçues individuellement en entretien diagnostique et soumises au Eating Interview. 3 cas soit 1,2% correspondaient à un tableau complet de boulimie nerveuse selon les critères de Russell ; 12 présentaient des tableaux incomplets qui pourraient correspondre à des TCA non spécifiés selon le DSM-IV. Des résultats similaires ont été trouvés par Fawzi et al (2010) dans l'une des plus grandes régions rurales d'Egypte, le gouvernorat d'Ach-Charqiya. Sur l'année scolaire 2009/2010, ils ont inclus 1200 étudiantes du secondaire : 600 issues de la capitale Zagazig et 600 issues de plusieurs villages. Le premier temps de l'étude consistait à faire passer le EAT-40 aux jeunes filles. Dans un second temps, ils faisaient passer un entretien clinique basé sur le module TCA du SCID-1 version DSM-IV, à celles qui avaient un score supérieur à 30 au EAT-40 (n=105) et à un groupe témoin randomisé parmi celles qui avaient un

score inférieur à 30 (n=100). 936 étudiantes sur 1200 ont complété l'auto-questionnaire. 11,2% étaient positives à l'EAT-40. A l'issue des entretiens cliniques, 40 étudiantes remplissaient les critères diagnostiques d'un TCA. Les auteurs ne notaient aucun cas d'anorexie, 7 cas de boulimie et 33 cas de TCA non spécifiés. Ils ont extrapolés ces résultats à l'ensemble de leur échantillon et ont conclu à une prévalence globale des TCA de 3,3% sans différence statistiquement significative entre la capitale et les villages.

Au Kenya, Aillon et al. (2014) ont conduit une étude en 2010 incluant 300 patients âgés de plus de 18 ans d'un centre de santé de Nairobi. Ils ont utilisé le M.I.N.I. Plus afin de rechercher différents troubles psychiatriques. Ils trouvaient une prévalence pour la boulimie de 1,0% (IC 95% : 0-2,1) et pour l'anorexie de 0%.

En Tanzanie, Eddy et al. (2007) ont inclus 214 femmes issues de différentes tribus dans vingt régions de Tanzanie. Elles étaient âgées de 13 et 30 ans (moyenne de 19,4 ans +/- 3,8 ans). Ils leur ont fait passer le module sur les TCA du SCID-1/P de la version DSM-IV, traduit en Kiswahili. 39,8% de l'échantillon présentaient des symptômes cognitifs de TCA (peur de grossir, trouble de l'image corporelle, dysmorphophobie). Les comportements boulimiques (9,8%) et purgatifs (5%) étaient moins fréquents. Une femme remplissait les critères de la boulimie (0,4%) et aucune ceux de l'anorexie mentale. Cependant, 14 femmes remplissaient les critères de TCA non spécifiés (6,5%) parmi lesquelles 4 remplissaient les critères d'anorexie mentale sans le critère Aménorrhée (1,8%).

Au Ghana, Bennett et al. (2004) ont évalué la présence de l'anorexie mentale chez 668 étudiantes du secondaire âgées de 15 à 25 ans, sur la période d'août 1999 à février 2000. L'évaluation consistait en un entretien clinique structuré recherchant des symptômes cognitifs présents dans les TCA et comprenant également le EAT et le BITE. 29 avait un IMC < 17,5 kg/m², mais aucune ne remplissait les critères CIM-10 ou DSM-IV d'anorexie mentale. Toutefois, pour 10 d'entre elles la seule cause retrouvée à leur faible IMC était une importante restriction alimentaire. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative aux résultats du EAT entre celles ayant un IMC > 17,5 kg/m² et celles ayant un IMC < 17,5 kg/m². Toutefois, celles ayant un IMC < 17,5 kg/m² avaient un score plus élevé au domaine "Contrôle oral". Concernant les résultats au BITE, aucune étudiante n'a eu un score supérieur au seuil de 25 et remplissait les critères de boulimie.

En combinant les résultats de ces 4 études, comprenant au total 1476 femmes, Van Hoeken et al. (2016) concluaient à une prévalence ponctuelle de l'anorexie de 0 %, de la boulimie de 0,87% (intervalle de confiance à 95%, IC 95%: 0,22-1,51) et des autres TCA non spécifiés de 4,45% (IC 95%: 2.47–6.16). Les auteurs précisaient toutefois que certains cas de ces études auraient pu répondre aux critères d'anorexie mentale du DSM 5 (le critère Aménorrhée ayant été retiré).

D’autres études citées dans cette revue de littérature évaluent le risque de développer des TCA à l’aide d’outils de dépistage tels que le EAT ou le BITE.

Au Maroc, Manoudi et al. (2010) ont dépisté la boulimie au moyen du BITE chez des étudiantes de Marrakech issues de 4 différentes facultés, sur une période de sept mois au cours de l’année 2005. L’âge moyen était de 21,41 ans. Sur 480 étudiantes, ils estimaient la prévalence de la boulimie à 4% ; elle était sévère chez 21,05% d'entre elles. La prévalence estimée de comportements alimentaires inhabituels était de 63,8%.

En Tunisie, Jaweher et al. (2014) estimaient à 24,3% la prévalence de conduites alimentaires pathologiques chez 107 étudiants (âge moyen : 22,7 ans) sélectionnés au hasard dans un institut de presse de Manouda, en décembre 2009, selon leurs scores au EAT. Les filles étaient significativement plus touchées que les garçons (28,9% contre 9% RR=1,3).

En Afrique du Sud, Gitau et al. (2014) ont conduit une étude longitudinale auprès d'adolescents de 13 à 17 ans, afin d'évaluer les changements dans les conduites alimentaires. Leur intervention a porté sur 1435 sud-africains nés à Soweto - Johannesburg. Les conduites alimentaires étaient mesurées à l'aide du EAT-26. A 13 ans, 11% de l'échantillon était à risque de développer un TCA contre 13,1% à 17 ans, sans que cette différence soit statistiquement significative.

III.2.2. En Amérique latine

Kolar et al. (2016) ont cherché à déterminer la prévalence de l’anorexie mentale, la boulimie et la boulimie hyperphagique en Amérique latine plus précisément dans les pays où des langues romanes sont parlées. Ils ont conduit une méta-analyse s’appuyant sur 15 études de janvier 2015 à mai 2016 à partir des bases de données Medline (via PubMed et DIMDI), Web of Science, SciELO, LILACS, IBECS, INDPSI, HISA et LIS. Les auteurs ont réalisé des méta-analyses séparées pour les 3 types de TCA étudiés. Ils trouvaient un taux de prévalence ponctuelle moyenne dans la population générale de 0,1% (IC 95%: 0,02-0,23) pour l’anorexie mentale, de 1,16% (IC 95%: 0,55-1,98) pour la boulimie et de 3,53% (IC 95%: 1,60-6,13) pour les accès hyperphagiques.

Parmi les 15 études de la méta-analyse, une fournissait les prévalences vie-entière et sur 12 mois de la boulimie et les accès hyperphagiques dans des pays d’Amérique latine (Kessler et al. 2013) et une autre celle de l’anorexie mentale (Benjet et al. 2016). Kessler et al. (2013) ont utilisé les données provenant des enquêtes de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la santé mentale qui ont interrogé 24 124 adultes de plus de 18 ans, dans 14 pays développés et moins développés, dont la Colombie, le Mexique et le Brésil. Ces enquêtes cherchaient à déterminer la prévalence vie-entière et sur 12 mois de différents troubles mentaux selon les critères du DSM-4 à l'aide du CIDI

de l'OMS. Les résultats sont présentés dans le Tableau 2. Benjet et al. (2016) ont cherché à déterminer l'incidence de troubles mentaux des adolescents mexicains âgés de 12 à 17 ans, sur une période de 8 ans. A l'aide du CIDI, ils ont été interrogés en 2005 puis en 2013 alors qu'ils étaient devenus adultes. Les résultats de ces deux études sont détaillés dans les Tableaux 2 et 3. Les auteurs retrouvaient une incidence globale des TCA de 3,7 %.

Tableau 2. Taux de prévalence (TP) vie-entière et sur 12 mois des TCA au Mexique, au Brésil et en Colombie (d'après Kessler et al. 2013 et Benjet et al. 2016).

	Anorexie mentale		*Boulimie*		*Accès hyperphagiques*	
Population et pays	*TP vie-entière*	*TP sur 12 mois*	*TP vie-entière*	*TP sur 12 mois*	*TP vie-entière*	*TP sur 12 mois*
Adolescents 12-17 ans, Mexique	0,5 %	0,1 %	1,0 %	0,7 %	1,4 %	0,7 %
Adultes, Mexique			0,8 %	0,3 %	1,6 %	0,5 %
Adultes, Brésil			2,0 %	0,9 %	4,7 %	1,8 %
Adultes, Colombie			0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,3 %

Tableau 3. Taux d'incidence des TCA entre 2005 et 2013 au Mexique (d'après Benjet et al. 2016)

TCA	*Incidence globale*	*Incidence chez les filles*
Anorexie mentale	1,3 %	0,9 %
Boulimie	1,7 %	2,7 %
Accès hyperphagiques	1,3 %	1,7 %

III.2.3. En Asie et îles du Pacifique

III.2.3.1. En Asie de l'est (Chine, Japon, Corée)

En Chine, Tong et al. (2014) ont mené une étude de prévalence parmi 8521 étudiantes de trois universités à Wuhan en 2009. Dans un premier temps, ils faisaient passer aux étudiantes l'EDI. Les

cas positifs étaient définis par: IMC < 17,5 kg/m2 et/ou quête de la minceur > 85%, boulimie ou mauvaise image corporelle > 98%, score total à l'EDI > 98%. Dans un second temps, les cas positifs répondaient à l'EDE tandis que les cas négatifs passaient le SCID-1 version DSM-IV. Les auteurs retrouvaient des prévalences de: 0.02–2.08 % pour l'anorexie, 1.21–4.74 % pour la boulimie et 1,75–5,30 % pour les accès hyperphagiques.

Au Japon, Nakai et al (2014) ont déterminé la prévalence des symptômes de TCA et la prévalence ponctuelle des TCA dans une enquête réalisée de manière itérative 1982, 1992 et 2002. Leur étude portait sur une population de 10 499 étudiantes japonaises âgées de 16 à 23 ans provenant de 10 lycées et 8 universités de la préfecture de Kyoto. Ils posaient le diagnostic de TCA selon les critères du DSM-IV à partir d'un auto-questionnaire qu'ils faisaient passer aux étudiantes sur la perception de l'image corporelle, les comportements alimentaires, le poids et les menstruations. Ils ont trouvé une augmentation significative des TCA dans le temps. Leurs résultats sont présentés dans le Tableau 4.

En Corée du sud, Choi et al. (2015) ont étudié une population de 12532 adultes issus de 2 études nationales (KECA-R menée entre juillet 2006 et avril 2007 et KECA-2011 menée entre juillet et octobre 2011) à laquelle ils ont soumis la version coréenne du CIDI. Ils retrouvaient une prévalence vie entière de 0% pour l'anorexie mentale et de 0,1% pour la boulimie.

Tableau 4. Prévalences ponctuelles des TCA en 1982, 1992 et 2002 chez des étudiantes japonaises de Kyoto (d'après Nakai et al. 2014)

	1982	*1992*	*2002*
Anorexie nerveuse	0,11 % (IC 95 %: 0,03-0,28)	0,13 % (IC 95 %: 0,04-0,31)	0,43 % (IC 95 %: 0,20-0,67)
Boulimie nerveuse	0,00 % (IC 95 %: 0,00-0,10)	0,45 % (IC 95 %: 0,23-0,66)	2,32 % (IC 95 %: 1,79-2,86)
TCA non spécifiés	1,08 % (IC 95 %: 0,75-1,40)	3,96 % (IC 95 %: 3,34-4,58)	9,99 % (IC 95 %: 8,92-11,06)
TCA global	1,18 % (IC 95 %: 0,84-1,52)	4,54 % (IC 95 %: 3,88-5,20)	12,74 % (IC 95 %: 11,55-14,31)

III.2.3.2. En Asie du sud-est (Singapour, Thaïlande, Malaysie,Vietnam)

A Singapour, Kuek et al. (2015) ont recueillis les données de patients issus du registre Eating Disorder Programme du département de psychiatrie de l'hôpital général de la ville, entre 2003 et 2010. Ils ont constaté que le nombre de cas incidents d'anorexie mentale avait augmenté, passant de 19 en 2003 à 41 en 2010.

En Thaïlande, Pattanathaburt et al. (2013) ont inclus 447 étudiantes de l'université de Naresuan en 2011. Ils leur ont soumis un auto-questionnaire incluant notamment la version thaïlandaise du EAT-26. Un score supérieur ou égal à 20 préjugeant d'un risque majoré de TCA concernait 6,34 % de la population étudiée.

En Malaysie, Gan et al. (2011) ont réalisé une étude portant sur 584 étudiants universitaires du territoire fédéral de Kuala Lumpur et Selangor à qui ils ont fait passer le EAT-26. Leurs résultats montraient que 18,2% soit 1 étudiant sur 5 était à risque de développer un TCA. L'étude publiée par Manaf et al. en 2016 retrouvait un pourcentage plus bas à 6,3 % dans une population de 206 étudiantes d'une université privée à qui ils avaient aussi fait passer le EAT-26.

Au Vietnam, Ko et al. (2015) avaient pour objectif d'étudier les TCA chez des étudiantes. Ils ont inclus 244 jeunes femmes de l'université de médecine de Hanoi et ont utilisé entre autres le questionnaire SCOFF. 8,8% des participantes avaient un score supérieur ou égal à 24.

III.2.3.3. En Asie du sud (Inde, Pakistan, Népal, Bangladesh)

En Inde, Mammen et al. (2007) ont cherché à déterminer la prévalence des TCA chez 3274 enfants et adolescents suivis dans une unité psychiatrique au Christian Medical College and Hospital de Vellore. Ils ont identifié de façon rétrospective ceux ayant un diagnostic de TCA selon la CIM-10 (F50.0 à F50.9) entre janvier 2000 et décembre 2005. La prévalence des TCA sur la période des 6 ans de l'étude était de 1,25% et il n'y avait pas d'augmentation significative de la prévalence sur la période étudiée. Les auteurs notaient 14,6% d'anorexie mentale mais n'identifiaient pas d'autres types de TCA dans la population étudiée. Dans l'étude d'Upadhyah et al. (2014), parmi 120 collégiennes d'Allahabad âgées de 13 à 17 ans, 26,6 % étaient à risque de TCA d'après les résultats d'auto-questionnaires comprenant l'EAT-26.

Au Pakistan, Mumford et al. (1992) ont mené une étude en deux temps chez 369 filles entre 14 et 16 ans, scolarisées dans trois collèges anglais de Lahore. Dans un premier temps, elles devaient remplir un auto-questionnaire comprenant l'EAT-26 et le BSQ. Dans un deuxième temps, celles qui avaient un score $\geq$ 20 au EAT-26 ou un score $\geq$ 110 au BSQ étaient vues en entretien pour

déterminer si elles avaient un TCA selon les critères du DSM-III-R. Les résultats montraient que 10,3% avaient un score au EAT-26 ≥ 20 et 11,4% avaient un score au BSQ ≥ 110. Les auteurs trouvaient une prévalence des TCA sur un an de 1,6% : un seul cas de boulimie avait été retrouvé, soit une prévalence sur un an de 0,3 % ; aucun cas d'anorexie n'avait été constaté. Shaikh et al. (2004) ont réalisé une étude de janvier à février 2011 chez 1134 étudiantes de 16 à 20 ans d'Islamabad en utilisant le questionnaire SCOFF. 64,9% avaient un score supérieur à 2, indiquant qu'elles étaient à risque de TCA. Avec ces 2 études publiées en 1992 et 2004, nous constatons une augmentation des pourcentages de jeunes filles à risque de TCA, ce qui pourrait indiquer une augmentation de la prévalence des TCA au cours des 20 dernières années.

Au Népal, Thapa & Thapa (2015) ont étudié la prévalence des TCA chez 239 adolescents entre 15 et 19 ans scolarisés dans dix établissements privés de Katmandou, à l'aide d'un auto-questionnaire comprenant le EAT-26. Ils estimaient que 29% des filles étaient à risque de développer un TCA (score ≥ 20 à l'EAT-26).

Au Bangladesh, Pengpid et al. (2015) ont inclus 800 étudiants de l'université de Dhaka âgés de 17 à 28 ans, qu'ils ont interrogé notamment à l'aide du EAT-26, entre décembre 2013 et janvier 2014. 37,6 % avaient un score à l'EAT-26 ≥ 20 et étaient donc à risque de TCA. Parmi eux, il y avait 40,2% de femmes.

III.2.3.4. Iles du Pacifique

Le New Zealand Mental Health Survey (NZMHS) conduit en 2003 et 2004 est une enquête de santé mentale qui a été réalisée en Nouvelle-Zélande à l'échelle nationale. Elle a inclus 12 992 adultes âgés de plus de 16 ans et comprenant des habitants d'origine diverses: origine européenne (n=8161), origine Maori (n=2457), originaires des îles Pacifiques (dont îles Samoa, Tongan et Cook ; n=2236), origine mixte (Maori et îles Pacifiques ; n=138). Le NZMHS consistait en un interrogatoire diagnostique structuré et basé sur la 15ème version du CIDI. Wells et al. (2006) ont utilisé les données du NZMHS pour évaluer la prévalence sur 12 mois de différentes maladies mentales, tandis que Oakley Browne et al. (2006) se sont intéressés aux prévalences vie-entière. Concernant les TCA, les résultats de ces deux études sont présentés dans le Tableau 5 suivant :

Tableau 5. Prévalence sur un an et prévalences vie-entière des TCA en Nouvelle-Zélande (d'après Wells et al. 2006 et Oakley Browne et al. 2006)

	Prévalence sur un an		*Prévalence vie-entière*	
	Globale	*Femmes*	*Globale*	*Femmes*
Tous types de TCA	0,5 (IC 95%: 0,3-0,6)		1,7%	
Anorexie	< 0,1% (IC 95%: 0-0,1)	< 0,1% (IC 95%: 0-0,1)	0,6%	1,0%
Boulimie	0,4 (IC 95%: 0,3-0,6)	0,6% (IC 95%: 0,4-0.9)	1,4%	2,0%

Oakley Browne et al. (2006) ont aussi calculé les risques relatifs de survenue des troubles psychiatriques au cours de la vie, chez les Maoris (n=2595) et personnes originaires des îles du Pacifique (n=2236), par rapport aux personnes d'origine européenne (n=8161). Les résultats concernant les TCA sont détaillés dans le Tableau 6.

Tableau 6. Risques relatifs de survenue d'un TCA au cours de la vie chez les Maoris et personnes originaires des îles du Pacifique (d'après Oakley Browne et al. 2006)

Origine ethnique	*Risques relatifs et IC 95 %*
Résultats non ajustés :	
Maori	2,4 (IC 95 %: 1,6 - 3,5)
Iles Pacifiques	3,5 (IC 95 %: 2,3 - 5,5)
Européenne (catégorie de référence)	1,0
Résultats ajustés en fonction de l'âge et du sexe :	
Maori	1,8 (IC 95 %: 1,2 - 2,6)
Iles Pacifiques	2,7 (IC 95 %: 1,7 - 4,2)
Européenne (catégorie de référence)	1,0
Résultats ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'enseignement et du revenu moyen :	
Maori	1,6 (IC 95 %: 1,1 - 2,4)
Iles Pacifiques	2,5 (IC 95 %: 1,6 - 3,9)
Européenne (catégorie de référence)	1,0

Foliaki et al. (2006) se sont également appuyés sur les données du NZMHS afin d'étudier la prévalence des troubles mentaux parmi les habitants originaires des îles Pacifiques. Au total, leur

étude a porté sur un échantillon de 2374 personnes : 2236 originaires des îles Pacifiques et 138 ayant une origine mixte (Maori et îles Pacifiques). La prévalence vie-entière des TCA était de 4,4% (IC 95%: 3,1-6,2). La prévalence sur 12 mois des TCA était de 1,5% (IC 95%: 0,7-2,6). La prévalence de la boulimie était de 3,9% (IC 95%: 2,7-5,5) au cours de la vie et de 1,5% (IC 95 %: 0,7-2,6) sur 12 mois.

