



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2024-2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Cooccurrence entre l'utilisation des réseaux sociaux et les troubles du comportement alimentaire : Étude RESTCA

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2025 à 16h
au Pôle Formation
par **Clara DUPIRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseure :

Madame la Docteure Marion HENDRICKX

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François JEAN

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

1- Introduction.....	11
1.1 Réseaux sociaux.....	11
1.1.1 Historique et définition.....	11
1.1.2 Quelques chiffres.....	12
Dans le monde.....	12
En France.....	13
1.1.3 Dernières recommandations françaises.....	13
1.1.4 Réseaux sociaux et santé mentale.....	15
1.2 Les Troubles du Comportement Alimentaire.....	17
1.2.1 Anorexie mentale.....	18
Définition.....	18
Épidémiologie.....	18
Historique.....	18
Critères DSM-5.....	21
1.2.2 Boulimie nerveuse.....	22
Définition et épidémiologie.....	22
Historique.....	22
Critères du DSM-5.....	23
1.2.3 Accès hyperphagiques.....	24
Définition.....	24
Historique.....	24
Critères du DSM-5.....	25
1.2.4 Les autres TCA non classés ailleurs.....	26
1.2.5 Facteurs de risque de développer un TCA.....	27
Facteur de risque de l'anorexie mentale.....	27
Facteurs de risque de la boulimie nerveuse et des accès hyperphagiques.....	28
Nuances.....	29
Objectif de notre étude intitulée « Co-occurrence entre les RS et les TCA » : RESTCA ;.....	30
2. Matériel et méthode.....	31
2.1 Population et conception de l'étude.....	31
2.2 Collecte des données.....	32
2.3 Analyses statistiques.....	35
2.3.1 Analyse descriptive.....	35
2.3.2 Analyse bivariée.....	35
2.3.3 Gestion des données manquantes.....	36
2.3.4 Normalité.....	36
2.6 Généralités.....	36
3. Résultats.....	37
3.1 Description de l'échantillon.....	37
3.2 Utilisation des Réseaux sociaux.....	39
Figure 1 : Nuage de mots des plateformes de réseaux sociaux utilisées par les participants.	39
3.3 Étude du rôle potentiel de l'utilisation des réseaux sociaux dans l'initiation et la poursuite des symptômes des troubles de l'alimentation.....	41
Figure 2 : Association entre le score à la EAT-26 et la consultation, au cours du mois précédent, de contenus sur les RS en lien avec des TCA.....	43
4. Discussion.....	44
4.1 Principaux résultats.....	44

4.2 Interprétation et comparaison avec la littérature.....	44
4.3 Forces et limites.....	45
4.4 Implications et perspectives :.....	46
4.4.1 Le rôle positif des RS.....	47
4.4.2 Algorithmes.....	48
4.4.3 Contrôle parental	49
4.4.4 Éducation aux médias, mise en place d'une prévention scolaire.....	50
4.4.5 Le rôle des soignants	51
5. Conclusion.....	53
Références :.....	54
Matériel supplémentaire de l'article :.....	61
EAT 26 : Répondez aux questions en prenant en compte le mois écoulé.....	62

Liste des abréviations :

AM : Anorexie Mentale

AH: Accès Hyperphagiques

BN : Boulimie Nerveuse

IDS : Idées suicidaires

IMC : Indice de Masse Corporel

RS : Réseaux Sociaux

TAG : Troubles Anxieux Généralisés

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TS : Tentative de suicide

TSPT : Trouble Stress Post Traumatique

1- Introduction

De nos jours, les réseaux sociaux (RS) font partie de notre quotidien, leur apparition est cependant assez récente et nous ne percevons pas encore très bien tous les enjeux qu'ils peuvent avoir sur nos vies. L'intrication de ces médias avec les troubles du comportement alimentaire (TCA) est aujourd'hui un objet d'étude important motivant de nombreux travaux de recherche. Dans cette introduction, nous allons dans un premier temps aborder les réseaux sociaux, puis nous discuterons des TCA en évoquant chacun des troubles et leurs facteurs de risque. Finalement, nous évoquerons l'objectif de cette étude qui était d'étudier la co-occurrence entre l'utilisation des RS et les TCA.

1.1 Réseaux sociaux

1.1.1 Historique et définition

Selon la définition du Larousse, un réseau social est « un site Web sur lequel des internautes échangent des informations personnelles (texte et images), créant ainsi une communauté virtuelle et interactive »(1). Une autre définition provenant de l'American Psychological Association explique que les médias sociaux sont «des formes de communication numérique par lesquelles les utilisateurs créent des communautés en ligne pour partager des informations, des idées, des messages personnels et d'autres contenus», ou en anglais « Social media are forms of digital communication through which users create online communities to share information, ideas, personal messages, and other content »(2).