Dans les îles Fidji, Becker et al. (2003) ont étudié un échantillon de 50 femmes âgées de 18 à 69 ans, à qui ils ont fait compléter un auto-questionnaire comprenant notamment le Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R). L'âge médian était de 37,5 ans. Ils estimaient que 10% de ces femmes rapportaient au moins une crise de boulimie au cours des 6 derniers mois ; parmi elles, 4% présentaient des symptômes d'accès hyperphagique. Thomas et al. (2011) retrouvaient aussi ce type de trouble chez des fidjiennes entre 15 et 20 ans, scolarisées dans douze écoles du secondaire (n=523). Parmi elles, 222 rapportaient des vomissements provoqués ou l'usage de purgatif au cours des 28 derniers jours au Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Elles étaient incluses dans une analyse de profils latents. Les résultats montraient que 39% avaient un profil « boulimie » caractérisé par des vomissements provoqués et hyperphagie, 61% avaient un profil « purgatif » caractérisé par un recours aux purgatifs végétaux fidjiens.

De façon similaire, on retrouvait une prévalence de comportements purgatifs de 10,9% chez les filles, d'après des données issues du Guam's Youth Risk Behavior Survey réalisé en 2001 parmi des lycéens de l'île de Guam (Pinhey et al 2004).

III.2.4. Au Moyen-Orient

Musaiger et al. (2013) ont conduit une étude entre mars 2010 et janvier 2011 dans 7 pays arabes: Algérie, Jordanie, Koweit, Lybie, Palestine, Syrie et Sharijah (un des 7 Emirats Arabes Unis). Leur but était d'estimer la prévalence des attitudes et comportements alimentaires pathologiques chez des adolescents. Ils ont inclus au total 4698 adolescents entre 15 et 18 ans (dont 1062 filles). Le EAT-26 était utilisé dans sa version arabe. Les résultats sont présentés dans le Tableau 7. A l'exception du Koweit, la prévalence des attitudes et comportements alimentaires pathologiques était plus élevée chez les filles par rapport aux garçons, avec des résultats statistiquement significatifs pour la Jordanie, la Libye, la Palestine et la Syrie. Le Koweit avait les taux de prévalence les plus élevés parmi les 7 pays arabes étudiés.

Tableau 7. Prévalence des attitudes et comportements alimentaires pathologiques chez les adolescentes dans 7 pays arabes (d'après Musaiger et al. 2013)

	Algérie	*Jordanie*	*Koweit*	*Lybie*	*Palestine*	*Syrie*	*Sharijah*
Prévalence (%)	16,2	42,7	42,8	32,6	38,9	32,0	37,4

Aux Emirats Arabes Unis, Eapen et al. (2006) ont étudié la prévalence des TCA chez des adolescentes âgées de 13 à 18 ans (n=495). Le premier temps de l'étude consistait à leur faire remplir le EAT. Dans un second temps, 100 adolescentes (50 ayant eu un score au-dessus du seuil de 30 au EAT et 50 ayant eu un score au-dessous, choisies de façon aléatoire) étaient vues par un psychiatre, en aveugle de leurs résultats au EAT, pour déterminer l'existence de TCA selon les critères du DSM-IV. Les résultats montraient que 23,4% des filles avaient un score à l'EAT-40 au-dessus du seuil de 30, donc étaient à risque de développer un TCA. A l'issue de la phase des entretiens cliniques, 2 % remplissaient l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-IV, (anorexie mentale 1 %, boulimie 1%). 24 % présentaient des tableaux incomplets d'anorexie mentale. Dans une population de 228 étudiantes de Zayed (âge médian de 19,84 ans), Thomas et al (2010) retrouvait un taux similaire à 24,6% selon leurs résultats à l'EAT-26.

En Turquie, Akdevelioglu & Gümüs (2010) ont étudié un échantillon de 577 étudiants à l'université de Gazi, à Ankara. Ils leur faisaient remplir le EAT: un score au-dessus de 30 indiquait un risque élevé de TCA, un score entre 21 et 30 représentait un risque modéré, le risque était considéré comme faible au-dessous de 21. Au total, 5,9% étaient à haut risque de TCA, 11,4% présentaient un risque modéré.

En Iran, Garrusi et al. (2013) ont cherché à déterminer la prévalence des TCA dans un échantillon de 1204 habitants de Kerman âgés de 14 à 55 ans en utilisant l'EDDS. 1181 personnes ont accepté de participer à leur étude, dont 640 femmes (54%). La prévalence globale des TCA était de 11,5%. Les résultats sont détaillés dans le Tableau 8. Nobakht et al. (2000) se sont intéressés à une population de 3100 lycéennes de Téhéran. Dans un premier temps, ils leur faisaient compléter l'EAT-26. Dans un second temps, celles qui avaient un score supérieur ou égal à 20 à l'EAT-26 remplissaient l'EDDI. Dans un dernier temps, celles chez qui un diagnostic de TCA était mis en évidence à l'EDDI étaient vues en entretien clinique pour affirmer ou non ce diagnostic selon les critères du DSM-IV. Les résultats à l'EAT-26 étaient positifs chez 24,16%. L'EDDI était complété par 99,73% d'entre elles: la prévalence était de 0,9% pour l'anorexie et de 3,23% pour la boulimie. 1,84% des lycéennes présentaient des tableaux incomplets d'anorexie contre 4,79% de tableaux incomplets de boulimie.

En Israel, Kaluski et al. (2008) ont fait passer le questionnaire SCOFF à des étudiantes de 5ème à Terminale. Sur les 2978 jeunes filles qui ont rempli le formulaire, 30,3% avaient un score supérieur ou égal à 2.

En Jordanie, Mousa et al. (2010) se sont intéressés au sujet chez 326 adolescentes entre 10 et 16 ans d'établissements scolaires d'Amman, au cours de l'année scolaire 2006/2007. Les résultats au EAT-26, étaient de 40,5 % d'adolescentes à risque de développer un TCA.

Tableau 8. Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes à Kerman, Iran (d'après Garrusi et al. 2013)

Type de TCA	*Prévalence*
Anorexie	1,4 %
Boulimie	4,1 %
Accès hyperphagiques	2,7 %

IV. CONCEPTS SOCIO-CULTURELS

IV.1. La notion de culture dans la conceptualisation des TCA

Avant d'être documentés dans la littérature internationale, les TCA étaient considérés comme propres aux sociétés occidentales. Différentes théories ont été proposées pour expliquer l'influence de la culture occidentale sur le développement des TCA dans les pays non-occidentaux.

IV.1.1. Concept de « culture bound syndrome »

Le concept de « culture bound syndrome » (CBS) ou de « syndrome lié à la culture » a initialement été développé par Yap en 1967 pour des maladies non-occidentales qui représentaient un caractère exotique pour les populations industrialisées (Lee, 1996). En 1982, Ritenbaugh le définit ainsi : « une constellation de symptômes caractérisés par un des critères suivants ou plus :
- ils ne peuvent pas être compris en dehors de leur contexte culturel ou sous-culturel ;
- leur étiologie résume et symbolise des sens profonds et des conduites de cette culture ;
- le diagnostic repose sur une technologie et des idéologies propres à cette culture ;
- seuls ceux appartenant à cette culture peuvent réaliser le traitement afin qu'il soit efficace. »

Dans le domaine de la psychiatrie, c'est l'allemand Emil Kraepelin qui s'est intéressé le premier à la question des liens entre facteurs socio-culturels et expression de pathologies psychiatriques, en 1904 (cité par Perez et al. 2000). Le terme apparaît pour la première fois en 1994 dans une annexe du DSM-IV, pour qualifier « la survenue répétée de schémas de comportements aberrants et d'expériences perturbantes spécifiques d'une région et pouvant être liée ou non à une catégorie diagnostique » particulière du DSM.

IV.1.2. Concept de « culture bound syndrome » lié à la culture occidentale.

Révolutionnaire en son temps, le concept de CBS a fait débat, notamment concernant les TCA. Jusque dans les années 70, l'anorexie mentale n'était documentée dans la littérature internationale que dans les pays occidentaux (Europe, Etats-Unis, Australie). Elle est perçue comme une maladie affectant les femmes occidentales de milieux socio-économiques favorisés. De ce constat, des auteurs comme Prince (1985) et Swartz (1985) ont alors considéré l'anorexie mentale comme un CBS lié à la culture occidentale. Pour Prince, l'anorexie mentale pouvait être considérée comme « le CBS le plus compréhensible pour les occidentaux, dans la mesure où nous [étions] beaucoup plus conscients des déterminants culturels de ce trouble » ; il suggérait ainsi qu'on ne la retrouverait pas dans d'autres cultures. Pour Swartz, l'anorexie mentale correspondait bien aux critères proposés

par Ritenbaugh. Il fallait comprendre ce trouble au sein d'un contexte culturel occidental mais aussi au sein d'une diversité d'autres cultures présentes dans une société. Pour elle, ce trouble s'intègre aussi dans un contexte culturel médical ou professionnel qui sous-tend la pratique diagnostique et thérapeutique. De ce fait, le sens du trouble était sujet à évolution avec les changements qui s'opéraient dans la société et il pouvait prendre un sens différent dans les différents groupes culturels.

Cependant, leurs hypothèses ont été remises en cause à partir des années 90, du fait de l'émergence des TCA dans les pays non occidentaux, rapportée dans la littérature scientifique. En 2003, Keel et Klump ont réalisé une méta-analyse s'appuyant sur 1190 articles non-occidentaux retrouvés à partir de différentes bases de données. Leur objectif était triple :

- faire une méta-analyse quantitative de l'évolution des taux d'incidence depuis la reconnaissance formelle de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse ;
- faire un résumé qualitatif des signes historiques des troubles de l'alimentation avant leur reconnaissance formelle ;
- évaluer la présence de ces troubles dans les cultures non occidentales.

Concernant l'anorexie mentale, selon eux même si des facteurs culturels pouvaient influer sur les taux, ils n'étaient ni suffisants ni nécessaires. Des cas d'anorexie mentale avaient par exemple été rapportés en Moyen-orient, en Inde et en Asie de l'Est sans qu'une influence de la culture occidentale ait pu être trouvée. En revanche, concernant la boulimie nerveuse, il leur est apparu qu'elle pouvait être un CBS. Ils constataient une augmentation importante et significative de son incidence au cours de la seconde moitié du XXème siècle dans les pays non occidentaux et ne retrouvaient pas de cas historiques typiques dans la littérature. De plus, ils ne trouvaient pas la preuve d'une influence de la culture occidentale dans l'émergence de ce trouble.

IV.1.3. Concept de « culture-change syndrome » ou « culture-reactive syndrome »

Pour Lee (1996), l'anorexie mentale est un trouble lié à une « culture de la modernité » plutôt qu'une maladie limitée à certaines régions géographiques. Elle se développerait sous l'influence de facteurs socio-culturels comme le développement industriel et économique des pays, l'urbanisation, l'immigration, l'abondance de nourriture, l'augmentation des normes de poids, le développement des technologies de l'information... Miller & Pumariega (2001) évoquent aussi l'impact du changement de rôle et de statut des femmes.

DiNicola (1990), cité par Lee (1996), a décrit l'anorexie mentale comme un « culture-change syndrome » ou comme un « culture-reactive syndrome », en référence à de rapides changements culturels et socio-économiques survenant à l'échelle individuelle ou de la société. Comme d'autres auteurs cités par Lee (Bhugra et al. 2000, Tsai et al. 2003), il écrit que le processus d'acculturation favoriserait plus l'émergence de ce trouble chez les individus à risque, quelque soit la culture. Miller & Pumariega (2001) les rejoignent sur le fait que les personnes confrontées à des changements culturels seraient particulièrement exposés aux TCA.

La revue de la littérature de Doris et al. (2015) avait étudié si un changement de culture était associé à une augmentation des symptômes de TCA ou du risque de TCA. La majorité des études suggérait qu'il existe une association entre le changement culturel et la psychopathologie des TCA.

IV.1.4. Concept de « culture clash »

Des auteurs comme Katzman et Lee (1997) ont proposé l'hypothèse de la « théorie des deux mondes ». Pour eux, les TCA se manifesteraient chez des individus confrontés aux idéaux contradictoires de deux mondes sociaux différents auxquels ils se sentent obligés de se conformer (différences entre les générations, opposition entre les valeurs sociétales contemporaines de réussite et de performance, et les valeurs traditionnelles reposant sur la conformité, le collectivisme et la non-affirmation de soi, etc). Les TCA s'exprimeraient alors pour négocier la transition, la rupture, et l'oppression auxquelles ils sont confrontés. Ils viendraient symboliser un conflit identitaire culturel, un problème d'acculturation (processus par lequel une personne ou un groupe assimile une culture étrangère à la sienne). Gilbert & Thompson (1996), cités par Miller & Pumariega (2001) ont fait le parallèle avec le passage entre l'enfance et l'adolescence, avec l'hypothèse de conflits psychiques à l'adolescence entre la pression de se conformer et celle de s'affirmer. Pour Lee (1996), les TCA sont le « produit de résolution de problèmes sociaux ». Les expériences de conflits intra-familiaux, les conflits internes, le sentiment de déconnexion de la réalité, les mauvaises perceptions de soi, le manque d'autonomie et le manque de contrôle dans la vie ont tous été considérés comme des facteurs dus au choc culturel et pouvant conduire à des TCA (Bryant-Waugh et Lask, 1991 ; Furnham et Husain, 1999 ; Katzman et Lee, 1997 ; McCourt et Waller, 1995 ; Mumford et al., 1991 ; tous cités par Humphry et Ricciardelli, 2004). Mais peu d'études ont examiné ces facteurs. Par ailleurs, plus l'ancrage à un milieu traditionnel est grand, plus le « choc culturel » serait important. Par extension, moins l'acculturation à la société occidentale est faite, plus le risque de développer un TCA serait élevé.

IV.2. Concept de « mondialisation »

IV.2.1. Origines du concept de mondialisation

Le terme de « mondialisation » est dérivé du terme anglais « globalization » qui est utilisé pour la première fois par Marshall McLuhan en 1968 afin de caractériser le phénomène de diffusion au niveau planétaire de la guerre du Vietnam à travers les images télévisées, faisant de la planète un « village global ».

En 1983, le terme de « globalization » est repris par l'économiste nord-américain Théodore Levitt qui lui donne une dimension économique. La fin des années 80 et le début des années 90 finissent par définir la « mondialisation économique » comme processus d'intensification des échanges internationaux de différentes natures: marchandises, capitaux, informations… On peut noter qu'il s'agit d'un phénomène très ancien, qui existait depuis l'Antiquité et qui n'a cessé de se produire au cours des siècles (naissance des foires au Moyen-Age, commerce triangulaire au XVIème siècle, révolution industrielle au XIXème…).

Du champ économique, le concept s'est progressivement étendu à d'autres sphères pour désigner une interconnexion croissante à l'échelle mondiale et devenir une grille de lecture globale de l'ensemble des phénomènes mondiaux, qu'ils soient sociaux, économiques, technologiques, politiques, militaires, culturels.... (Blancheton, Colombi - Encyclopædia Universalis).

IV.2.2. Les phénomènes satellites: occidentalisation, américanisation, urbanisation

L'occidentalisation consiste à prendre des caractères propres à l'Occident, c'est-à-dire donner des habitudes de vie conformes au modèle, à la civilisation occidentale (définition du Larousse). Pour le sociologue français François Latouche (1989), l'Occident est « une notion beaucoup plus idéologique que géographique», devenue une véritable « entité culturelle », bien plus qu'une entité « religieuse, éthique, ou même économique ».

L'américanisation est ce que le politologue nord-américain, Benjamin Barber (1995), explique ainsi: « une planète uniformisée, homogénéisée par le commerce et la communication globale, qui diffuse le style de vie et les symboles de la culture populaire nord-américaine: les mêmes images, les même sons, les mêmes logos, les mêmes produits sur les cinq continents ». Il donne à ce concept le nom de « Mc World ».

L'urbanisation est un phénomène démographique se traduisant par une tendance à la concentration de la population dans les villes. Il s'agit d'une des mutations majeures de l'époque contemporaine et l'un des symboles les plus forts de la mondialisation liée à la concentration des

activités d'innovation, de commandement politique et économique, en même temps que d'influence culturelle (Jacques Bonnet - Encyclopædia Universalis). En soixante ans, la population urbaine mondiale est passée de 724 millions d'individus (1950) à près de 3,5 milliards (2010), soit plus d'un individu sur deux vivant en ville. En 1900, 16 agglomérations dépassaient le million d'habitants alors qu'on en compte plus de 400 actuellement ; le nombre d'agglomérations de plus de 10 millions d'habitants est passé de 3 en 1975 à une vingtaine en 2010. Depuis le début des années 70, il est noté que la croissance urbaine commence à s'essouffler dans les pays occidentaux alors qu'elle ne cesse de gonfler dans les pays en développement (pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine) malgré des taux d'urbanisation très inégaux (Larousse). Le phénomène de mondialisation favorise une uniformisation de la planète. Avec l'urbanisation, le développement des médias et l'explosion des flux d'informations, de personnes et de biens a permis la diffusion planétaire d'images, d'objets de consommation et de modes de vie, provenant des pays occidentaux. Ainsi, les valeurs et modes de vie occidentaux, mais aussi les modèles esthétiques occidentaux sont propagés dans les autres pays.

Les liens sont établis entre l'urbanisation et l'incidence des troubles mentaux. Il existe aussi une association significative entre le degré d'urbanisation et l'incidence de la boulimie nerveuse (2 à 3 fois plus dans les zones urbanisées et 5 fois plus dans les grandes villes, en comparaison avec les zones rurales). Aucun lien significatif n'a en revanche été trouvé avec l'incidence de l'anorexie mentale (Van Son et al, 2006).

IV.3. Aspects socio-culturels de l'image du corps et de l'alimentation dans les pays occidentaux

IV.3.1. Les facteurs sociétaux

Depuis le début du XXème siècle, le statut social des femmes a évolué. Depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les femmes ont cherché à affirmer leur place dans les sociétés occidentales et sont parvenues à gagner de nouveaux droits, à s'émanciper (accès accru à l'enseignement et au travail, liberté de disposer de leur corps avec l'accès à la contraception et le droit à l'avortement…). (EPHESIA, 1995 ; Gauffenic, 1985). Dans les pays occidentaux, les femmes ayant un statut socio-économique plus élevé seraient plus susceptibles de suivre un régime alimentaire et avoir un poids inférieur (Rogers et al. 1997 cité par Soh & Touyz 2006). En effet, la pression pour être mince augmenterait avec le statut socio-économique (Rogers et al. 1997,

Furnham & Alibhai 1983, cités par Soh & Touyz 2006). Cependant, le culte de la minceur est véhiculé à travers toutes les strates de la société par les médias et n'est donc plus limité aux statuts socio-économiques les plus élevés (Polivy& Herman, 2002, Fear et al. 1996, cités par Soh & Touyz 2006). La minceur est désormais requise dans de nombreux domaines, elle est par exemple devenue un critère déterminant de réussite professionnelle (Guitton 2012).

Par ailleurs, la culture occidentale encourage l'individualisme, l'autonomie et les responsabilités personnelles. La propension est au sentiment de contrôle sur l'environnement et les évènements, au sentiment de compétence et à la recherche de réussite, de performance. Il existe une pression sociale qui impose des normes souvent fondées sur l'apparence physique et la valeur sociale (Cash & Deagle, 1997, Dingemans et al. 2006, cités par Gunnard et al. 2012). Pour Brownell et al. (2010, cité par Rakhkovskaya & Warren, 2014), la société exercerait une pression à devenir mince en dépeignant les gens en surpoids comme étant fragiles, manquant de rigueur, de discipline et de ce fait, les rendrait responsables de leur surpoids.

IV.3.2. L'alimentation et les comportements alimentaires

Au cours des dernières décennies, les pratiques alimentaires ont connu de fortes évolutions dans les pays occidentaux, liées aux modifications des modes de vie et à un accès facilité à une alimentation diversifiée et abondante. Ces évolutions sont caractérisées notamment par un changement du type d'alimentation, des transformations dans les modes de fabrication et de distribution des produits alimentaires, une augmentation de la ration calorique et un apport accru de lipides au détriment des glucides, une industrialisation de la production alimentaire (recrudescence de produits transformés, de boissons sucrées…), une évolution des lieux de consommation (développement de la restauration hors domicile) etc. Le rapport à l'alimentation a également changé : il existe un clivage contemporain entre un modèle basé sur la convivialité et le primat du goût, et un modèle hygiéniste selon lequel le « bien manger » relève de la responsabilité individuelle et met l'alimentation au service de la santé (rapport de l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) de 2012).

Hawks et al. (2004) ont développé un modèle de transition nutritionnelle avec opération de changements simultanés dans la composition de l'alimentation et dans les styles alimentaires qui suivent les transitions économiques, démographiques et culturelles. Cette transition nutritionnelle se produit à un rythme accéléré dans les pays en développement. Ce modèle implique différentes phases de transition et repose sur les modèles alimentaires de Van Strien et al. (1986) :

-l'alimentation «intuitive» ou «physique», lorsque la consommation alimentaire est principalement motivée par la satisfaction physique de la faim ;

-l'alimentation «externe» ou «environnementale» ou «l'externalité» qui se caractérise par une alimentation déclenchée par des stimuli externes issus de l'environnement: vue ou odeur des aliments avec incapacité d'y résister, indépendamment de la sensation de faim ou de satiété ;

-l'alimentation «sociale» qui fait référence au caractère de socialisation des repas (manger avec des gens, à l'extérieur de chez soi, au restaurant…);

-l'alimentation «émotionnelle» qui est caractérisée par des excès alimentaires déclenchés par des affects négatifs (anxiété, dépression, stress), ou à l'occasion d'évènements considérés comme pénibles (ennui, solitude, détresse psychologique, sensation de rejet…).

Le modèle proposé par Hawks et al. comporte un passage de l'alimentation «physique» à une alimentation «externe» et «émotionnelle». La phase précédant le début de la transition nutritionnelle serait une alimentation «intuitive» ou «physique». Souvent, au cours de cette phase, les silhouettes plus voluptueuses seraient préférées car signes de prospérité. La deuxième phase serait l'alimentation «externe» et «sociale». Elle implique la consommation d'aliments plus riches et plus caloriques. En conséquence, l'IMC de la population augmenterait. Mais en parallèle, les médias occidentaux favoriseraient la minceur comme critère d'attractivité, conduisant à une quête de la minceur dans la population. Hawks et al. suggèrent ainsi que les médias occidentaux influencent en partie la transition nutritionnelle en modifiant les perceptions des modèles esthétiques et de silhouette idéale, menant à un régime restrictif et par conséquent à une alimentation « émotionnelle » pour compenser la restriction. Sous cette influence culturelle, les sociétés traversent une autre phase de la transition nutritionnelle : l'alimentation « restreinte » (ou « restriction cognitive ») qui fait référence à un contrôle conscient des apports alimentaires visant à prévenir la prise de poids ou à en perdre. Toutefois, les transitions au sein du modèle peuvent ne pas se produire linéairement. De plus, les pays peuvent avoir différents modes de consommation, de régimes, de préférences esthétiques, qui influencent leur position dans la transition nutritionnelle. De cette façon, l'image corporelle désirée par rapport à l'image corporelle réelle et les styles de consommation caractéristiques fournissent un aperçu de la phase où se trouve une population dans la transition nutritionnelle. Aucune échelle unique n'existe cependant pour mesurer le modèle de transition nutritionnelle de Hawks et al.

L'image de beauté véhiculée ayant changé, les femmes ressentent plus d'insatisfaction corporelle et de pression pour se conformer à cet idéal de beauté. La sociologue Christine Détrez écrit que les régimes alimentaires ont une place dans les usages sociaux du corps : « il faut souffrir pour être belle, mince, musclée et féminine à la fois [...] le corps mince est le corps beau, le corps désirable ».

IV.3.3. Les modèles esthétiques

Les canons esthétiques féminins ont aussi évolués au cours de l'histoire. Dans l'Antiquité et jusqu'au Moyen-Âge, des corps athlétiques et jeunes sont exaltés. À partir de la Renaissance, les rondeurs sont appréciées avant que le corset fasse son apparition au XVIIème siècle, promouvant une taille fine. Au cours des XIXème et XXème siècles, la silhouette de la femme connaît de nombreux changements jusqu'à se faire plus mince. Dans l'entre-deux guerre, le corset est abandonné et l'activité physique valorisée afin de sculpter soi-même son corps. Après la Seconde guerre mondiale, la « silhouette en S » est mise en avant ; le corps se veut mince mais avec des rondeurs (poitrine généreuse et fesses plantureuses). Depuis les années 60, les critères de modèle esthétique idéal comportent jeunesse, minceur, forme physique et fermeté. Le culte de la minceur projette le corps adolescent comme idéal féminin (Vigarello, 2010). Or, certains corps ne sont pas compatibles avec les idéaux contemporains de beauté, en raison de leur constitution physique, du patrimoine génétique.

Plusieurs auteurs comme Stice et al. (1994) ont trouvé une association positive entre l'intériorisation des idéaux sociétaux d'attractivité, comme l'idéal de minceur, et le développement des troubles de l'image corporelle et des TCA. Thompson & Stice (2001) ont mis en évidence que l'intériorisation de l'idéal de minceur pouvait être un facteur de risque causal d'insatisfaction corporelle et de symptômes boulimiques. Selon le modèle socioculturel proposé par Stice et al. (1994), l'intériorisation de l'idéal de minceur médiatise la relation entre la conscience d'une pression culturelle pour être mince et l'insatisfaction corporelle. De nombreuses études ont étayé ce modèle. L'intériorisation de l'idéal de minceur, définie par Thompson et al. (1999, cité par Thompson & Stice, 2001) se réfère au fait d'intégrer sur le plan cognitif des idéaux d'attractivité définis par la société et de s'engager dans des comportements visant à atteindre ces idéaux. Selon Kandel (1980, cité par Thompson & Stice, 2001), elle résulte du processus de renforcement social : les individus intériorisent des attitudes qui sont approuvées par des personnes ayant une importance significative pour eux ou qu'ils respectent. Ainsi, la famille, les pairs ou les médias renforceraient l'idéal de minceur chez les femmes par des attentes, des commentaires ou des actions (régime amaigrissant, exaltation de modèles de référence ultra-minces etc.) qui le soutiennent et le perpétuent comme une acceptation sociale accrue (Hohlstein, et al, 1998 ; cité par Thompson & Stice, 2001). Or, dans la mesure où l'intériorisation de l'idéal de minceur stimule directement l'insatisfaction corporelle car étant inaccessible pour la plupart des femmes, elle favoriserait les TCA.

D'autre part, dans les sociétés actuelles, le regard porté sur le corps des femmes le réduit parfois au statut d'objet, notamment sexuel (Calogero et al. 2007). Le corps est inspecté, scruté, évalué,

poussant les femmes à intérioriser le regard des autres et à le retourner sur elles-mêmes. Ce que Fredrickson & Roberts (1997, cités par Calogero et al. 2007) nomment « l'objectification de soi » est perpétuée par les idéaux de beauté contemporains. Les effets peuvent alors conduire à l'insatisfaction corporelle, aux TCA et autres troubles anxio-dépressifs, chez les femmes de tout âge et toutes ethnies confondues.

Dans les sociétés occidentales actuelles, les mannequins incarnent cet idéal esthétique, de beauté et de minceur. Devenus des modèles à suivre, certains vont jusqu'à initier des modes esthétiques comme celui du « thigh gap » (présence d'un espace entre les cuisses). Cependant, la recherche de toujours plus de minceur et les critères de sélection devenus de plus en plus extrêmes dans la sphère du mannequinat ont suscité la polémique. Cela a conduit à des changements dans la législation de différents pays. L'Espagne a été le premier pays européen à prendre des mesures en septembre 2006, en interdisant de défiler les mannequins ayant un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18. L'Italie, la Belgique, Israël et le Chili ont rapidement adopté les mêmes dispositions législatives ou réglementaires. En France, une disposition a été votée dans la loi santé de janvier 2016 et s'applique aussi aux mannequins des autres pays de l'espace économique européen lorsqu'ils exercent en France. Par l'arrêté du 4 mai 2017, l'exercice de l'activité de mannequin est dorénavant conditionné par une évaluation de santé et la délivrance d'un certificat médical prenant en compte l'indice de masse corporel (Légifrance, 2017).

IV.3.4. Les médias

Différentes formes de communication ou d'art ont diffusé les canons esthétiques à travers les époques : la peinture, la littérature puis plus récemment la photographie, les magazines, la télévision, le cinéma. Les médias peuvent avoir un rôle dans la promotion de cet idéal de minceur en véhiculant des images de la femme comme étant mince, jeune, hypersexualisée et caucasienne (Scharrer 2013, cité par Rakhkovskaya & Warren, 2014). En témoigne la sur-représentation de personnages minces, contrairement aux personnes en surpoids ou obèses sous-représentés (Fouts et Burggraf, 1999; Hofschire et al, 2003 ; cités par Grabe et al, 2008). De plus, les images féminines présentées dans les médias d'aujourd'hui sont plus minces que celles des années après-guerre mais aussi plus minces que la population féminine réelle (Fouts et Burggraf, 1999 et 2000 ; Silverstein et al, 1986, cités par Grabe et al, 2008). Elles seraient même souvent plus minces que les critères de poids sur lequel repose le diagnostic d'anorexie mentale (Wiseman et al, 1992, cité par Grabe et al, 2008). Garner et al. (1980, cité par Miller et Pumariega, 2001) ont démontré l'écart de plus en plus important entre le poids des femmes dans la population générale et celui des femmes considérées comme modèles de beauté.

Parfois cependant, est posé comme idéal un corps irréel, retouché, photo monté. Comme pour le poids des mannequins, de nouvelles lois ont été votées pour lutter contre le photomontage. En Israël, la loi dite « Photoshop » de 2012 interdit de présenter une publicité avec un mannequin qui a l'air d'être trop maigre, d'engager comme mannequin une personne ayant un IMC inférieur à 18,5 et d'utiliser un logiciel de retouche pour amincir la silhouette d'un mannequin sans le préciser. En France, la loi santé de janvier 2016 a conduit au décret n°2017-738 du 4 mai 2017 obligeant de faire accompagner de la mention « photographie retouchée » les photographies à usage commercial de mannequins en cas de traitement de l'image visant à affiner ou épaissir la silhouette (Légifrance, 2017).

Par ailleurs, un nouveau phénomène s'est développé depuis le début des années 2000 avec l'apparition des sites pro-ana (pro-anorexie) ou pro-mia (pro-boulimie) et l'utilisation des médias sociaux (tels que Facebook, Twitter, Instagram etc.) pour défendre les TCA comme mode de vie plutôt que comme maladies. Ils délivrent des « astuces » pour atteindre un idéal de minceur et le maintenir, ou pour dissimuler les conduites alimentaires aux proches. Ils contiennent souvent les « 10 commandements d'Ana » (10 commandements de l'anorexie) ou « l'Ana Creed » (serment envers l'anorexie) ainsi que des photos de « thinspiration » (photos de corps souvent dénudés et d'une extrême maigreur, parfois retouchés, photos de célébrités très minces) visant à motiver et renforcer l'identité et les pratiques de TCA. Certains sites internet peuvent néanmoins encourager et soutenir ceux qui sont dans une volonté d'en guérir, notamment à travers les forums de communautés, mais ils restent minoritaires.

A ce propos, plusieurs pays ont tenté de légiférer. En Grande Bretagne, une "Early Day motion" a été proposée en février 2008, demandant au Gouvernement "d'étudier les moyens de gérer de tels sites, qui causent des ravages pour les personnes et les familles, et soutenir les sites qui offrent de l'aide et des conseils aux victimes et aux parents". Aux Pays-Bas, des «avertissements de clic» ont été ajoutés à tous les sites pro-ana hébergés sur les services internet néerlandais. En France, un projet de loi avait été soumis en 2008 afin de condamner « l'incitation à la maigreur extrême et à l'anorexie », avec en ligne de mire les sites pro-ana ; mais il n'a finalement pas été adopté, jugé contre-productif. Certains réseaux sociaux ont aussi essayé de trouver des stratégies ; Tumblr et Pinterest ont par exemple mis à ban des mentions (ou hashtags) sur le contenu «thinspiration». Mais il existe des limites à la régulation de ces réseaux qui évoluent rapidement.

V. LES MEDIAS : FACTEURS SOCIO-CULTURELS DANS LA SYMPTOMATOLOGIE DES TCA

V.1. Les médias et symptomatologie des TCA dans les pays occidentaux

Selon les théories de la communication (théorie de la culture de Gerbner et al, 2002 ; théorie de l'apprentissage social de Brown, 2002, cités par Grabe et al. 2008), l'exposition répétée aux médias conduit à accepter les représentations médiatiques comme des représentations de la réalité. Ainsi, les modèles esthétiques véhiculés dans les médias conduiraient les femmes à considérer cet idéal comme une norme essentielle à l'attractivité. Cependant, comme ces images médiatiques sont souvent biaisées, cela rend cet idéal inaccessible à la plupart des gens et peut entraîner une détérioration de l'image corporelle et des comportements alimentaires pour tendre vers cet idéal (régime amaigrissant, restriction…).

Pour plusieurs auteurs, les médias joueraient donc un possible rôle pathogénique dans le fait de promouvoir des comportements à risque de TCA (Beckert & Hamburg, 1996 ; Stice et al, 1994 ; cités par Miller et Pumariega, 2001). Grabe et al. (2008) ont conduit une méta-analyse afin d'étudier les liens entre l'exposition aux médias et l'image corporelle chez les femmes. A partir des bases de données PsycINFO et Web of Science, ils ont utilisés les mots-clés suivants : *body image, media, television, advertising* et *magazines*. Au total, ils ont inclus 77 études expérimentales et observationnelles, toutes publiées en anglais, dans des pays anglophones (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni et Australie) entre 1975 et janvier 2007. Les auteurs ont considéré l'image corporelle et les préoccupations corporelles associées comme étant multidimensionnelles et les ont décomposées en quatre variables : insatisfaction corporelle, conscience de soi et objectivation corporelle, intériorisation de l'idéal de minceur et quête de minceur, comportements alimentaires et croyances (restriction alimentaire, hyperactivité, hyperphagie, conduites de purge). Les résultats de cette étude montraient des tailles d'effet faibles à modérées selon les critères de Cohen. Pour l'insatisfaction corporelle (n=90 études), la taille d'effet était de -0,28 (IC 95%: -0,21 – -0,35). Concernant l'internalisation de l'idéal de minceur (n=23 études), elle était de -0,39 (IC 95%: -0,33 – -0,44) et de -0,30 (IC 95%: -0,24 – -0,36) pour les comportements et croyances alimentaires (n=20 études). Ces résultats montraient que l'exposition à des images médiatiques représentant un idéal de minceur était liée à l'internalisation de cet idéal, à une plus grande insatisfaction des femmes vis-à-vis de leur corps et à l'émergence de comportements alimentaires à risque de TCA.

Cependant, le rôle causal des médias reste débattu. Des études comme celle de Tiggemann (2006) suggèrent que le facteur de risque causal n'est pas l'exposition médiatique, ni même l'intériorisation de l'idéal de minceur. Ce serait plutôt la force et la portée des croyances sur l'apparence qui auraient leur importance dans la vie de l'individu. Elle a réalisé une étude prospective sur le rôle de l'exposition aux médias dans l'insatisfaction corporelle et la quête de la minceur chez 214 adolescentes Australiennes. Elles ont passé un questionnaire à un temps 1 puis à un temps 2, un an après. Il portait sur l'exposition aux médias (magazines et télévision) et différentes variables concernant l'apparence corporelle :

- l'intériorisation d'apparences physiques idéales, à l'aide de la sous-échelle Intériorisation du SATAQ)
- les auto-schémas basés sur l'apparence, à l'aide de la version simplifiée à 10 items de l'ASI
- l'insatisfaction corporelle à l'aide de la Figure Rating Scale
- la quête de minceur à l'aide de la sous-échelle Quête de la minceur de l'EDI.

Les résultats montraient que l'exposition à des magazines axés sur l'apparence et l'exposition à des soap opéras télévisés étaient corrélées à une intériorisation de la minceur, des schémas basés sur l'apparence et une quête de la minceur aux temps 1 et 2. Cependant, les analyses de régression ont montré que l'exposition aux médias n'était pas liée de façon significative à des changements de l'image corporelle. L'image corporelle n'était pas non plus liée de façon significative à une utilisation différente des médias.. Les schémas de soi étaient associés à une plus forte insatisfaction corporelle au temps 2. Chez les adolescentes, l'auteur ne retrouvait donc aucun rôle causal de l'exposition aux médias dans l'image corporelle. Cependant, elle soulignait l'importance du traitement des médias par les adolescentes et de leurs réactions face aux médias.

Des études expérimentales ont montré que les médias ont des effets négatifs et cumulatifs sur l'image corporelle chez les jeunes femmes. Ce type d'étude expose les participants à des supports médiatiques sélectionnés et permet de simuler l'utilisation des médias afin d'évaluer leur impact. Hargreaves et Tiggemann (2003) ont étudié le lien entre regarder des images télévisées axées sur l'apparence féminine et l'insatisfaction corporelle chez des adolescents, dont 160 jeunes filles âgées de 13 à 15 ans. Ils leur ont fait visionner soit 20 publicités contenant des images féminines véhiculant un idéal de minceur, ou soit 20 publicités télévisées ne portant pas sur l'apparence. L'insatisfaction corporelle a été mesurée avant (temps 1), immédiatement à la suite du visionnage (temps 2) et après un délai de 15 minutes (temps 3). Elle était évaluée à l'aide de deux échelles visuelles analogiques (EVA) à 10 degrés (de "pas du tout" à "vraiment beaucoup") questionnant le degré d'insatisfaction pondérale et l'insatisfaction concernant l'apparence physique globale. L'étude était présentée comme une enquête sur les publicités télévisées et la personnalité. Au temps 1, les

étudiants remplissaient d'abord les EVA avant de visionner l'une des deux vidéos. Une moitié visionnait les vidéos normalement et l'autre devait évaluer les publicités en termes d'humour, d'originalité et d'efficacité (il s'agissait d'une tâche de distraction). Au temps 2, ils remplissaient de nouveau les EVA et effectuaient une tâche de complétion de mots, permettant de mesurer l'activation d'auto-schémas, et complétaient l'ASI. Au temps 3, ils remplissaient une dernière fois les EVA. Les filles qui avaient regardé les publicités portées sur l'apparence physique ont rapporté une insatisfaction corporelle significativement plus élevée aux temps 2 et 3 par rapport au groupe témoin. A la tâche de complétion de mots, le nombre de mots sur l'apparence physique était plus élevé chez celles-ci (4,76 contre 3,16, $p < 0,001$), témoignant d'une plus grande activation des schémas sur l'apparence physique. Cependant, les auteurs ne retrouvaient pas de lien statistiquement significatif entre les publicités télévisées et l'activation des schémas de soi.

Les études longitudinales dans le domaine sont peu nombreuses. Field et al (2008) ont conduit une étude de cohorte prospective, auprès de filles âgées de 9 à 15 ans (n=6916), déjà inclus dans une étude "Growing up Today Study". Ils cherchaient à identifier les facteurs à risque de TCA chez les adolescents. Entre septembre 1996 et novembre 2003, un questionnaire était envoyé tous les 12 à 18 mois aux participants comprenant notamment le MRFS et le Youth Risk Behavior Surveillance System Questionnaire. Les principaux critères d'évaluation étaient d'avoir présenté une hyperphagie, des conduites de purge ou les deux à la fois, au moins une fois par semaine. Les régimes fréquents et les tentatives de ressembler à des personnes dans les médias étaient des prédicteurs indépendants de l'hyperphagie boulimique chez les adolescentes de tous les âges. Les résultats sont présentés dans le Tableau 9. Une autre étude longitudinale menée par Schooler & Trinh (2011) portait sur l'association entre le fait de regarder différents programmes télévisés et la satisfaction corporelle, dans un échantillon de 841 adolescents âgés de 11 à 17 ans, des régions nord-est des Etats-Unis. Ils étaient soumis à un questionnaire sur l'année scolaire 2001/2002 (temps 1), puis à un nouveau deux ans plus tard (temps 2). Le questionnaire recueillait différentes caractéristiques démographiques comme l'origine ethnique et interrogeait sur le type de programmes télévisés le plus souvent regardé ainsi que sur le temps par semaine consacré à la télévision; cela permettait d'établir 8 profils télévisuels. La satisfaction corporelle était mesurée à l'aide de la sous-échelle "Image corporelle" issue du Self-Image Questionnaire for Young Adolescents (Petersen (1984), qui est un questionnaire mesurant l'image de soi chez les jeunes adolescents) et composée de sept items sur la satisfaction générale au sujet de l'apparence et du corps, cotés selon une échelle de Likert à 6 points. Un certain profil télévisuel représentait un plus grand risque d'insatisfaction corporelle: un visionnage des programmes TV aspécifique (sans préférence pour des types de programmes) et une durée passée devant la télévision supérieur à 28h

par semaine. Les filles correspondant à ce profil présentaient une baisse de 25% de leur satisfaction corporelle, soit plus de cinq fois la baisse moyenne au cours de la même période.