Il n'y a pas de véritable consensus datant précisément l'arrivée du premier réseau social mais il semblerait que leur développement remonte aux années 1970 avec la création du premier site internet permettant aux internautes d'échanger des informations par voie informatique. Parallèlement, la création de « forums internet » se développe, offrant des espaces de discussion virtuelles sur diverses thématiques. En 1995, un réseau social nommé Classmates est conçu pour

aider des personnes à retrouver leurs anciens camarades de classe(3). En 1997 apparaît Sixdegrees, considéré comme le premier réseau social en ligne, précurseur de Facebook ou LinkedIn. Il est rapidement suivi par Windows Live Messenger (anciennement MSN messenger), Weblog, Hotmail et Instant Messenger, ancêtre de WhatsApp.

C'est finalement au début des années 2000 que les réseaux sociaux commencent à prendre de l'essor avec l'arrivée de Facebook, créé en 2004 et lancé publiquement en 2006, suivi par X (anciennement Twitter) en 2006, WhatsApp en 2009, Instagram et Snapchat en 2010, ou encore TikTok en 2016. Depuis, une multitude de réseaux sociaux plus ou moins spécifiques à certaines thématiques ont été créés.

1.1.2 Quelques chiffres

Dans le monde

Le nombre d'utilisateurs des réseaux sociaux ne fait qu'augmenter au fil des années. Selon le dernier rapport digital mondial de 2025 diffusé sur le site « We Are Social » il y aurait aujourd'hui environ 5,24 milliards d'usagers sur les RS, ce qui représenterait à peu près 63,9 % de la population mondiale(4).

En janvier 2024, les RS les plus utilisés étaient: Facebook, avec un peu plus de 3 milliards d'utilisateurs réguliers, Youtube totalisant presque 2 milliards et demi d'utilisateurs suivis par WhatsApp et Instagram qui compteraient environ 2 milliards d'utilisateurs chacun(5). Ce rapport ne prend en compte que les applications téléchargées sur Android.

Concernant les adolescents, on estime que plus de 90 % d'entre eux possèdent au moins un compte sur les réseaux sociaux(6). Aux États-Unis, une étude de 2018 montre que 93 % des jeunes âgés de 14 à 22 ans utilisent des réseaux sociaux tels que Snapchat, Instagram, Facebook et Twitter. Selon cette étude, ils seraient 81 % à les utiliser quotidiennement(7).

En France

Le nombre d'utilisateurs des réseaux sociaux s'élève à 50,7 millions soit environ 78,2% de la population française selon le rapport digital de 2024 publié par « We Are Social »(8).

Les réseaux sociaux les plus utilisés et les plus appréciés par les Français sont Facebook, suivi par WhatsApp et Instagram. (YouTube était exclu lors de cette enquête.) Tik Tok est cependant le RS sur lequel les utilisateurs passent le plus de temps avec un total de 38 heures et 38 minutes en moyenne par mois suivi par YouTube avec 16 heures et 50 minutes d'utilisation et pour finir Facebook avec 14 heures et 9 minutes d'utilisation. Ces chiffres concernent seulement les utilisateurs d'Android.

Les Français passent en moyenne 1 heure et 48 minutes par jour sur les RS(9). Ce chiffre est en diminution par rapport à 2023 mais varie également en fonction de l'âge de l'utilisateur. Selon une étude sortie en 2023 sur un échantillon de 2 312 Français âgés de 16 à 25 ans, environ 45 % d'entre eux passent en moyenne entre 3 et 5 heures par jour sur les RS et 18 % s'y divertissent plus de 5 heures par jour(10).

1.1.3 Dernières recommandations françaises

En janvier 2024, un groupe d'experts issus de la société civile s'est réuni à la demande du Président de la République pour évaluer les enjeux liés à l'exposition des enfants aux écrans et proposer de nouvelles directives. En avril 2024, leur rapport(11) a été présenté, proposant un plan d'action structuré en six axes principaux, résumés ci-dessous :

- 1^{er} axe : diminuer voire interdire l'effet addictogène des écrans et de certains services numériques pour permettre aux jeunes de retrouver leur liberté de choix. Interdire au niveau Européen les pratiques de conception favorisant l'addiction à ces écrans.
- 2^{ème} axe : « protéger, plutôt que contrôler les enfants »(11) en élargissant les mesures protectrices pour que le contrôle parental ne soit plus le seul garant de l'accès aux écrans.