Tableau 9. Analyse multivariée des facteurs prédicteurs d'hyperphagie et de conduites de purge chez les adolescentes (d'après Field et al. 2008)

	Hyperphagie		***Conduites de purge***	
Variable	*Odds ratio*	*IC 95 %*	*Odds ratio*	*IC 95 %*
Régime occasionnel vs aucun régime	1,1	0,7-1,7	Âge < 14 ans 4,1	2,2-7,8
			Âge > 14 ans 2,8	1,9-4,3
Régime fréquent vs aucun régime	2,2	1,4-3,7	Âge < 14 ans 7,0	3,5-14,0
			Âge > 14 ans 3,1	1,9-5,2
Préoccupations importantes concernant le poids	2,7	1,7-4,4	2,3	1,6-3,2
Tentative de ressembler aux personnages dans les médias	2,2	1,4-3,4	1,5	1,2-2,2

Concernant l'influence des sites pro-TCA, une revue de la littérature par Talbot en 2010 (cité par Rodgers et al, 2016) avait conclu sur le fait que l'exposition à ce type de sites pouvait aggraver une symptomatologie de TCA pré-existante (augmentation des préoccupations liées au corps et liées à l'alimentation, apprentissage de nouvelles techniques de restriction ou purgatives). Plus récemment, la revue de la littérature de Rodgers et al. (2016) recensait neuf études examinant les effets de l'exposition à des sites pro-TCA (dont des communautés pro-TCA) sur l'image corporelle et les TCA. Les études impliquaient dans leur majorité des femmes caucasiennes et étaient réalisées dans des pays occidentaux (Etats-Unis (n=6), Belgique (n=1), Pays-Bas (n=1) et Allemagne (n=1)). Leurs résultats étaient concordants avec ceux de Talbot dans le sens où l'exposition aux sites pro-

TCA augmentaient l'insatisfaction corporelle, les conduites de restriction et les affects négatifs. Ils ne retrouvaient pas d'effet significatif sur les symptômes de boulimie.

Par ailleurs, aucune étude n'a testé l'effet de programmes de prévention et d'éducation aux médias sur l'influence médiatique négative (Levine & Murnen 2009). Les effets médiatiques directs peuvent être faibles à modestes mais la combinaison des effets directs et indirects, c'est-à-dire l'effet cumulatif des médias, peut être substantiel. De plus, le rôle des médias sur l'enfant en développement ou l'adolescent reste à explorer. Une étude longitudinale de Harrison (2000, cité par Levine et Murnen 2009) montrait que le nombre d'heures passées à regarder la télévision par semaine, chez des enfants de 6 à 8 ans, était lié à une augmentation de TCA mais sans être lié à l'idéalisation de la minceur. Levine et Murnen (2009) suggèrent ainsi que l'exposition à divers messages médiatiques (publicités pour des produits diététiques, de remise en forme et de poids) pourrait avoir peu d'impact sur les "croyances de minceur" des jeunes enfants, mais que ces derniers sont en parallèle amenés à dénigrer les graisses, à considérer les régimes amaigrissants comme des pratiques adultes, à penser que les aliments les moins nutritifs ou la restriction sont préférables et peuvent apaiser de potentiels sentiments négatifs.

V.2. Les médias et symptomatologie des TCA dans les pays non-occidentaux

V.2.1. En Afrique

Eddy et al. (2007, précédemment cités) avaient pour objectifs de déterminer la présence de symptômes de TCA chez des jeunes femmes tanzaniennes (n=214) puis d'étudier l'association entre les TCA et l'exposition aux médias et à la mondialisation. La Tanzanie est considérablement moins occidentalisée ou développée que d'autres pays d'Afrique comme l'Afrique du Sud ou le Nigeria. La plupart des Tanzaniens sont noirs et vivent dans la pauvreté. La télévision a été introduite en 1995, bien qu'elle ne soit pas accessible à la majorité de la population. L'idéal de beauté reste le modèle traditionnel en Afrique de l'Est. Les jeunes femmes de l'échantillon répondaient à l'EDI, le module sur les TCA du SCID-1/P et un questionnaire sur l'exposition aux médias et la mondialisation, traduits en Kiswahili. Un score d'exposition aux médias (télévision, cinéma, internet et magazines) a été conçu à partir de l'accès aux médias et à la fréquence d'utilisation. Un score d'exposition à la mondialisation a été créé selon la fréquence et le type de voyages (à l'étranger, en Afrique, en Tanzanie) ou la présence de contacts avec des étrangers. Il y avait une

association positive entre la présence de symptômes de TCA et l'exposition aux médias (r=0,34 ; p<0,001), ainsi qu'entre les symptômes de TCA et la mondialisation (r=0,25 ; p<0,001). Les analyses de régression indiquaient néanmoins que l'exposition médiatique était prédictive des symptômes de TCA, alors que la mondialisation ne l'était pas.

Au Zimbabwé, Swami et al. (2012) ont a comparé les différences d'image corporelle entre les femmes zimbabwéennes au Zimbabwe (n= 140) et vivant en Grande-Bretagne depuis 1 à 23 ans (n= 138). Elles étaient âgées de plus de 18 ans. Le Photographic Figure Rating Scale (Swami et al, 2008), constitué de 10 photographies de femmes allant de maigre à obèse, permettait de mesurer l'écart entre le poids réel et idéal ; le Body Appreciation Scale (Avalos et al, 2005) permettait d'apprécier la satisfaction corporelle en 13 items selon une échelle de Likert à 5 degrés (1 = Jamais, 5 = Toujours). Les femmes devaient évaluer leur exposition respective aux médias occidentaux et zimbabwéens (télévision, films, magazines et musique). Les femmes zimbabwéennes en Grande-Bretagne avaient une différence de poids significativement plus importante et une plus faible appréciation corporelle que celles au Zimbabwe. Cette différence était significativement associée à l'exposition aux médias occidentaux, mais pas aux médias zimbabwéens.

Au Ghana, Michels & Amenyah (2017) ont conduit une étude dont un des objectifs était d'évaluer le lien entre l'insatisfaction corporelle et l'influence médiatique perçue (intériorisation, pression, source d'information). Les participants étaient des adolescents d'Accra, capitale du Ghana, âgées de 11 à 18 ans (n=370 dont 52,4 % de filles). L'insatisfaction corporelle était évaluée à l'aide de la Figure Rating Scale et l'influence des médias sur l'apparence par le SATAQ. L'insatisfaction corporelle était associée à la perception d'une plus grande pression médiatique et à l'intériorisation des messages médiatiques, indépendamment de l'IMC réel, bien que les tailles d'effet soient faibles. L'intériorisation des médias était principalement présente chez les filles. Les adolescents de poids normal ou en surpoids étaient particulièrement sensibles à la pression médiatique. La pression médiatique perçue était médiateur dans la relation entre l'IMC et l'insatisfaction corporelle. On ne retrouvait pas d'effet médiateur significatif pour les autres sous-échelles médiatiques (intériorisation et médias comme sources d'information).

Carney & Louw (2006) ont mené une étude à Cape Town en Afrique du Sud pour déterminer la relation entre les symptômes de TCA et l'exposition à des modèles véhiculés dans les médias. La première partie de l'étude, quantitative, utilisait le EAT-26 et un questionnaire sur l'exposition aux médias (exposition aux médias de masse (télévision, internet et magazines), images de célébrités comme modèles de silhouettes idéales, activités de loisirs (exemple: aller au cinéma). Un score d'exposition aux médias était ainsi calculé (faible, moyen ou élevé). L'exposition aux médias était

prédictive de scores positifs au EAT-26. Dans la deuxième phase de l'étude, les auteurs utilisaient des entretiens semi-structurés (développés par Thompsen et al.) afin d'explorer les mécanismes de la relation entre l'exposition aux médias et les TCA. Sur les 29 participants qui avaient plus de 20 au EAT-26 et des scores d'exposition aux médias moyen à élevé, 10 ont été sélectionnés aléatoirement. Il s'agissait uniquement de jeunes femmes âgées de 20 à 25 ans ; neuf étaient blanches et une était métissée. Les résultats indiquaient que l'exposition aux médias prédisposait les femmes à des symptômes de TCA mais que d'autres facteurs avaient aussi une influence.

V.2.2. En Amérique latine

McArthur et al. (2005) ont examiné l'image corporelle dans différents pays d'Amérique du Sud. Leur étude a inclus 1272 collégiens (de 4ème et 3ème) dont 679 filles: Buenos Aires, Argentine (n = 195); Guatemala, Guatemala (n = 212); La Havane, Cuba (n = 213); Lima, Pérou (n = 218); Panama City, Panama (n = 195) et Santiago, Chili (n = 239). L'image corporelle était évaluée à l'aide des silhouettes de Stunkard et al. Bien qu'obtenus sur de petits échantillons non randomisés, les résultats étaient homogènes dans tous les pays étudiés. Dans toutes les villes hormis la Havane, 59 % des filles désiraient être plus minces ; Buenos Aires, Santiago puis Guatemala avaient les pourcentages les plus élevés dans cet ordre. Dans toutes les villes, il y avait une association positive statistiquement significative entre l'IMC et la satisfaction corporelle. 89 % des adolescents ayant un IMC supérieur à la normale et 39 % des adolescents ayant un IMC dans la fourchette normale auraient préféré être plus minces ; mais 57 % des adolescents ayant un IMC inférieur à la normale souhaitaient avoir plus de poids. Pour les auteurs, cela suggérait qu'une telle insatisfaction corporelle pouvait inciter ces adolescents à tendre vers un poids plus bas en adoptant des comportements de réduction de poids. Cependant, peu d'études portent sur l'influence des médias dans les TCA et leurs symptômes dans les pays d'Amérique latine.

Au Pérou, Montoya et al. (2015) ont étudié s'il existait une association entre les modèles d'image corporelle montrés dans les médias et le risque de développer des TCA chez les adolescentes de Lima. Pour ce faire, ils ont conduit une étude transversale réalisée dans trois écoles d'un district de Lima. Le risque de développer des TCA était estimé à l'aide de l'EAT-26 et l'influence des médias à l'aide du SATAQ-3. 483 adolescentes ont été incluses, leur âge médian était de 14 ± 3 ans. Ils calculaient les ratios de prévalence ajustés (RPa) pour les TCA. Un risque de développer un TCA a été observé chez 13,9% d'entre elles. Celles qui étaient les plus influencées par les médias avaient une probabilité plus élevée de développer un TCA (RPa= 4,24 ; IC95%= 2,10-8,56). De même, celles ayant un plus grand accès aux médias (RPa= 1,89; IC95%= 1,09-3,25) souffraient plus de

pression (RPa= 4,97; IC95%= 2,31-10,69), montraient une plus grande intériorisation (RPa= 5,00; IC95%= 2.39-10.43), notamment une plus forte intériorisation athlétique (RPa= 4.35; IC95%= 2.19-8-66).

Au Chili, Caqueo-Urizar et al. (2011) se sont intéressés au même sujet. Leur étude incluait 437 adolescentes d'Arica (région au nord du Chili) âgées de 13 à 18 ans. La pression socio-culturelle à la minceur était mesurée à l'aide du Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (Tora et al. 1994) qui explore les préoccupations liées à l'image corporelle, l'influence des publicités, l'influence des messages verbaux sur la minceur (à travers les médias comme les magazines, livres, ou l'intérêt pour des sujets comme le poids, les calories, la silhouette etc), l'influence de « modèles sociaux » (actrices, mannequins ou personnes du quotidien) et celle des situations sociales (temps des repas) sur l'alimentation. Le risque de TCA était évalué par le EAT-26. Il existait une forte relation entre le risque de TCA et les pressions socioculturelles de minceur (RR=0,65 ; p<0,001). Les analyses de régression retenaient la publicité (β=0,39 ; t[436]=7,64 ; p<0,001), les messages verbaux (β=0,23 ; t[436]=4,86 ; p<0,001) et les situations sociales (β=0,16 ; t[436]=3,52 ; p<0,001) comme prédicteurs significatifs de pression socioculturelle. La publicité avait le plus d'influence parmi tous les facteurs. Tous les facteurs étaient aussi des prédicteurs significatifs de plus de préoccupations liées à l'image corporelle, avec par ordre croissant d'influence : la publicité, les « modèles sociaux », les situations sociales puis les messages verbaux. Une corrélation positive et statistiquement significative était retrouvée entre l'âge et la pression socioculturelle de minceur (RR=0,16, p<0,001), suggérant qu'avec l'âge, la pression perçue était plus forte. Les niveaux les plus élevés de pression socioculturelle perçue étaient à l'âge de 16 et 18 ans. Il n'y avait pas de lien entre l'âge et le risque de TCA. Les résultats de Mellor et al. (2008) vont dans le même sens. Leur étude concernait 337 adolescents chiliens âgés de 12 à 18 ans, dont 227 filles, à qui ils ont soumis des sous-échelles du questionnaire Body Image and Body Change, élaboré par McCabe & Ricciardelli (2002 et 2004b) pour évaluer les stratégies de changement corporel chez les adolescents. Ils ont utilisé une version modifiée de la sous-échelle « Body Image Concern » pour évaluer les préoccupations corporelles, pondérales et l'insatisfaction musculaire, ainsi que les versions abrégées des sous-échelles « Stratégies de changement corporel pour perdre du poids » et « Stratégies de changement corporel pour augmenter le volume musculaire ». Ils utilisaient le Perceived Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire pour évaluer les pressions socio-culturelles perçues, notamment de la part des médias, pour perdre du poids. Les auteurs ne retrouvaient pas d'influence statistiquement significative des médias sur l'insatisfaction corporelle (β=0,12; sr^2=0,01), ni sur les stratégies pour perdre du poids (β=0,05; sr^2=0,00). Ils

constataient en revanche que la famille semblait jouer un rôle beaucoup plus important parmi les adolescents chiliens que les médias.

L'étude d'Austin & Smith (2008) a porté sur l'intériorisation de l'idéal de minceur chez les jeunes filles Mexicaines. Leurs objectifs étaient les suivants: 1) fournir des informations descriptives de base sur l'intériorisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle et les TCA chez les adolescentes mexicaines; 2) déterminer le rôle de l'intériorisation de l'idéal de minceur dans l'insatisfaction corporelle et les symptômes de TCA; 3) examiner la relation entre les valeurs de la famille hispanique et l'intériorisation de l'idéal de minceur. Leur échantillon comportait 137 filles âgées entre 12 et 15 ans, issues de niveaux socio-économiques défavorisés à Mexico. Ils utilisaient le EAT, le Figure Rating Scale, le SATAQ dans sa version espagnole et le BSQ. Les jeunes filles étaient réparties en deux groupes selon leur IMC: "poids normal" (n=92) si leur IMC était compris entre le 5ème et le 85ème percentile selon les normes de l'OMS ou "à risque de surpoids ou en surpoids" (n=27) si leur IMC était supérieur au 85ème percentile. Les résultats issus du Figure Rating Scale montraient que 61,3% souhaitaient une silhouette plus mince. Aucune n'avait choisi comme silhouette idéale une silhouette plus épaisse que la numéro 5. 12,4% d'entre elles considéraient la silhouette numéro 1 (ou «anorexique») comme silhouette idéale. Le groupe "à risque de surpoids ou en surpoids" avait des scores significativement plus élevés au BSQ que le groupe ayant un "poids normal". 1 fille sur 5 avait un score au EAT supérieur à 30, indiquant être à risque de TCA. Celles du groupe à risque avaient des scores plus élevés au EAT sans que cela soit significatif. Les scores d'intériorisation de l'idéal de minceur au SATAQ était significativement plus élevés dans le groupe à risque, ils l'étaient aussi pour la conscience de la minceur mais n'était pas significatifs. L'intériorisation de l'idéal de minceur influençait la relation entre la conscience de l'idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle, ainsi que la relation entre la conscience de l'idéal de minceur et les symptômes de TCA. Les Figures 1 et 2 schématisent ces liens.

Figure 1. L'intériorisation de l'idéal de minceur comme médiateur de la relation entre la conscience de l'idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle (d'après Austin & Smith 2008)

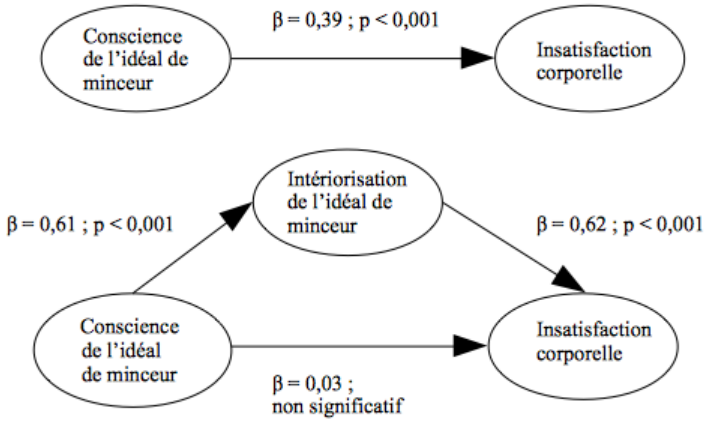
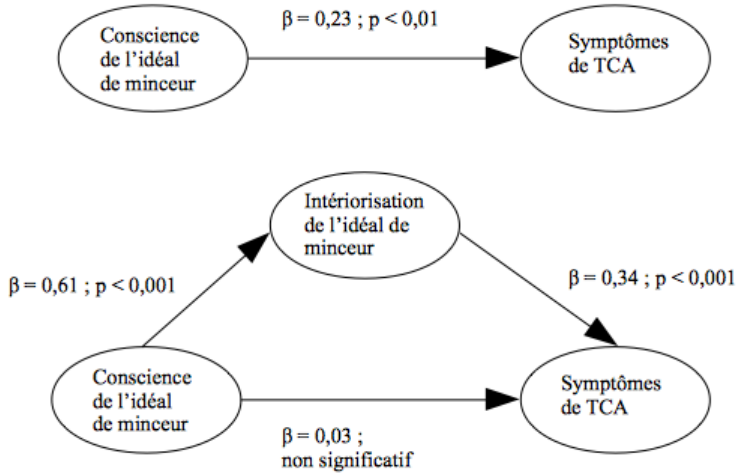


Figure 2. L'intériorisation de l'idéal de minceur comme médiateur de la relation entre la conscience de l'idéal de minceur et les symptômes de TCA (d'après Austin & Smith 2008)



Au Belize, dans de précédentes études (Anderson-Fye 2000, 2003), les acteurs de soins locaux ne rapportaient pas de cas de TCA. Anderson-fye (2004) s'est donc intéressée au changement culturel, à l'image corporelle et aux TCA, dans un échantillon de 80 lycéennes de San Andrés, afin de comprendre pourquoi cette communauté ne suivait pas les tendances observées dans d'autres pays. Entre 1995 à 2002, elle a réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens ethnographiques ouverts à tous (n=60), d'entretiens transversaux semi-structurés (n=32) et d'entretiens longitudinaux cliniques approfondis (n=16). Les adolescentes beliziennes rapportaient des préoccupations concernant le poids, la taille, et d'autres caractéristiques physiques mais qui n'étaient pas source de détresse chez elles. La silhouette était néanmoins une caractéristique

importante et deux types se distinguaient : la forme de la bouteille de Coca-Cola, « courbe en haut, mince de taille et plus large en bas », et celle de la bouteille de Fanta, « mince en haut et augmentant de diamètre vers le bas ». Néanmoins, les adolescentes considéraient la silhouette comme une condition «naturelle», sur laquelle elles avaient peu de contrôle. Par rapport aux médias, peu rapportaient de symptômes alimentaires significatifs. Elles avaient tendance à «filtrer» les messages sur la minceur et adopter les messages sur la beauté et le corps en accord avec leurs propres critères.

V.2.3. En Asie et îles du Pacifique

En Chine, Peat et al. (2014) ont étudié l'association entre les symptômes de TCA et l'accès à la télévision ou internet. L'échantillon était issu des données de 2009 de la China Health and Nutrition Survey, une étude de cohorte ouverte, en cours depuis 1989, visant à examiner comment les changements socio-économiques affectent les comportements alimentaires et l'état nutritionnel de la population chinoise. Ils ont inclus 1053 femmes : des adolescentes âgées de 12 à 17 ans (n=233) et des adultes allant de 18 à 35 ans (n=339). Des questionnaires distincts leur étaient administrés; ils comprenaient une version chinoise du SCOFF et interrogeaient sur l'accès et la fréquence d'utilisation de la télévision et d'internet. Afin d'estimer l'urbanité d'une région donnée, un indice d'urbanisation a été développé. Chez les adolescentes, il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'utilisation des médias et les symptômes de TCA. Chez les adultes, il y avait une association positive entre l'accès à internet et la perception subjective de prendre du poids: par rapport aux femmes n'ayant pas accès à internet, celles y ayant accès rapportaient 2,8 fois plus l'impression d'être grosse et 4,8 fois plus la peur de perdre le contrôle sur l'alimentation. Le temps passé sur internet n'était pas significativement associé aux symptômes de TCA, suggérant que l'accès à Internet plus que la fréquence d'utilisation était associé aux symptômes de TCA En revanche, il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'utilisation de télévision et les symptômes de TCA chez les adultes. Jackson et al. (2016) se sont intéressés à l'influence des médias chinois et asiatiques en comparaison avec celle des médias occidentaux, sur les troubles de l'image de corps chez les femmes chinoises. Ils ont inclus des étudiantes de premier cycle à l'université de Chongqing (n= 456), âgées de 17 à 24 ans. Elles répondaient à différents questionnaires: l'EDDS, le Negative Physical Self Scale (développée par Chen et al. (2006), évalue les préoccupations et les comportements liés aux trois critères d'apparence les plus importants en Chine : l'apparence faciale, la corpulence, la taille), les Perceived Asian and Western Media Appearance Pressure Scales (évaluent la pression médiatique perçue sur l'apparence physique et

les attributs non physiques), les Asian and Western Media Appearance Comparison Scales (renseignent la fréquence de comparaison à des stars, mannequins, en terme de corpulence et d'apparence physique), les Asian and Western Media Appearance Preference Scales (questionnent le souhait de ressembler à des célébrités apparaissant dans différents médias). Les participantes ont rapporté plus de pression perçue de la part des médias chinois/asiatiques par rapport aux médias occidentaux au sujet de l'apparence faciale, la corpulence ou de la taille staturale. Les participantes rapportaient plus de comparaisons d'apparence avec, et une plus forte préférence pour, les figures des médias chinois/asiatiques. A l'exception des préoccupations liées à la taille, l'influence globale des médias chinois/asiatiques était davantage prédictive des troubles de l'image corporelle et des TCA que les médias occidentaux, bien qu'il n'y ait aucune preuve que les préoccupations d'image corporelle et les TCA étaient plus liées à l'influence des médias occidentaux ou des médias chinois/asiatiques.

En Inde, Shroff & Thompson (2004) ont étudié l'influence des médias dans un échantillon de 96 adolescentes scolarisées en 5ème dans un collège de Bombay (âge moyen 11,68 ans) et 93 femmes étudiantes à l'université de Bombay (âge moyen 18 ans). Elles répondaient à l'EDI, au Perception of Teasing Scale (questionne le fait d'avoir été moquée au sujet du poids) et au SATAQ pour les adultes ou au Sociocultural Internalization of Appearance Questionnaire pour Adolescents (mesure l'intériorisation des images médiatiques). Les moqueries et l'internalisation des images médiatiques influençaient l'effet de l'IMC sur l'insatisfaction corporelle et, dans certains cas, influençaient le désir de minceur. Les moqueries sur le poids avaient plus d'influence sur le désir de minceur chez les adolescentes que chez les adultes, alors que l'intériorisation était plus directement liée à la restriction chez les adultes que chez les adolescentes.

L'étude de Chang et al. (2013) a porté sur les relations entre l'exposition à l'idéal de minceur dans les médias, l'insatisfaction corporelle et les TCA chez les adolescents à Taiwan. 2992 élèves de 1ère (dont 48% de filles) ont été recrutés dans 26 lycées de Taipei, pour remplir un auto-questionnaire en 2010. L'exposition à un idéal de minceur dans les médias était mesurée en interrogeant la fréquence à laquelle ils avaient vu des modèles minces ou des messages dans différents médias (publicités, télévision, journaux et magazines, etc.). Une fréquence élevée correspondait à une forte exposition aux médias. La pression des médias à la quête de minceur et l'intériorisation de l'idéal de minceur était évaluée par le SATAQ. L'insatisfaction corporelle était mesurée par le Multidimensional Body - Self Relations Questionnaire - Appearance Scale (Cash, (2000), qui questionnait le degré de satisfaction corporelle sur une échelle de de 1 à 4 (très satisfait à pas du tout satisfait)). Si le score était supérieur à 2,5, les participants étaient considérés dans le

groupe d'insatisfaction corporelle. Des questions portaient sur des troubles des conduites alimentaires de type restriction alimentaire (jeûne ou consommation de produits diététiques) et stratégies de contrôle du poids (vomissements ou utilisation de laxatif). Les adolescents étaient exposés à des messages véhiculant l'idéal de minceur plusieurs fois par semaine (plutôt à la télévision). Par rapport aux garçons, les filles présentaient des niveaux plus élevés d'exposition à l'idéal de minceur, une pression médiatique à la minceur, une intériorisation de l'idéal de minceur, une insatisfaction corporelle et des TCA. La pression médiatique et l'intériorisation de l'idéal de minceur augmentaient significativement la probabilité d'insatisfaction corporelle, tandis que la pression médiatique et l'insatisfaction corporelle contribuaient tous deux à la restriction alimentaire et des stratégies de contrôle du poids.

Au Pakistan, Khan et al. (2011) ont conduit une étude transversale dans sept universités privées de Karachi, sur une période de deux semaines. 783 étudiants de premier cycle, âgés de 18 à 25 ans, dont 408 femmes, répondaient à un auto-questionnaire comportant le Figure Rating Scale, des questions sur la quantité d'exposition médiatique (presse, TV et Internet), sur leur image corporelle actuelle et idéale et sur la mesure dans laquelle la pression exercée par les pairs influait sur leur image corporelle. Le degré d'exposition aux médias était considéré comme élevé à partir de plus de 21 heures d'exposition. Afin d'éliminer l'effet de la pression des pairs sur l'image corporelle, les auteurs ont examiné l'association entre l'exposition aux médias et les scores d'insatisfaction corporelle selon la pression perçue exercée par les pairs (faible ou forte). Il y avait une association statistiquement significative entre une exposition médiatique élevée et un score négatif d'insatisfaction corporelle, qu'importe la pression perçue par les pairs.

Aux îles Fidji, la télévision n'est devenue disponible qu'au milieu des années 90 et la possession de la télévision par les ménages variait considérablement d'une communauté à l'autre. L'étude expérimentale de Becker et al. (2002) avaient confirmé l'impact de l'exposition à la télévision sur les troubles de l'alimentation chez des adolescentes fidjiennes. En 1995, dans une étude prospective transversale auprès des adolescentes aux Fidji, ils avaient inclus 63 collégiennes de 6ème-5ème de la province de Nadroga, au cours des quelques semaines où la télévision a commencé à être introduite. Puis, ils avaient inclus un autre échantillon de 65 collégiennes de même niveau, en 1998, soit après trois ans d'exposition à la télévision. Les participantes étaient soumises à l'EAT-26 puis à des entretiens semi-structurés. Après 3 ans d'exposition à la télévision, il y avait une augmentation significative de la prévalence de symptômes de TCA (score élevé à l'EAT-26 et vomissements provoqués purgatifs). L'étude des données narratives montraient un intérêt des sujets à perdre du poids afin de ressembler aux modèles télévisés. Becker et al. (2011) ont cherché à déterminer si

l'exposition indirecte aux médias (comme celle du réseau social d'un individu) est associée aux TCA. La population étudiée était des adolescentes fidjiennes d'âge scolaire, âgées de 15 à 20 ans, de 12 écoles du secondaire (n = 523). Sur l'année 2007, des auto-questionnaires étaient administrés, comprenant l'EDE-Q, le SATAQ-3, des mesures d'exposition aux médias (expositions directe et indirecte), des mesures d'exposition ou d'orientation à la culture occidentale ou fidjienne. L'exposition directe aux médias était déterminée par la fréquence hebdomadaire de visionnage personnel de la télévision et l'accès personnel aux médias au domicile. L'exposition indirecte était déterminée par la fréquence hebdomadaire de visionnage de la télévision par les parents et l'accès à différents types de médias par ces derniers. Les expositions directes et indirectes aux médias étaient associées à la symptomatologie des TCA. Après ajustement, seule l'exposition indirecte était associée à la symptomatologie des TCA.

V.2.4. Au Moyen Orient

Dans une étude réalisée en 2008, Musaiger (2015) s'est intéressé aux préoccupations corporelles chez 1134 étudiantes dans cinq pays arabes : Bahreïn (n=254), Égypte (n=210), Jordanie (n=220), Oman (n=249) et Syrie (n=201). L'âge des participantes variait de 17 à 32 ans. Elles étaient soumises à un questionnaire qui interrogeait la satisfaction concernant le poids, la silhouette idéale, la fréquence des exercices physiques, le mode alimentaire et si un régime avait été entrepris au cours des 6 derniers mois. Il y avait une variation significative entre les pays en ce qui concerne la préférence d'avoir une silhouette semblable à celles des modèles occidentaux ($p<0,0062$). Cette tendance était la plus élevée chez les femmes égyptiennes (31%) et la plus faible chez les femmes omanaises (17%). Musaiger & Al-Mannai (2014) avaient pour objectif de déterminer le rôle des médias (magazines et télévision) dans les préoccupations corporelles et pondérales. Ils ont repris la population de l'étude de Musaiger (2015) concernant 1134 étudiantes de cinq pays arabes (Bahrain, Egypte, Jordanie, Oman et Syrie). Le questionnaire utilisé se composait de questions pré-testées sur les médias et le poids (Field et al, 1999 cité) et comportait trois sections explorant: l'exposition aux médias (magazines et télévision), les préoccupations corporelles et pondérales et l'influence des médias sur les régimes et l'idéal esthétique féminin en terme de silhouette. Les résultats de cette étude montraient que les femmes qui étaient exposées aux médias de masse étaient plus à risque d'avoir fait des régimes pour perdre du poids ou d'avoir un idéal de minceur, que celles qui n'étaient pas exposées ou peu exposées. Bien que le risque d'entreprendre un régime pour perdre du poids soit 2 à 6 fois plus élevé chez celles qui lisent souvent les magazines féminins par rapport à celles qui en lisent rarement, l'association entre l'exposition aux magazines et la pratique de régimes

amaigrissants n'était significative que pour les étudiantes de Bahrain (p< 0,044), d'Egypte (p< 0,001) et de Jordanie (p< 0,001). Dans tous les pays sauf Bahrein, il y avait une forte association statistiquement significative entre l'exposition aux magazines féminins et le fait d'avoir un idéal de silhouette féminine. La télévision est moins associée aux préoccupations corporelles et pondérales que les magazines. Le risque d'entreprendre un régime amaigrissant était plus élevé chez les femmes fréquemment exposées aux chaînes de mode à la télévision (odds ratios allant de 1,67 à 2,21),. L'association entre l'exposition à la télévision et le fait d'avoir un idéal de silhouette féminine n'était statistiquement significative qu'en Égypte (p<0,019) et à Oman (p<0,019).

En Iran, Abdollahi & Mann (2001) ont comparé les symptômes de TCA chez des jeunes femmes iraniennes vivant à Téhéran (n=59) et vivant aux Etats-Unis, Los Angeles (n=45). Leur but était d'évaluer l'impact de la culture occidentale sur les TCA. Les outils de mesure utilisés étaient le Body Figure Rating Scale et l'EDE-Q. Parmi les iraniennes vivant aux Etats-Unis, l'acculturation était mesurée par des questions sur la durée de séjour aux États-Unis et l'utilisation de la langue iranienne ou de l'anglais au quotidien. Les iraniennes de Téhéran devaient rapporter, sur une échelle de Likert de 1 (pas du tout) à 7 (beaucoup), combien de fois elles avaient vu des films ou des émissions de télévision, écouté de la musique et lu des magazines occidentaux ; elles devaient aussi énumérer les pays étrangers qu'elles avaient visités et on leur demandait si elles voulaient en visiter ; on les questionnait également sur leur souhait de voir des films, des émissions de télévision, écouter de la musique ou lire des magazines occidentaux. Ces éléments étaient combinés pour mesurer l'exposition à la culture occidentale ainsi que l'intérêt pour la culture occidentale. Les résultats montraient peu de différences entre les iraniennes de Téhéran et de Los Angeles sur les symptômes de TCA et les troubles de l'image corporelle. Chez les iraniennes de Téhéran exposées aux médias occidentaux, on ne retrouvait pas plus de symptômes de TCA ou d'insatisfaction corporelle par rapport à celles moins exposées. Par ailleurs, les iraniennes de Los Angeles plus exposées à la culture occidentale que celles de Téhéran ne présentaient pas pour autant plus de symptômes de TCA ou d'insatisfaction corporelle.

En Jordanie, Madanat et al. (2007) ont cherché à identifier l'impact des médias occidentaux sur la transition nutritionnelle, sur les TCA et l'image corporelle chez les femmes. Ils ont conduit une étude transversale incluant plusieurs échelles (MFES, Restraint Scale qui mesure la restriction alimentaire, EAT-26, SATAQ-3, Body Esteem Scale). L'échantillon était constitué de 800 femmes jordaniennes vivant principalement en zones urbaines. 23,7% avaient entre 18 et 24 ans. 48,6% avaient entre 25 et 39 ans. L'exposition à des médias occidentaux était associée à une alimentation de type restrictive et émotionnelle, à une perte de poids volontaire et un risque plus élevé de développer des TCA. En 2010, Madanat et al. ont cherché à déterminer à quel stade de transition

nutritionnelle étaient les jeunes jordaniennes. Ils ont inclus à leur étude 255 étudiantes de premier cycle fréquentant des universités publiques et privées de Jordanie, issues de la base de données d'une campagne de jeunesse initiée par le gouvernement. L'âge moyen était de 21 ans. Elles remplissaient un questionnaire contenant les mêmes échelles que dans l'étude précédente (Madanat et al. 2007). Les résultats du MFES indiquaient que les jordaniennes étaient plus susceptibles de manger selon des indices physiques comme la sensation de faim physique plutôt que selon une alimentation émotionnelle. Cependant, le score le plus élevé concernait l'alimentation externe, reflétant l'influence sociale et environnementale. 99,4% de l'échantillon avaient un score positif au Restraint Scale (supérieur à la valeur seuil de 10) et étaient considérés comme en restriction alimentaire ; 45,2% de l'échantillon étaient à risque de TCA selon les résultats de l'EAT-26. Néanmoins, les jeunes femmes ne rapportaient pas d'insatisfaction corporelle au Body Esteem Scale et les scores moyens au SATAQ-3 indiquaient qu'elles n'avaient pas le sentiment que les médias leur dictaient un modèle esthétique particulier. Cependant, une pression perçue de la part des médias était associée de façon significative à une augmentation des TCA notamment des comportements de restriction alimentaire.

Ragab (2007) a réalisé une étude sur les messages véhiculés par les médias et l'image corporelle des femmes égyptiennes. Elle a inclus 181 étudiantes de 1er cycle de l'académie des arts appliqués du Caire, âgées entre 18 et 23 ans. Elles répondaient à un auto-questionnaire qui mesurait l'exposition à la télévision et aux magazines à travers plusieurs questions ; il incluait le EAT-26, le BSQ et recherchait aussi des méthodes de « compensation corporelle » (chirurgie plastique, restriction alimentaire, jeûne religieux, port du voile, port de vêtements amples, entreprise d'un régime accompagné par un médecin). L'exposition aux médias était corrélée positivement à l'insatisfaction corporelle et au désir de minceur ($r=0,12$; $p<0,05$). L'insatisfaction corporelle et le désir de minceur était aussi corrélés de façon positive à un risque de TCA ($r=0,62$; $p<0,05$). Cependant, il n'y avait pas d'association significative entre l'exposition aux médias et le risque de développer des TCA. Les symptômes de TCA étaient peu répandus parmi les jeunes femmes égyptiennes, au profit des méthodes de « compensations corporelles » : la majorité des participantes préféraient porter le voile ou des vêtements amples, jeûner ou avoir recours à la chirurgie esthétique.

Zeeni et al. (2013) ont mené une étude comparative interculturelle entre des jeunes femmes libanaises et chypriotes. Les participantes étaient des étudiantes de 1er cycle : 198 libanaises et 200 chypriotes, âgées de 17 à 25 ans. Elles étaient évaluées avec le Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) et le Perceived Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire. Le DEBQ détermine le type de comportement alimentaire selon les modèles établis

par Van Strien, et al. (1986): restriction cognitive, alimentation émotionnelle et alimentation externe. Par rapport aux étudiants chypriotes, les libanaises étaient plus susceptibles d'avoir une alimentation émotionnelle et externe ; leur image corporelle était aussi davantage influencée par les facteurs socioculturels, notamment médiatiques. Cependant, il n'y avait pas d'association significative entre l'alimentation et les influences médiatiques dans l'échantillon des libanaises. Toutefois, des corrélations négatives significatives ont été trouvées entre le score de restriction cognitive et l'influence des médias sur le fait de manger moins pour devenir plus musclé ($r = -0,14$, $P < 0.05$) et entre le score d'alimentation émotionnelle et l'influence des médias sur le fait de manger plus pour devenir plus musclé ($r = -0,19$, $P < 0,05$). Dans l'échantillon des chypriotes, les influences socioculturelles n'étaient corrélées positivement qu'avec l'externalité.

VI. DISCUSSION

VI.1. Synthèse des études

VI.1.1. Synthèse des études épidémiologiques sur les TCA dans les pays non-occidentaux.

Les données épidémiologiques portant sur les TCA en Asie et îles du Pacifiques mais aussi en Amérique latine sont pauvres même si elles sont en augmentation. Concernant l'Afrique, elles sont encore plus rares. Cependant, il existe une répartition inégale des TCA dans les différentes parties du globe et on observe une augmentation de leur prévalence dans les pays non occidentaux au cours des dernières décennies, avec des taux se rapprochant de ceux retrouvés dans les pays occidentaux. Il apparaît que les TCA soient globalement en augmentation dans les pays d'Asie et du Moyen-Orient (anorexie mentale, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique). Malgré un nombre faible d'années corrigées du facteur d'invalidité concernant les TCA, l'Inde et la Chine sont les pays qui ont le plus lourd impact en terme de morbidité, de par leur importante population. Même si les TCA pèsent peu dans le coût global de la santé à l'échelle de ces pays, ils contribuent considérablement et proportionnellement au fardeau de la santé au niveau mondial. Les pays d'Amérique latine sont plus particulièrement concernés par une élévation des taux de boulimie et d'hyperphagie alors que l'anorexie mentale paraît très rare voire inexistante en Afrique.

VI.1.2. Lien entre médias et TCA dans les pays non-occidentaux.

La majorité des études établit un impact des médias sur la fréquence des symptômes des TCA. Le mécanisme psychopathologique demeure malgré tout mal déterminé. La diffusion de messages sur des critères de beauté et un idéal de minceur à atteindre génère un phénomène d'intériorisation. Ce phénomène serait le médiateur entre la conscience de ces idéaux esthétiques et une insatisfaction corporelle, qui pourrait entrainer l'apparition des symptômes de TCA. Les données concernant l'influence du type de médias (télévision, internet etc.), de la forme des contenus médiatiques (publicité, feuilletons, clips musicaux, modèles esthétiques réels…) et de la fréquence d'exposition sont peu fournies et hétérogènes dans les différentes populations. Toutefois, une particularité des populations asiatiques serait que le contenu des médias locaux auraient plus d'impact que celui des médias occidentaux.