- 3ème axe : graduer l'accès aux écrans en fonction de l'âge des mineurs pour leur permettre de devenir autonomes progressivement. Proposition de créer des « bornes d'âge repère » à réévaluer régulièrement.
 - ◆ Avant 3 ans : pas d'exposition aux écrans
 - ◆ De 3 à 6 ans : écrans déconseillés ou fortement limités avec accompagnement des adultes
 - ◆ Après 6 ans : exposition adaptée au développement de l'enfant
 - ◆ Avant 11 ans : pas de téléphone portable.
 - ◆ A partir de 11 ans, accès possible au téléphone portable sans connexion internet.
 - ◆ A partir de 13 ans le téléphone ne doit pas permettre d'accéder aux réseaux sociaux mais peut être doté d'une connexion internet.
 - ◆ A partir de 15 ans, âge de la majorité numérique, l'accès aux réseaux sociaux doit être limité aux médias « pourvus d'une conception éthique ».
- 4ème axe : Mettre l'accent sur la formation et l'accompagnement des mineurs au numérique en commençant par l'école et en élargissant à plus grande échelle avec la mise en place d'alternatives aux écrans comme la création de plus d'aires de jeux dans les zones d'attente. Cela pourrait également passer par le fait de réveiller l'intérêt des jeunes pour les activités physiques et de leur accorder davantage d'attention.
- 5ème axe : Former les adultes au numérique et plus particulièrement ceux qui interviennent auprès des jeunes, qu'ils soient des parents ou des professionnels. Encourager la création de lieux et de moments « déconnectés » pour permettre aux adultes de se questionner sur leur propre rapport aux écrans et ainsi donner l'exemple aux mineurs.
- 6ème axe : mise en place d'actions publiques et citoyennes visant à déployer des stratégies de communication grand public axées sur la prévention et l'information sur les enjeux liés

aux écrans en matière de santé, d'éducation et d'environnement ainsi que la promotion de solutions alternatives possibles.

1.1.4 Réseaux sociaux et santé mentale

Depuis le début des années 2010, les RS occupent désormais une place centrale dans notre quotidien. Nous les utilisons pour de multiples raisons, comme nous informer, nous cultiver ou échanger avec nos proches.

Certains aspects des réseaux sociaux présentent des avantages, ces plateformes facilitent en effet la communication et les échanges entre des individus géographiquement éloignés, tout en favorisant les rencontres entre jeunes partageant des intérêts communs ou appartenant à des communautés similaires (12). Elles permettent également un accès rapide à une grande diversité d'informations et offrent un soutien précieux, notamment pour les personnes en situation d'isolement social(13). Pour de nombreux jeunes, les réseaux sociaux renforcent le sentiment de connexion avec leurs amis(12), tout en contribuant à l'établissement de relations solides et à une meilleure exposition à la diversité du monde(14).

Mais cette croissance rapide de l'utilisation des réseaux sociaux a de nombreuses conséquences et certaines sont devenues préoccupantes en raison des difficultés à maîtriser les contenus diffusés et partagés.

Ces dernières années, de nouveaux dangers ont émergé, notamment avec la démocratisation des comportements à risque, tels que la banalisation des scarifications et la montée du cyberharcèlement sur les réseaux sociaux(15). Il a également été observé l'apparition de défis incitant les participants à repousser leurs limites, parfois au détriment de leur sécurité, comme le « Blue whale challenge » ou le « A4waistchallenge», qui encouragent des comportements potentiellement dangereux(16).

De plus en plus d'études analysent l'impact des RS sur la santé mentale de leurs utilisateurs. Une association significative a été établie entre l'utilisation des écrans et notamment des RS avant le coucher et les troubles du sommeil(17). Des travaux récents ont laissé entendre qu'il pouvait y avoir une corrélation positive entre l'utilisation globale des RS et des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression chez les adolescents(17,18).

Au fil des années, d'autres risques ont été mis en lumière, notamment une propension accrue à la comparaison entre pairs, souvent liée à une détérioration de l'image corporelle(18,19), une intensification des préoccupations alimentaires(20), ainsi qu'une valorisation exacerbée de l'idéal de minceur(19,21).