Ces résultats peuvent être nuancés par ceux des études au Moyen-Orient qui ne convergent pas tous dans le sens d'une association entre exposition aux médias et les TCA. Bien qu'une

insatisfaction corporelle soit rapportée dans les échantillons étudiés, les stratégies de compensation corporelle pourraient y être plus fréquentes que des symptômes de TCA.

Chez les enfants et adolescents, très peu d'études associent l'exposition aux médias à l'augmentation d'une mauvaise image corporelle et des TCA. Tiggemann (2006) suggère qu'au début de l'adolescence, le facteur de risque causal n'est pas l'exposition médiatique, ni même l'intériorisation de l'idéal de minceur, mais plutôt l'intensité des «croyances sur l'importance, la signification et l'effet de l'apparence».

VI.2. Hypothèses concernant le lien entre facteurs culturels et TCA

VI.2.1. Les médias : vecteurs de changement culturel

Dans la culture arabe, l'embonpoint était traditionnellement considéré comme signe de beauté. Or, les femmes plus minces sont maintenant davantage considérées comme plus attrayantes (Musaiger & Al-Mannai, 2014). Madanat et al. (2007) suggèrent que les médias ont joué un rôle clé dans l'évolution des critères de beauté. De même, l'insatisfaction corporelle rapportée dans les populations d'Amérique latine vient rompre avec les normes esthétiques hispaniques traditionnelles qui privilégiaient les corps féminins plantureux (Austin & Smith, 2008).

Plusieurs auteurs évoquent la situation de conflit dans laquelle se trouvent les jeunes générations, entre des valeurs traditionnelles dictées par les normes culturelles locales et l'ouverture à des valeurs occidentales véhiculées en outre par le biais des médias. Au-delà des normes esthétiques, Ragab (2007) souligne les notions d'autonomie et de pouvoir associées à la beauté chez les femmes occidentales, qui sont diffusées dans les médias occidentaux. A l'opposé, ces idéaux esthétiques peuvent aussi être oppressifs. Au delà du diktat de la minceur, dans la mesure où le corps féminin est objectifié, ils contribuent à la dévalorisation et la subordination des femmes.

VI.2.2. Médias et TCA : un lien bidirectionnel

Field et al. (2008) questionnent le sens de la relation entre les TCA et médias : être à risque de TCA (comme présenter une insatisfaction corporelle importante) ou avoir un TCA conduisent-ils à être attiré par des médias véhiculant des messages sur un idéal de minceur? Ou les médias ont-ils un effet négatif sur l'image corporelle et prédisposent aux TCA? Pour Carney & Louw (2006), la lecture de l'influence des médias peut donc être bidirectionnelle, avec des liens réciproques et complexes entre médias et TCA.

Ainsi, la vulnérabilité a un rôle crucial. Les médias seraient plus influents chez des sujets à risque de TCA. Les femmes peuvent avoir conscience de la pression à la minceur, en être affectées, mais s'y exposer malgré cela. Cependant, leur influence s'intègre dans un contexte de pression socio-culturelle où d'autres facteurs prédisposants interviennent.

VI.2.3. Facteurs socio-culturels modérateurs du lien entre médias et TCA.

VI.2.3.1. Le rôle des pairs

Plusieurs études ont mis en évidence le rôle du réseau social, notamment celui des pairs, dans le développement et le maintien de symptômes des TCA (Shroff & Thompson, 2004 ; Khan, 2011). Les pairs ont une influence toute particulière à l'adolescence, période de construction identitaire sensible au regard et au jugement d'autrui. Ces données concordent avec les théories sur la comparaison sociale et l'influence de l'imitation. Becker et al. (2011) suggèrent même que le rôle des pairs est prépondérant par rapport à l'exposition directe aux médias (remarques et moqueries sur l'apparence et le poids, régimes suivis par des pairs etc.).

VI.2.3.2. Le rôle de la famille

L'influence de la famille a aussi été mise en avant dans différentes études comme facteur de risque des TCA (Mellor et al, 2008 ; Khan et al, 2011 ; Becker et al, 2011). S'appuyant aussi sur les théories de l'apprentissage social, ces résultats sont corroborés par les données de la littérature occidentale. La famille joue dans la transmission des idéaux de beauté ; le rôle des mères, en particulier, est souligné par Carney et Louw (2006).

1. Globalement, les modèles familiaux décrits comme cohésifs et autoritaires sont associés à un risque plus marqué de TCA (Mellor et al, 2008). Pour Zeeni et al. (2013), la famille transmet aussi des valeurs religieuses pouvant proscrire des conduites visant à nuire à soi-même et inculque un style de vie alimentaire.

VI.2.3.3. Les facteurs socio-économiques

La culture collectiviste retrouvée dans les sociétés africaines, latino-américaines ou asiatiques a tendance à accorder moins de valeur à l'apparence physique. Un fort attachement à cette culture collectiviste pourrait prévenir l'insatisfaction corporelle (Rakhkovskaya & Warren, 2014). En ce sens, l'acceptation des attitudes sociétales envers l'attrait des femmes est aussi un des facteurs de risque modérant l'impact de l'exposition aux médias (Grabe et al. 2008).

Dans les pays non-occidentaux, l'exposition aux médias dépend de l'ouverture des pays sur le monde et de la politique étrangère et économique (Musaiger et al. 2013 ; Jackson et al. 2016). Zeeni et al. (2013) évoquent aussi l'importance de l'histoire du pays, dans la relation qu'elle entretient avec l'Occident.

L'amélioration du statut socio-économique entraîne des changements dans les styles de vie, facilitant notamment l'accès aux moyens de communication et aux médias. Mais le contexte socio-économique peut varier au sein d'une même région ou d'un pays, du fait des différences en terme d'urbanisation par exemple. Par ailleurs, dans certaines sociétés « traditionnelles » ou moins développées, l'embonpoint est parfois encore lié à des traits psychologiques de fertilité, de sexualité et d'attractivité (Swami et al, 2010 ; Becker et al, 2002 et 2003). La minceur est aussi préférée dans les sociétés où les femmes sont en concurrence avec les hommes pour les mêmes ressources, principalement des emplois. Cela suggère que dans les sociétés où les opportunités économiques sont moins disponibles pour les femmes, l'idéal de beauté le plus attractif se veut plus voluptueux dans une recherche de sécurité matérielle et économique (Calogero, 2007).

VI.2.3.4. L'ethnicité

VI.2.3.4.1. Différences culturelles en terme de beauté

Malgré un phénomène global d'uniformisation, la recherche interculturelle met en évidence une intériorisation d'idéaux de beauté n'incarnant pas la minceur, mais plutôt la corpulence. De ce fait, les idéaux esthétiques sont moins irréalistes et plus atteignables. Ces différences ont été observées dans plusieurs régions du monde: dans de nombreuses populations africaines, notamment les femmes sahraouies marocaines, les populations des îles Pacifiques comme les Samoans ou des populations d'Asie du Sud-Est (Calogero, 2007)

VI.2.3.4.2. L'identité ethnique comme facteur modérateur

L'ethnicité est généralement définie comme l'acceptation des normes, des mœurs et des pratiques d'une culture d'origine (American Psychological Association, 2003). Les groupes ethniques caractérisent les individus selon leur origine ethnique, leur culture d'origine et des caractéristiques physiques (couleur de la peau, couleur et texture des cheveux, traits du visage, taille...). L'identité ethnique est relative au sentiment d'identification et d'appartenance à un groupe ethnique.

Les données de la littérature montrent que les femmes afro-américaines ont des conceptions plus flexibles sur la beauté et rejettent les idéaux esthétiques occidentaux ; elles présentent des niveaux

plus élevés d'image corporelle et d'estime de soi, avec moins de préoccupations corporelles, malgré une corpulence plus élevée. De ce fait, l'identité ethnique serait associée à la santé mentale en tant que facteur protecteur (Rakhkovskaya & Warren, 2014). A l'adolescence, elle peut avoir un intérêt important car c'est une période clé pour le développement de l'identité en général. En conséquence, le développement d'une forte identité ethnique peut promouvoir la santé mentale à ce moment.

Concernant les TCA, il existe cependant peu d'études dans des populations non afro-américaines et les données sont contradictoires. Rakhkovskaya & Warren (2014) ont montré que l'identité ethnique était associée de façon négative aux préoccupations liées à l'alimentation et au poids. Elle modérait la relation entre l'intériorisation de l'idéal de minceur et les préoccupations alimentaires : lorsque l'identité ethnique était faible, la relation était plus forte. L'identité ethnique peut être protectrice dans la mesure où les valeurs qui y sont associées accordent moins d'importance à l'apparence physique en tant que caractéristique déterminant la valeur d'une femme, son rôle dans la société, etc. De cette manière, en dépit d'une exposition aux valeurs esthétiques occidentales, les femmes non-occidentales peuvent avoir des niveaux de conscience comparables de l'idéal de minceur mais l'intérioriser différemment en raison d'une affiliation à leurs cultures d'origine qui n'estiment pas ou ne soutiennent pas les mêmes valeurs et idéaux. Cependant, dans les populations asiatiques qui valorisent l'idéal de minceur, l'identité ethnique serait moins protectrice contre les TCA.

Les femmes non-occidentales sont assez peu représentées dans les médias, contrairement aux femmes blanches. En conséquence, les femmes de couleur pourraient être moins sujettes à se comparer à ces modèles esthétiques occidentaux, à qui elles ne ressemblent pas physiquement ni culturellement. Transposés aux médias, une forte identification à un groupe ethnique pourrait être un facteur de résistance aux messages médiatiques occidentaux sur l'apparence, la beauté et l'idéal de minceur. Par ailleurs, Jackson et al. (2016) questionnent l'impact des médias locaux plutôt que celui des médiaux occidentaux dans les troubles de l'image corporelle. Ils soulignent aussi une particularité de la culture chinoise, où les attributs physiques valorisés se chevauchent avec celles de la culture occidentale, ce qui peut être interprété à tort comme le souhait de « ressembler aux occidentales ».

VI.3. Limites

VI.3.1. Recherche bibliographique

Les études épidémiologiques existantes portent souvent sur le dépistage des personnes à risque de TCA et ne fournissent pas de données exactes quant à leur prévalence ou incidence. De plus, de

nombreux pays n'ont pas de données au sujet de l'influence des médias sur les TCA. D'autre part, les articles de notre revue proviennent parfois de revues ayant un faible impact factor. Nous avons aussi préférentiellement restreint notre recherche aux études publiées en anglais. Malgré cela, nous n'avions pas une ambition d'exhaustivité en couvrant toutes les études sur le sujet existant dans les pays non-occidentaux. Nous avons cherché à faire ressortir les tendances culturelles associées à la problématique, afin d'en avoir une vision globale. Une approche plus rigoureuse aurait nécessité d'aborder qu'une seule zone géographique voire de se limiter qu'à un seul pays.

VI.3.2. Les populations

La plupart des études de cette revue incluent de petits échantillons, peu représentatifs de la population générale, limitant la validité externe et la généralisation des résultats (pour les pays de grande superficie ou aux disparités d'urbanisation par exemple). De plus, les populations étudiées concernent souvent des étudiants, parfois anglophones, ou des établissements privés, avec un biais de sélection favorisant l'inclusion de participants ayants de hauts niveaux d'éducation ou socio-économique. Par ailleurs, les sujets sont souvent inclus sur la base du volontariat, entrainant également un biais de sélection.

VI.3.3. Protocole des études

Concernant les études dans les pays non-occidentaux, la majorité examinant les liens entre les médias et les TCA sont des études transversales. Bien qu'elles informent sur l'association entre exposition aux médias et fréquence des symptômes de TCA, elle ne permettent pas d'explorer la direction de l'association. Leurs résultats sont donc limités: ils ne peuvent pas indiquer si les messages médiatiques produisent des effets négatifs sur l'image corporelle, si les femmes avec une image corporelle médiocre sont attirées par les médias véhiculant un idéal de minceur ou si l'association est bidirectionnelle.

Les études expérimentales où l'exposition aux médias est contrôlée sont assez fréquentes dans les pays occidentaux mais plus rares dans les pays non-occidentaux. Cette revue de la littérature en cite une seule dans les pays non-occidentaux. Il s'agit de l'étude de Becker et al. (2002), menée auprès d'adolescentes, chez qui ils avaient recherché des symptômes de TCA avant et après l'arrivée de la télévision aux îles Fidji. Les résultats de certaines études expérimentales sont contestables car elles sont réalisées dans des conditions artificielles ne reproduisant pas les réels modes de consommation des médias, ce qui limite leur validité externe.

Seules des études longitudinales prospectives fournissent des résultats sur la direction de l'association entre médias et fréquence des symptômes de TCA. Ces études permettent d'explorer

l'effet cumulatif à long terme de l'exposition aux médias sur le développement de l'image corporelle. Cependant, leur nombre est faible aussi bien dans les pays non-occidentaux qu'occidentaux. Dans notre revue, l'étude de Becker et al. 2011 est la seule et portait sur l'exposition indirecte aux médias, en particulier à travers le réseau social des individus.

Ce domaine de recherche comporte aussi peu d'études qualitatives qui pourraient aider à une compréhension spécifique de la relation entre médias et TCA intégrée à une dimension culturelle plus globale au sein d'un pays. L'étude d'Anderson-Fye (2004) est la seule de cette revue. Elle concernait le rapport au corps et l'influence des médias chez des adolescentes du Belize.

VI.3.4. Outils de mesure

Beaucoup d'études utilisent des questionnaires auto-administrés avec des échelles de fréquence, exposant aux biais d'information avec le risque de sur ou sous-estimation des facteurs évalués (biais d'évaluation subjective) et au biais de désirabilité sociale (tendance à répondre de façon à renvoyer une image positive de soi), toutefois limité par l'anonymat. De plus, les taux de réponse peuvent être bas du fait d'une inclusion basée sur le volontariat.

La grande majorité des études de cette revue comporte des outils de mesure parfois non standardisés, non validés ou créés par les auteurs (les scores d'exposition aux médias et à la mondialisation, l'indice d'urbanisation par exemple). De plus, certaines échelles pourtant validées (le SATAQ ou le EAT par exemple) mais utilisées dans les populations non-occidentales, ne précisent pas le contexte culturel inhérent à chaque pays et population.

Souvent, les outils et même l'étude en soi évaluent différents facteurs à la fois, d'où le problème pour distinguer l'influence des médias, plus largement celle de la mondialisation, de d'autres facteurs socio-culturels.

Par ailleurs, les médias comprenant des genres de communication très vastes, la plupart des études s'intéressent aux genres les plus communs (télévision, internet, magazines entre autres). Mais les outils ne sont pas toujours assez précis par rapport au contenu de ces médias et de la forme des messages médiatiques (illustrations, publicités...).

Enfin, dans la plupart des cas, les échelles sont traduites dans la langue usuelle de l'échantillon étudié. Cependant, cette traduction peut être soumise à des spécificités de langage (traductions approximatives ou pas d'équivalence de vocabulaire) et des difficultés de compréhension par les populations, posant des problèmes de transposition et de validité transculturelle de ces échelles.

VI.4. Interventions

Pour Calogero et al. (2007), il est possible qu'une meilleure conscience de l'image corporelle et des TCA par la population, ainsi qu'une éducation aux médias peuvent permettre aux femmes de rejeter les idéaux de beauté irréalistes et les comportements mis en jeu pour les atteindre. Certains types d'interventions ciblant l'intériorisation des idéaux de beauté culturels permettent une réduction de l'insatisfaction corporelle. En l'occurrence, des interventions basées sur la dissonance cognitive pourraient avoir un intérêt. La dissonance cognitive est une théorie selon laquelle une personne ressent un état de tension désagréable lorsqu'elle se trouve confrontée simultanément à des informations, opinions, comportements ou croyances qui la concernent directement et qui sont incompatibles entre elles.

En revanche, les programmes d'éducation aux médias (visionnage critique d'images médiatiques modifiées par exemple) ont donné des résultats peu probants pour le moment. Bien qu'ils réduisent l'intériorisation de l'idéal de minceur et le réalisme perçu des images dans les médias, en revanche, ils ne réduisent pas l'insatisfaction corporelle ni le désir de ressembler aux images médiatiques.

D'autres interventions ont été suggérées comme la promotion de règles hygiéno-diététiques ou des programmes de gestion du poids (développés aux Etats Unis). La question d'interventions chez les plus jeunes est aussi soulevée, du fait de l'utilisation des écrans les exposant à des images et messages potentiellement inadaptés pour leur âge et leur maturité.

VII. CONCLUSION

Les TCA touchent divers pays et cultures du monde entier, bien que leur répartition soit inégale. Cette augmentation des prévalences peut s'expliquer par une meilleure connaissance des TCA et une meilleure détection des personnes atteintes de ces troubles, mais il est également possible qu'elle reflète une véritable augmentation de leur incidence.

Nous n'avons pas mis en évidence un rôle indépendant des médias dans la survenue des TCA dans les pays non-occidentaux. D'autres facteurs socio-culturels sont à prendre en considération dans l'émergence et l'entretien des symptômes de TCA (environnement social et économique). En effet, ils peuvent témoigner de changements culturels opérés dans les sociétés non-occidentales, à travers les phénomènes de « culture change » ou de « culture clash ». Ils peuvent expliquer la disparité des taux de TCA dans les pays non-occidentaux (l'identité ethnique par exemple).

L'intérêt des études longitudinales a été souligné car elles examinent de manière prospective l'impact de l'exposition aux médias sur les TCA. Il est en particulier nécessaire de mieux documenter les modalités de consommation des médias ainsi que leur nature, afin de déterminer quels aspects, quels contenus produisent des effets négatifs.

Des recherches complémentaires sont également essentielles sur la façon dont les perturbations de l'image corporelle et les TCA sont influencés par les normes sociales perçues, par la famille et les pairs. Il serait particulièrement intéressant d'explorer les effets indirects des médias par le biais du réseau social. Il serait par exemple nécessaire d'étudier l'intériorisation de l'idéal de minceur au sein de la famille et des groupes de pairs afin d'améliorer les connaissances sur la façon dont les idéaux de beauté sont transmis indirectement aux jeunes filles.

D'autre part, l'impact des médias chez les hommes devrait aussi être exploré, car l'insatisfaction corporelle se manifeste différemment dans cette population.

Enfin, chez les enfants et pré-adolescents, l'influence des médias serait moins marquée en raison d'une moindre intériorisation des messages de minceur véhiculés. Développer les études dans ces tranches d'âge (autour de la puberté particulièrement) serait donc pertinent pour déterminer les mécanismes entrainant l'apparition d'un intérêt pour les images médiatiques axées sur la minceur. Ces études permettraient d'élucider comment les mécanismes tels que la schématisation de l'apparence, l'intériorisation de l'idéal de minceur, les processus de comparaison sociale et d'objectification se mettent en œuvre au cours du développement.

Pour conclure, le sujet de l'influence des médias sur les TCA est englobé dans la question plus large de l'acculturation, qui peut être exploré par des études sur les populations migrantes ou sur les

minorités ethniques dans les pays occidentaux. Des recherches sur des interventions de prévention sont aussi nécessaires, pour diminuer l'incidence des troubles des conduites alimentaires chez les adolescents.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Outils de mesure des symptômes dans les troubles du comportement alimentaire

I. Outils de mesure des symptômes dans les troubles du comportement alimentaire

1. Eating Disorder Inventory

L'Eating Disorder Inventory (EDI) a été développé par Garner et al. en 1983 pour évaluer les traits psychologiques et comportementaux retrouvés communément dans l'anorexie et la boulimie. L'EDI n'est toutefois pas un instrument diagnostic: un score élevé est une indication à réaliser un entretien. Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 64 items cotés sur une échelle de Likert à 6 degrés (de "Toujours" à "Jamais") et répartis en 8 domaines:

1) "Quête de la minceur" caractérisée par le souhait de perdre du poids et peur de grossir.

2) "Boulimie": recherche de crises boulimiques suivies éventuellement de vomissements provoqués.

3) "Insatisfaction corporelle" qui reflète des troubles de l'image corporelle avec la perception que certaines parties du corps sujettes aux changements pubertaires (hanches, cuisses ou fesses) sont trop grosses.

4) "Sentiment d'inutilité": questionne les sentiments d'auto-dépréciation, d'insécurité, d'impuissance.

5) "Perfectionnisme"

6) "Méfiance interpersonnelle" qui renvoie aux difficultés à créer des liens sociaux ou à exprimer ses émotions.

7) "Conscience intéroceptive": il s'agit du défaut de reconnaissance des sensations de faim ou satiété.

8) "Peur de la maturité" qui est le souhait de rester dans la pré-adolescence afin d'échapper aux responsabilités de l'âge adulte.

Les 3 degrés de réponse les plus élevés sont cotés respectivement de 3 à 1. Les autres degrés sont cotés à 0.

L’EDI a été révisée en 1991 (EDI-2) et 2008 (EDI-3). L’EDI-2 a été augmentée de 3 nouveaux domaines: ascétisme, contrôle de l'impulsivité, et insécurité sociale. Peu de changement ont concerné l’EDI-3. L'EDI a une cohérence interne pour l'ensemble des domaines de 0,80 à 0,91 mais inférieure à 0,80 pour les 3 domaines ajoutés à la 2ème version. Sa fiabilité test-retest est élevée.

2. Eating Disorder Examination

L’Eating Disorder Examination (EDE) est un entretien semi-structuré pour l'évaluation de la psychopathologie spécifique aux TCA (Cooper & Fairburn 1987). L'EDE est constitué de 62 items faisant référence à l'état clinique des 4 semaines précédentes. Il a fait l'objet de 17 révisions, la plus récente datant de 2014. Une version auto-questionnaire a également été créée (Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Fairburn & Beglin. 1994) qui comporte 33 items répartis en 4 domaines ("Préoccupations alimentaires", "Préoccupations pour l'apparence corporelle", "Restriction alimentaire", "Préoccupations pour le poids"). Les items questionnent la fréquence ou l’intensité des symptômes et sont cotés selon une échelle de Likert à 6 degrés. La fiabilité inter-juge était excellente avec des coefficients de corrélation entre 0,69 et 1,00 pour l'ensemble des items.

3. Outils de mesure de l’image corporelle

3. 1. Body Esteem Scale

Il s'agit d'un questionnaire de 21 questions mesurant:

- Les impressions générales sur son corps ("J'aime ce que je vois quand je me regarde dans le miroir").
- La satisfaction concernant son poids ("J'aime mon poids actuel").
- Les évaluations positives de son corps et de son apparence ("Les gens de mon âge aiment mon look").

Chaque item est côté de 1 à 5 sur une échelle de Likert, de "jamais" à "toujours". Les scores définissent trois catégories: mauvaise image corporelle (score entre 1 et 21), image corporelle moyenne (score entre 22 et 42) et bonne image corporelle (score supérieur à 43). La fiabilité interne était élevée avec alpha entre 0,86 et 0,89.

3. 2. Body Shape Questionnaire

Le Body Shape Questionnaire (BSQ) est un questionnaire auto-administré développé par Cooper et al. en 1987 à partir de patientes atteintes d'anorexie mentale ou de boulimie. Il s'intéresse aux

préoccupations liées à la silhouette et à la corpulence, en particulier l'impression de "se sentir gros". Il comporte 34 items, tous cotés sur une échelle de Likert à 6 degrés ("Toujours" à "Jamais") et portant sur les 4 semaines précédentes. Le score total varie de 34 à 204. Plusieurs études ont montré une cohérence interne élevée (alpha = 0,97).

3. 3. Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire

Le Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire (SATAQ) a été élaboré par Heinberg et al. (1995) pour mesurer la sensibilisation et l'internalisation de points de vue sociétaux concernant l'apparence physique. C'est un auto-questionnaire de 14 items, côtés à 5 sur une échelle de Likert (1 = « pas d'accord du tout » à 5 = « tout à fait d'accord »). Les items sont répartis en deux sous-échelles : "Internalisation" (8 items) et "Sensibilisation" (6 items). Le coefficient alpha était de 0,88 pour la sous-échelle "Internalisation" et de 0,71 pour "Sensibilisation", avec une bonne convergence entre les deux sous-échelles. Le SATAQ-Revised (SATAQ-R) comporte 21 items répartis en deux sous-échelles : "Conscience" de 11 items (« AWARE » : dans quelle mesure un individu reconnaît une tendance culturelle à valoriser l'apparence physique et la minceur) et "Intériorisation" de 10 items (« INTERN » : dans quelle mesure un individu accepte personnellement ces normes). La 3ème version (SATAQ-3) comprend 30 items répartis en 4 sous-échelles: « Information » (perception des médias comme une source d'information au sujet des standards physiques), « Pressions » (pressions médiatiques perçues au sujet de l'idéal de minceur), « Internalisation-Générale » (degré d'internalisation des standards véhiculés par les médias) et « Internalisation-Athlète » (degré d'internalisation de l'importance d'avoir un corps athlétique véhiculée par les médias).

3. 4. Appearance Schemas Inventory

L'Appearance Schemas Inventory (ASI) est une échelle de 14 items conçue pour évaluer les croyances concernant l'apparence physique (Cash & Labarge, 1996). Les auteurs ont rapporté un coefficient alpha de 0,84.

3. 5. Body Figure Rating Scale ou Figure Rating Scale

Le Body Figure Rating Scale de Stunkard et al (1983) a été développée dans le cadre de leur étude sur l'insatisfaction corporelle et les perceptions concernant les préférences en terme d'attractivité du sexe opposé. Elle se compose de dessins de silhouettes représentant les corps féminin et masculin de face, dont la corpulence va de « très mince » à « très gros » et numérotées de 1 à 9. L'insatisfaction corporelle est calculée en fonction de l'écart entre le numéro correspondant à

la silhouette actuelle perçue et le numéro correspondant à la silhouette idéale. Le score peut varier de -8 à +8. Un score positif indique que la perception corporelle actuelle est plus grosse que l'image corporelle idéale, soit un désir d'être plus mince. Au contraire, un score négatif indique qu'une perception corporelle plus mince que leur perception du corps idéal, soit un désir de prendre du poids. . Il y a concordance entre la perception corporelle actuelle et l'image corporelle idéale lorsque le score égal à zéro. Sa validité a été démontrée pour évaluer l'insatisfaction corporelle et des perturbations de l'image corporelle associées aux TCA.

Khan et al. (2011) ont distingué deux formes d'insatisfaction corporelle : positive ou négative. Le score d'insatisfaction corporelle était considéré comme positif si les individus qui avaient un IMC de :

a) supérieur à 25 voulaient perdre du poids, avec une différence positive entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale, et un idéal qui est normal sur la Figure Rating Scale (figure 4 ou 5) ;

b) moins de 20 voulaient prendre du poids, avec une différence négative entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale, et un idéal qui est normal sur la Figure Rating Scale ;

c) 20-25 qui étaient satisfaits de leur image corporelle, avec une différence négative entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale de 0).

De même, le score d'insatisfaction corporelle était considéré comme négatif si les individus avaient un IMC de :

a) inférieur à 20 et voulaient maintenir leur poids ou perdre du poids, avec une différence négative entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale de 0 ou négative;

b) 20-25 et voulaient perdre du poids, avec une différence positive entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale

c) plus de 25 et voulaient maintenir leur poids ou prendre plus de poids, avec une différence négative entre l'image corporelle réelle et l'image corporelle idéale de 0 ou négative.

3.6. Perceived Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire

Cet outil a été développé par McCabe & Ricciardelli (2001) pour mesurer l'influence de différentes facteurs socioculturels (les parents, les pairs ou les médias) sur l'image corporelle et le recours à des stratégies de changement corporel (méthodes pour perdre du poids, prendre du poids et augmenter le tonus musculaire). Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert à cinq points.

4. Motivation for Eating Scale

Le Motivation for Eating Scale (MFES) est une échelle créée par Hawks et al. (2003) qui mesure différents comportements alimentaires, selon les modèles alimentaires de Van Strien et al. (1986). Le MFES consiste à répondre à la question : « Les situations ou les conditions qui existent le plus souvent lorsque je choisis de manger sont quand je... ». Il comprend 49 items côtés de 1 à 5 sur une échelle de Likert (Jamais à Toujours), répartis en 4 sous-échelles : alimentation intuitive (9 items), alimentation émotionnelle (23 items), alimentation sociale (5 items) ou alimentation environnementale (12 items). Les coefficients alpha pour les différentes sous-échelles allaient de 0,75 à 0,95 et de 0,55 à 0,77 lorsqu'ils étaient re-testés à deux semaines d'intervalle.

II. Outils de dépistage des troubles du comportement alimentaire

1. Eating Attitude Test et Eating Attitude Test-26

L'Eating Attitude Test (EAT ou EAT-40) est un auto-questionnaire composé de 40 items et développé par Garner et Garfinkel en 1979 dans le but de rechercher des symptômes de l'anorexie mentale. Même si sa fiabilité et sa validité ont été démontrées, certains auteurs ont pu lui reprocher de fournir un ensemble hétérogène d'items au lieu d'être organisé en clusters rattachables aux différents critères cliniques dans les TCA.

L'Eating Attitude Test-26 (EAT-26, Garner et al. 1982) est une version abrégée de l'échelle originale, développée à partir des remarques sur l'EAT. Il se compose de 26 items cotés selon une échelle de Likert à 6 degrés (toujours à jamais), répartis en 3 domaines :

- « Régime » composé d'items sur des comportements de tri alimentaire (évitement des aliments hypercaloriques) et une perturbation de l'image corporelle avec un désir de minceur.
- « Préoccupations relatives à la nourriture » avec des items relatifs aux symptômes de la boulimie.
- « Contrôle oral » qui se rapporte à des items sur l'auto-contrôle alimentaire et le vécu de la pression exercée par l'entourage pour prendre du poids.

Le score total varie entre 0 et 78. Un score supérieur ou égal à 20 indique une préoccupation excessive pour le poids et un risque que la patiente développe un trouble des conduites alimentaires, risque d'autant plus élevé qu'elle sera mince.

L'EAT-26 présente une forte corrélation avec le EAT (r=0,98). La cohérence interne est élevée pour le domaine « Régime » (0,93) et plus faible pour « Préoccupations relatives à la nourriture » (0,64) et « Contrôle oral » (0,60). Bien que sa validité ait été démontrée dans le dépistage des symptômes de l'anorexie mentale, sa sensibilité et sa spécificité restent à démontrer.

2. Questionnaire SCOFF

Morgan JF, et al. ont créé en 1999 le questionnaire SCOFF qui est l'acronyme de Sick, Control, One, Fat, Food, en rapport avec les principaux symptômes dans l'anorexie et la boulimie. Il se compose de 5 questions courtes et fermées :

-Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein? (Sick)
-Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez? (Control)
-Avez-vous récemment perdu plus de 6,8 kg en moins de 3 mois? (One stone)
-Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince (Fat)
-Diriez-vous que la nourriture domine votre vie? (Food)

Un score de 2 ou plus signale un potentiel cas d'anorexie ou de boulimie. Il présente une sensibilité de 100 % et une spécificité de 87,5 % selon ses auteurs.

3. Bulimia Investigatory Test, Edinburgh

Le Bulimia Investigatory Test, Edinburgh (BITE) est une échelle d'auto-évaluation utilisée dans deux fonctions : le dépistage des symptômes de boulimie ou d'accès hyperphagiques au cours des 3 derniers mois selon les critères du DSM-III et de Russell (voir chapitre I. 2. 1.) ou la mesure d'une réponse à un traitement au cours du dernier mois. Il consiste en 33 items associant une combinaison d'échelles de Likert à différents degrés, de questions fermées, de questions sur la fréquence et de questions avec réponses en toutes lettres, répartis en 2 sous-échelles:

-l'échelle de symptômes qui mesure le nombre de symptômes présents
-l'échelle de sévérité en fonction de la fréquence des symptômes.

Un score élevé à l'échelle de symptômes (supérieur à 20) indique une forte probabilité que le sujet ait un diagnostic de boulimie. Un score moyen entre 10 et 19 suggère un tableau incomplet de boulimie, qui nécessite d'être investigué par un entretien clinique. Un score faible entre 0 et 10 signifie une absence de trouble.

Le score sur l'échelle de sévérité est cliniquement significatif s'il est supérieur à 5. Un score supérieur à 10 indique un haut degré de sévérité.

La cohérence interne était de 0,96 pour l'échelle de symptômes et de 0,62 pour l'échelle de sévérité.

4. McKnight Risk Factor Survey

Le McKnight Risk Factor Survey (MRFS) a été créé par Shisslak et al. (1999) afin d'évaluer les facteurs de risque et les facteurs protecteurs dans le développement des TCA chez les pré-adolescentes et adolescentes. Ce questionnaire contient 16 items concernant des variables socio-démographiques et 106 items couvrant divers facteurs de risque et de protection pour les troubles alimentaires (régime et autres méthodes de contrôle du poids, habitudes alimentaires, consommation de substances, image corporelle et insatisfaction, estime de soi, régulation affective et émotionnelle, relations avec les pairs, influence des images culturelles et médiatiques et stratégies d'adaptation). La plupart des items sont notés sur une échelle de Likert à 5 points de 1 (jamais) à 5 (toujours). Les coefficients de fiabilité test-retest étaient tous supérieurs à 0,40. La cohérence interne était forte avec la majorité des coefficients alpha supérieurs à 0,60.

5. Youth Risk Behavior Surveillance System Questionnaire

Le Youth Risk Behavior Surveillance System Questionnaire (Kann et al. 1995) a été développé en 1990 aux Etats-Unis par l'agence nationale de protection de la santé, Centers for Disease Control and Prevention, pour surveiller les comportements à risque en matière de santé contribuant aux principales causes de décès, d'invalidité et de problèmes sociaux chez les jeunes et les adultes. Son objectif était de fournir entre autres des données sur « les comportements alimentaires malsains », à l'aide de différentes questions (trois questions sur les pratiques visant à perdre du poids, une question sur la perception corporelle et pondérale, sept questions sur les choix alimentaires et diététiques)

III. Outils diagnostiques des troubles du comportement alimentaire

Les outils de mesure utilisés dans le diagnostic des TCA s'appuient le plus souvent sur les critères diagnostiques des différentes versions du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou de la Classification Internationale des Maladies. Concernant la boulimie, malgré

certaines différences, ces classifications reprennent les critères proposés initialement par Russell GF. En 1979 et parfois repris dans certaines études:

-Episodes répétitifs de gavage alimentaire avec sentiment de perte de contrôle

-Préoccupations excessives sur le poids et les formes corporelles associées à des troubles de l'image du corps

-Conduites visant à obtenir une perte de poids

1. *Outils diagnostiques généraux*

1. 1. Mini International Neuro-psychiatric Interview

Le Mini International Neuro-psychiatric Interview (M.I.N.I.) est un entretien diagnostique structuré développé par Sheehan et al. en 1998. Il explore de façon standardisée les 23 principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV et comporte une section pour l'anorexie ainsi que pour la boulimie. Il s'agit d'un court questionnaire composé de questions fermées et réalisable en une quinzaine de minutes.

Le M.I.N.I. Plus est une version plus détaillée du M.I.N.I. qui explore les aspects imputables à une maladie physique, à la prise de médicament ou de drogue.

Cet outil présente une excellente validité et fiabilité, et a été traduit dans 40 langues.

1.2. Structured Clinical Interview for DSM Disorders

Le Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) est un questionnaire administré sous la forme d'un entretien semi-structuré, basé sur les critères du DSM. Il permet d'explorer plusieurs troubles psychiatriques de l'Axe 1 pour la version SCID-1 ou de l'Axe 2 pour la version SCID-2. Il a été adapté à chaque nouvelle version du DSM (Spitzer et al. 1990, First et al. 2002). Il comporte plusieurs modules notamment la section H dédiée aux troubles du comportement alimentaire. Différentes versions existent notamment les versions pour chercheurs (Edition Patient (SCID-1/P) est la version patient standard, Edition Non-patient (SCID-1/NP) s'adresse à la population générale). La validité du SCID a été démontrée dans de nombreuses études et il présente une excellente fidélité inter-juges avec un coefficient kappa entre 0,70 et 1,00. Il a été traduit dans de nombreuses langues.

1.3. Composite International Diagnostic Interview

Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) est un entretien diagnostique structuré complet, développé par l'Organisation Mondiale de la Santé, pour l'évaluation des troubles mentaux

selon les critères de la CIM-10 et du DSM-IV. C'est un outil largement utilisé dans les études épidémiologiques en psychiatrie. De nombreuses études ont démontré sa validité.

2. Outils diagnostiques spécifiques

2.1. Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

Il s'agit d'un auto-questionnaire utilisé pour le diagnostic de l'anorexie, de la boulimie et de l'accès hyperphagiques, développé par Stice et al. en 2000. Les 22 items se présentent sous la forme d'une combinaison d'échelles de Likert à différents degrés, de questions fermées, de questions sur la fréquence et de questions avec réponses en toutes lettres. Ils se basent sur les critères du DSM-IV de ces 3 pathologies et ont été adaptés de 2 entretiens diagnostiques structurés validés: le Eating Disorder Examination (EDE) et le module sur les TCA du SCID. Ce test présente de bonnes caractéristiques avec une fiabilité test-retest de 0,87 et une cohérence interne élevée (alpha=0,89).

2.2. Questionnaire on Eating and Weight Patterns

Le Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP) a été développé par Spitzer et al. en 1992 afin de diagnostiquer l'accès hyperphagique, la boulimie nerveuse ainsi que des formes infra-cliniques d'accès hyperphagiques, selon les critères du DSM-IV. Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 28 items. Le Questionnaire on Eating and Weight Patterns—Revised (QEWP-R) est la version révisée de 1993. Une nouvelle révision a été faite pour s'adapter aux critères du DSM-5 (Yanovski et al. 2015).

Il possède une bonne fiabilité et validité. Cependant, ses auteurs préconisent de l'utiliser exclusivement pour diagnostiquer l'accès hyperphagique au vu d'une moindre sensibilité et spécificité que l'EDE ou le SCID.

2.3. Eating interview.

Le Eating interview est un entretien clinique structuré crée par Szmukler (1983, travaux non publiés) pour évaluer les comportements et attitudes caractéristiques de l'anorexie mentale. Chaque item est coté en termes de sévérité, de fréquence ou d'occurrence. Utilisé par Nasser M. dans plusieurs de ses études, sa validité n'a pas été clairement démontrée.

2.4. Eating Disorder Diagnostic Inventory (EDDI)

L'EDDI est un auto-questionnaire développé par Nobakht et al. (2000) pour leur propre étude. Il est dérivé du SCID dans sa version DSM-III-R et adapté pour correspondre aux critères du DSM-

IV. Bien que sa validité de contenu soit affirmée par les auteurs et qu'ils aient fourni un coefficient test-retest de 0,92, sa validité n'a pas été démontrée par d'autres études.

ANNEXE 2 : TCA dans les Versions du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

I. DSM-III-R

I. 1. Anorexie mentale

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (i.e., perte de poids d'au moins 15% du poids initial).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps.

D. Présence d'aménorrhée

I. 2. Boulimie nerveuse

A. Survenue récurrente de crises de boulimie.

B. Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire durant les crises de boulimie.

C. La personne se livre régulièrement à des vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, jeûne ou exercice physique excessif pour prévenir le gain de poids.

D. Une moyenne minimale de deux accès boulimiques par semaine pendant au moins trois mois.

E. Préoccupation morbide pour le poids et la forme du corps.

II. DSM-IV et DSM-IV-TR

Il n'y a pas eu de changement dans les critères diagnostiques entre les deux versions.

II. 1. Anorexie mentale

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % (lu poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

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 déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes.)

-Type restrictif (« Restricting type ») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d.. laxatifs, diurétiques, lavements).

-Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs («Binge-eating/purging type») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux conduites purgatives.

II. 2. Boulimie nerveuse

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating »).* Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

(1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que: vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale.

-Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« Purging type ») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

-Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« Non purging type ») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

II. 3. Trouble des conduites alimentaires non spécifié

Les Troubles des conduites alimentaires non spécifiés sont une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas les critères d'un Trouble des conduites alimentaires spécifique. En voici quelques exemples :

1. Chez une femme, tous les critères de l'Anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.

2. Tous les critères de l'Anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.

3. Tous les critères de la Boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inferieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.

4. L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex., vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).

5. Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.

6. Hyperphagie boulimique (« Binge-eating disorder ») : Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

ANNEXE 3 : TCA dans la CIM-10

I. Anorexie mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

II. Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : l'un des symptômes-clés, telle une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble somatique connu pour entrainer une perte de poids est associé.

III. Boulimie

Syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive des formes corporelles et du poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale survenu de quelques mois à plusieurs années plus tôt.

IV. Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation

excessive de laxatifs sans changement significatif de poids ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abdollahi P, & Mann T. Eating Disorder Symptoms and Body Image Concerns in Iran: Comparisons between Iranian Women in Iran and in America. International Journal of Eating Disorders 2001 ; 30 : 259–268.

Aillon J, et al. Prevalence types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2014; 49: 1257–1268.

Akdevelioglu Y, & Gümüs H. Eating disorders and body image perception among university students. Pakistan Journal of Nutrition 2010 ; 9(12) : 1187–1191.

Allen KL, et al. Risk factors for full and partial-syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2009; 48(8): 800–9.

Anderson-Fye, EP. A “Coca-Cola” shape: cultural change, body image and eating disorders in San Andrés, Belize. Culture, Medicine and Psychiatry 2004; 28: 561–595.

ATTAC. Contre la dictature des marchés, ouvr. coll., La Dispute-Syllepse-VO Éditions, Paris, 1999.

Barber B. Djihad versus McWorld. 1995, traduction française 1996, réédition Hachette, collection “Pluriel”, 2001.

Austin JL, & Smith JE. Thin ideal internalization in mexican girls: A test of the sociocultural model of eating disorders. International Journal of Eating Disorders 2008 ; 41(5) : 448–457.

Becker AE, et al. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. The British Journal of Psychiatry 2002 ; 180(6) : 509–514.

Becker AE, et al. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: The view from Fiji. The International Journal of Eating Disorders 2003; 34(4): 423–431.

Becker AE, et al. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. British Journal of Psychiatry 2011 ; 198(1) : 43–50.

Benjet C, et al. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood : longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. European Child & Adolescent Psychiatry 2016; 25: 163–173.

Bennett D, et al. Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. British Journal of Psychiatry 2004; 185: 312–317.

Ben Salem H, et al. Bulimia and anorexia among the teenagers [French]. La Tunisie Médicale 2011; 89: 820–824.

Blancheton B. « MONDIALISATION - Histoire de la mondialisation ». In Universalis éducation [en ligne]. Encyclopædia Universalis, consulté le 15 juillet 2017. Disponible sur http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/mondialisation-histoire-de-la-mondialisation/

Bonnet J. « VILLE - Le fait urbain dans le monde », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 15 juillet 2017. Disponible sur http://www.universalis.fr/encyclopedie/ville-le-fait-urbain-dans-le-monde/

Bruni A. Rumination syndrome in Ethiopia: a case study. The Primary Care Companion for CNS Disorders 2014; 16(5): 10.4088/PCC.14br01651.

Calogero R. The impact of Western beauty ideals on the lives of women and men: A sociocultural perspective. Dans V. Swami & A. Furnham (Eds.), Body beautiful: Evolutionary and sociocultural perspectives (pp. 259-298). New York: Palgrave Macmillan, 2007.

Caqueo-Urízar A, et al. Associations between sociocultural pressures to be thin , body distress , and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. Body Image 2011 ; 8 : 78–81.

Carney T, & Louw J. Eating disordered behaviors and media exposure. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2006; 41: 957–966.

Cash TF, & Labarge AS. Development of the Appearance Schemas Inventory (ASI): A new cognitive body image assessment. Cognitive Therapy and Research 1996 ; 20, 37–50.

Chang FC, et al. Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. Eating Behaviors 2013 ; 14(3) : 382–385.

Chesnais F. La Mondialisation du capital, Syros, Paris, nouv. éd., 1997.

Choi M, et al. Disease network of mental disorders in Korea. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2015; 50: 1905–1914.

Colombi D. « MONDIALISATION (sociologie) ». In Universalis éducation [en ligne]. Encyclopædia Universalis, consulté le 15 juillet 2017. Disponible sur http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/mondialisation/

Cooper P, et al. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders 1987; 6(4): 485–494.

Cooper Z, & Fairburn C. The Eating Disorder Examination : A Semi-structured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders 1987; 6(1): 1–8.

Détrez C. La construction sociale du corps. Editions du Seuil, 2002.

Doris E, et al. Is cultural change associated with eating disorders ? A systematic review of the literature. Eating and Weight Disorders 2015 ; 20(2) : 149–60.

Eapen V, et al. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. Eating Behaviors 2006; 7: 53–60.

Eddy KT, et al. Eating Pathology in East African Women The Role of Media Exposure and Globalization. The Journal of Nervous and Mental Disease 2007; 195(3): 196–202.

EPHESIA. La place des femmes: Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales. Editions La Découverte. 1995.

Fairburn CG, & Beglin SJ. Assessment of Eating Disorders : Interview or Self-Report Questionnaire ? International Journal of Eating Disorders 1994; 16(4): 363–370.

Fawzi MM. Prevalence of Eating Disorders in a Sample of Rural and Urban Secondary School-Girls in Sharkia, Egypt. Current Psychiatry 2010; 17(3): 1–12.

Field AE, et al. Family, Peer, and Media Predictors of becoming Eating Disordered. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2008; 162(6): 574–579.

First MB, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.

Foliaki SA, et al. Twelve-month and lifetime prevalences of mental disorders and treatment contact among Pacific people in Te Rau Hinengaro : The New Zealand Mental Health Survey. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006 ; 40 : 924–934.

Gan WY, et al. Disordered eating behaviors, depression, anxiety and stress among Malaysian university students. College Student Journal 2011 ; 45(2) : 296-309.

Garner DM, et al. The Eating Attitudes Test : psychometric features and clinical correlates. Psychological Medecine 1982 ; 12(4) : 871–878.

Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders 1983; 2(2): 15–34.

Garner DM. Eating Disorder Inventory-2 professional manual. Odessa (Fla): Psychological Assessment Resources, 1991.

Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3). In: Rush AJ, First MB, Blacker D, editors. Handbook of psychiatric measures. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2008. pp. 626–8.

Garrusi B, & Baneshi MR. Eating disorders and their associated risk factors among Iranian population — a community based study. Global Journal of Health Science 2013; 5(1): 193–202.

Gauffenic A. Le statut social de la femme. Pour un nouvel ordre mondial. In: Tiers-Monde, tome 26, n°102, 1985. La sortie du travail invisible : les femmes dans l'économie. pp. 273-281.

Gitau TM, et al. Changes in eating attitudes, body esteem and weight control behaviours during adolescence in a South African cohort. PLoS ONE 2014; 9(10): e109709.

Guitton FA. La responsabilité de l'entreprise privée dans le culte de la minceur et dans la dérive pré-anoxerique de la femme active. Communication et organisation [En ligne], 42 | 2012, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 30 septembre 2016. URL: http://communicationorganisation.revues.org/3981; DOI : 10.4000/communicationorganisation.3981

Grabe S, et al. The role of the media in body image concerns among women : a meta-analysis of experimental and correlational studies. Psychological Bulletin 2008 ; 134(3) : 460–476.

Gunnard K, et al. Relevance of social and self-standards in eating disorders. European Eating Disorders Review 2012 ; 20(4) : 271–278.

Hargreaves D, & Tiggemann M. The effect of "thin ideal" television commercials and body dissatisfaction and schema activation during early adolescence. Journal of Youth and Adolescence 2003 ; 32 : 367-373.

Hawks SR, et al.. A cross-cultural analysis of ‘motivation for eating’ as a potential factor in the emergence of global obesity: Japan and the United States. Health Promotion International 2003; 18(2): 153–62.

Hawks SR, et al. Intuitive eating and the nutrition transition in Asia. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 2004 ; 13(2) : 194–203.

Henderson M, & Freeman CP. A self-rating scale for bulimia: the ‘BITE’. British Journal of Psychiatry 1987; 150: 18-24.

Heinberg LJ, et al. Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. International Journal of Eating Disorders 1995 ; 17, 81–89.

Hoek HW, et al. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Current Opinion in Psychiatry 2016; 29 (6): 336–339.

Hudson JI, et al. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry 2007 ; 61(3) : 348–358.

Humphry TA, & Ricciardelli LA. The Development of Eating Pathology in Chinese-Australian Women : Acculturation Versus Culture Clash. International Journal of Eating Disorders 2004 ; 35(4) : 579–88.

INRA , Comportements alimentaires. Editions Quæ, « Matière à débattre et décider », 2012, 104 pages. ISBN : 9782759217601. DOI : 10.3917/quae.inra.2012.01. URL : https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/comportements-alimentaires--9782759217601.htm

Jackson T, et al. Associations between Chinese / Asian versus Western mass media influences and body image disturbances of young Chinese women. Body Image 2016; 17: 175–183.

Jaweher M, et al. Troubles des conduites alimentaires et tempérament cyclothymique : étude transversale à propos de 107 étudiants Tunisiens. Pan African Medical Journal 2014; 18: 117.

Kaluski DN, et al. Determinants of Disordered Eating Behaviors among Israeli Adolescent girls. Eating Disorders 2008; 16: 146–159.

Kann L, et al. Youth Risk Behavior Surveillance —United States 1995. MMWR CDC Surveill Summ. 1996; 45(4):1–84.

Katzman MA, & Lee S. Beyond Body Image : The Integration of Feminist and Transcultural Theories in the Understanding of Self Starvation. International Journal of Eating Disorders 1997; 22(4): 385–394.

Khan AN, et al. Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. BMC Public Health 2011; 11(1): 379.

Keel PK, & Klump KL. Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. Psychological Bulletin 2003 ; 129(5) : 747–769.

Keski-Rahkonen A, & Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe : prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Current Opinion in Psychiatry 2016; 29(6): 340–345.

Kessler RC, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. Biological Psychiatry 2013; 73(9): 904–914.

Ko N, et al. Disordered eating behaviors in university students in Hanoi, Vietnam. Journal of Eating Disorders 2015; 3:18.

Kolar DR, et al. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. Current Opinion in Psychiatry 2016; 29 : 363-371.

Kuek A, et al. The clinical profile of patients with anorexia nervosa in Singapore : a follow-up descriptive study. Singapore Medical Journal 2015; 56 (6) : 324–328.

Latouche S. L'Occidentalisation du monde. Essai sur la signification, la portée et les limites de l'uniformisation planétaire », Recherches sociologiques et anthropologiques [En ligne], 40-1 | 2009, mis en ligne le 11 février 2011, consulté le 17 août 2017. URL : http://rsa.revues.org/328

Lee, S. Reconsidering the status of Anorexia Nervosa as a western culture-bound syndrome. Social Science and Medicine 1996 ; 42(1) : 21–34

Levine MP, & Murnen SK. "Everybody knows that mass media are / are not a cause of eating disorders": A Critical Review of Evidence for a Causal Link between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females. Journal of Social and Clinical Psychology 2009; 28(1): 9–42.

Levitt T. The Globalization of Markets. Harvard Business Review, May–June 1983.

Madanat HN, et al. The impact of body mass index and Western advertising and media on eating style, body image and nutrition transition among Jordanian women. Public Health Nutrition 2007 ; 10(10) : 1039–1046.

Madanat HN, et al. Young urban women and the nutrition transition in Jordan. Public Health Nutrition 2010 ; 14(4) : 599–604.

Mammen P, et al. Prevalence of Eating Disorders and Psychiatric Co-morbidity among Children and Adolescents. Indian Pediatrics 2007 ; 44 : 357–359.

Manaf NA, et al. The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders among Female Medical Undergraduate Students. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2016; 10(3) : VC01–VC04.

Manoudi F, et al. Approche épidémiologique de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). Annales Medico-Psychologiques 2010; 168: 694–697.

Mbassa Menick D, & Moukouta CS. When eating is no longer eating... does eating disorder become an emerging problem in Africa? [French]. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2016; 64: 22–30.

McArthur L. An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. Adolescence 2005 ; 40(160) : 801–816.

McCabe PM. & Ricciardelli LA. The structure of the perceived sociocultural influences on body image and body change questionnaire. International Journal Behavioural Medicine 2001 ; 8,19–41.

McLuhan M. Guerre et Paix dans le village planétaire. Éd Robert Laffont, Paris, 1970 (titre original : War and Peace in the global Village, Bantam Books, New York, 1967.)

Mellor D, et al. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. Body Image 2008 ; 5 : 205–215.

Michels N, & Amenyah SD. Body size ideals and dissatisfaction in Ghanaian adolescents : role of media , lifestyle and well-being. Public Health 2017 ;146 : 65–74.

Miller M, & Pumariega A. Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes Culture and Eating Disorders : A Historical and Cross-Cultural Review Culture and Eating Disorders : A Historical and Cross-Cultural Review. Psychiatry 2001; 64(2): 93–110.

Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2017-738 du 4 mai 2017 relatif aux photographies à usage commercial de mannequins dont l'apparence corporelle a été modifiée. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/4/AFSP1703011D/jo/texte. Consulté le 29 novembre 2017.

Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 4 mai 2017 relatif au certificat médical permettant l'exercice de l'activité de mannequin. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/4/AFSP1705546A/jo/texte. Consulté le 29 novembre 2017.

Montoya YL, & Quenaya A. Mass media influence and risk of developing eating disorders in female students from Lima. Archives of Argentin Pediatrics 2015 ; 113(6) : 519–525.

Morgan JF, et al. The SCOFF questionnaire : assessment of a new screening tool for eating disorders. British Medical Journal 1999 ; 319 : 1467–1468.

Mousa TY, et al. Eating disturbances among adolescent schoolgirls in Jordan. Appetite 2010; 54(1): 196–201.

Mumford DB, et al. Survey of Eating Disorders in English-Medium Schools in Lahore, Pakistan. International Journal of Eating Disorders 1992 ; 11(2) : 173–184.

Musaiger AO, et al. Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. Appetite 2013 ; 60(1) : 162–167.

Musaiger A, & Al-Mannai M. Association Between Exposure To Media and Body Weight Concern Among Female University Students in Five Arab Countries: a Preliminary Cross-Cultural Study. Journal of Biosocial Science 2014 ; 46(2) : 240–247.

Musaiger, A. Body weight concern among female university students in five Arab countries – A preliminary cross-cultural study. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2015; 22(2): 349–352.

Nakai Y, et al. Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. Psychiatry Research 2014; 219: 151–156.

Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994 ; 29(1) : 25–30.

Nobakht M, & Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders 2000 ; 28(3) : 265–271.

Oakley Browne MA, et al. Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro : The New Zealand Mental Health Survey. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006 ; 40 : 865–874.

Pattanathaburt P, & Somrongthong R. International Journal of Health Prevalence of disordered eating behaviors, body image dissatisfaction, and associated factors among Thai female undergraduate students. International Journal of Health Promotion and Education 2013 ; 51(3) : 151–160.

Peat CM, et al. The Association between Internet and Television Access and Disordered Eating in a Chinese Sample. International Journal of Eating Disorders 2014; 48: 663–669.

Pengpid S, et al. Risk of eating disorders among university students in Bangladesh. International Journal of Adolescent Medicine and Health 2015; 27(1) : 93–100.

Perez S, et al. Culture-bound syndromes : pertinence dūne catégorie diagnostique? Médecine Tropicale 2000 ; 60(1) : 75-82.

Pical D. L'évolution des modèles familiaux et la place de l'enfant. Disponible sur: https://www.afmjf.fr/IMG/pdf_modeles_familiaux_place_enfant.pdf. Consulté le 22/11/2017.

Pinhey TK & Okinaka AM. Exploring the purging behavior of asian-pacific adolescents in Guam : does heavy television viewing make a difference ? Deviant Behavior 2004; 25: 27–41.

Prince R. The concept of culture-bound syndromes : anorexia nervosa and brain-fag. Social Sciences and Medicine 1985 ; 21(2) : 197-203.

Ragab, S. (2007). Media Messages and Womens ' Body Perceptions in Egypt. Lien consulté le 19 février 2018: https://scholarworks.gsu.edu/communication_theses/30/

Rakhkovskaya LM, & Warren CS. Ethnic identity, thin-ideal internalization, and eating pathology in ethnically diverse college women. Body Image 2014; 11(4): 438–445.

Ritenbaugh C. Obesity as a culture-bound syndrome. Culture, Medicine and Psychiatry 1982 ; 6 : 347–361.

Rodgers RF, et al. A Meta-Analysis Examining the In fluence of Pro-Eating Disorder Websites on Body Image and Eating Pathology. European Eating Disorders Review 2016 ; 24, 3–8.

Schooler D, & Trinh S. Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. Body Image 2011; 8, 34–42.

Shaikh MA, & Kayani A. Detection of eating disorders in 16-20 year old female students — perspective from Islamabad, Pakistan. The Journal of the Pakistan Medical Association 2014 ; 64(3) : 334–336.

Sheehan DV, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of Clinical Psychiatry 1998; 59(Suppl 20): 22–33.

Shisslak CM, et al. Development and evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls. International Journal of Eating Disorders 1999; 25 (2):195–214.

Shroff H, & Thompson JK. Body Image and Eating Disturbance in India : Media and Interpersonal Influences. International Journal of Eating Disorders 2004; 35(2), 198–203.

Smink FRE, Van Hoeken D, & Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports 2012; 14(4): 406–414.

Soh NL. & Touyz SW. Eating and Body Image Disturbances Across Cultures : A Review. European Eating Disorders Review 2006 ; 14 : 54–65.

Sommier I & Aguiton C. « ALTERMONDIALISME ». In Universalis éducation [en ligne]. Encyclopædia Universalis, consulté le 15 juillet 2017. Disponible sur: http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/altermondialisme/

Spitzer RL, et al. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition/Non-patient Edition, (SCID-P/SCID-NP), Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1990.

Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns—Revised Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer); 1994.

Stice, E. et al. Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: an Examination of Mediating Mechanisms. Journal of Abnormal Psychology 1994 ; 103(4) : 836–840.

Stice E, & Telch CF. Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale : A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder. Psychological Assessment 2000; 12(2), 123–131.

Stunkard AJ, et al. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease 1983; 60: 115–20.

Swami V, et al. The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions : Results of the International Body Project I. Personality and Social Psychology Bulletin 2010; 36(3): 309–325.

Swami V, et al. Weight discrepancy and body appreciation of Zimbabwean women in Zimbabwe and Britain. Body Image 2012; 9: 559–562.

Swanson SA, et al. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. Archives of General Psychiatry 2011; 68(7): 714–723.

Swartz L. Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. Social Sciences and Medicine 1985 ; 20(7) : 725-730.

Tiggemann M. The role of media exposure in adolescent girls' body dissatisfaction and drive for thiness: prospective results. Journal of Social and Clinical Psychology 2006 ; 25(5) : 523–541.

Thapa D, & Thapa S. Gender Differences in Body Image Dissatisfaction and Eating Disorder among Nepalese Adolescents: a Paradigm Shift from fatness to thinness. Journal of Clinical Psychiatry 2015; 1(12).

Thomas JJ, et al. Eating attitudes and body image concerns among female university students in the United Arab Emirates. Appetite 2010 ; 54(3) : 595–598.

Thomas JJ, et al. A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: Evidence of cross-cultural variation in phenomenology. Psychological Medecine 2011; 41(1): 195–206.

Thompson JK, & Stice E. Thin-Ideal Internalization : Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. Current Directions in Psychological Science 2001 ; 10 : 181–183.

Tong J, et al. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2014; 49(3): 499–505.

Upadhyah A. Prevalence and risk factors for eating disorders in Indian adolescent females. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology 2014 ; 4(2) : 153–157.

Van Hoeken D, et al. Epidemiology of eating disorders in Africa. Current Opinion in Psychiatry 2016 ; 29(6) : 372–377.

Van Son GE, et al. Urbanisation and the incidence of eating disorders. British Journal of Psychiatry 2006 ; (Vol. 189) : 562-563.

Van Strien T, et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal of Eating Disorders 1986; 5: 295–315.

Vigarello G. Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité, du Moyen-Âge au XXème siècle. Editions du Seuil, 2010.

Wade TD, et al. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 40: 121–128.

Wallerstein IM. Comprendre le monde. Introduction à l'analyse des systèmes-monde, La Découverte, Paris, 2009.

Wells JE, et al. Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro : The New Zealand Mental Health Survey. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006 ; 40 : 845–854.

Yanovski SZ, et al. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5): An Updated Screening Instrument for Binge Eating Disorder. International Journal of Eating Disorders 2015; 48(3): 259–261.

Zeeni N, et al. The influence of sociocultural factors on the eating attitudes of Lebanese and Cypriot students: a cross-cultural study. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2013 ; 26 (suppl 1): 45-52.