Les adolescents sont de plus en plus nombreux à utiliser les réseaux sociaux et ce, à un âge où ils se construisent et intériorisent de plus en plus tôt les codes de beauté véhiculés à travers les médias et notre société(19,22). Selon une étude réalisée en 2015 environ 13 % des jeunes seront confrontés à au moins un trouble de l'alimentation, tous TCA confondus, avant l'âge de 20 ans(23). Par ailleurs, une proportion significative, oscillant entre 15 % et 47 %, présenteront des cognitions et des comportements alimentaires préoccupants(23). De plus en plus de jeunes n'acceptent pas leur apparence et d'après un rapport sorti en 2021 en Grande Bretagne, 95 % des moins de 18 ans interrogés souhaiteraient vouloir en changer(24). En Australie, l'image corporelle est citée comme l'une des trois principales angoisses des jeunes(25).

Certaines études se sont penchées sur le lien entre l'utilisation des RS et les TCA et alertent sur l'usage incontrôlé de ces médias et plus particulièrement ceux qui permettent d'échanger et de visualiser des photos ou de publier des contenus promouvant un idéal de minceur(26,27). De plus, il a été confirmé par différents travaux qu'il existait un lien direct entre la publication de photos modifiées et les facteurs de risque de troubles de l'alimentation(28,29).

Dans des cadres culturels non européens ou américains, comme en Asie par exemple, la corrélation entre les TCA et les RS est aussi retrouvée(25). L'accumulation de ces résultats questionne le rôle potentiel des RS comme facteur de risque de développement d'un TCA.

1.2 Les Troubles du Comportement Alimentaire

Les TCA constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Ce sont des troubles psychiatriques graves et invalidants, affectant tant les patients que leurs proches(30). Les personnes souffrant d'un TCA sont en effet à risque de développer des complications physiques graves et présentent un risque plus élevé de tentatives de suicide ainsi que des taux de mortalité plus importants(31,32). Selon une revue systématique française, la prévalence moyenne des TCA a augmenté, passant de 3,5 % dans les années 2000 à 2007 à 7,8 % pour la période de 2013 à 2018(33).

Parmi les principaux TCA nous retrouvons l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN), les accès hyperphagiques récurrents (AH) et les TCA non classés ailleurs (TCA NA). L'âge d'apparition de l'AM, de la BN et des AH se situe désormais au début de l'adolescence, avec un âge médian de 12 ans, alors que les tendances antérieures se situaient plutôt entre le milieu et la fin de l'adolescence(6).

Ils toucheraient en majorité les femmes jeunes avec des pics de prévalences variés selon les troubles bien que ces maladies touchent également les hommes en plus petite proportion.

Nos connaissances concernant les processus étiopathogéniques de ces maladies sont insuffisantes pour comprendre dans leur globalité comment se constituent de tels troubles. Nous savons cependant que leurs causes sont multifactorielles et associent des facteurs environnementaux, socioculturels, biologiques, psychologiques et génétiques(31).

1.2.1 Anorexie mentale

Définition

Le terme anorexie signifie absence de faim. Il vient du grec *anorexis*, « an » (sans) et « orexis » (appétit), mot également proche d'« anorektos » (sans désir)(34,35). C'est un symptôme pouvant être rencontré dans de nombreuses pathologies psychiatriques et non psychiatriques. L'AM est quant à elle une pathologie définie par une restriction alimentaire sévère associée à une peur intense de prendre du poids et des comportements visant à maintenir cette perte de poids conduisant à un amaigrissement trop important. Il faut la distinguer du symptôme anorexie sus défini.

Épidémiologie

La prévalence de l'AM au cours de la vie serait de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes. C'est un trouble rare qui se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans(36) mais plus largement entre 15 et 25 ans bien qu'il existe des formes précoces dès 6-7 ans. L'évolution se fait pour la moitié des cas vers la rémission complète, 30% vers la rémission partielle et 20-30% vers une forme chronique ou le décès(37). L'AM serait la première cause de mortalité (par suicide et conséquences non psychiatriques) parmi les maladies mentales(38) et le taux de mortalité serait d'environ 4 à 10 %(39).

L'AM apparaît donc le plus souvent à l'adolescence, une période marquée par de nombreux bouleversements identitaires.

Historique

La définition de l'anorexie a évolué au fil des siècles et des époques. Dans les cultures grecques et égyptiennes le jeûne était pratiqué sur un temps court et était à visée spirituelle ou religieuse(40). Dans les cultures orientales il est retrouvé quelques notions d'ascétisme religieux ayant pour but

une purification spirituelle pouvant entraîner la mort mais ces cas restent très rares. Cette pratique était valorisée car associée à la maîtrise de soi et à la force mentale.

Au début du Moyen-Âge, les femmes qui se privent volontairement de nourriture sont perçues comme étant sous l'emprise d'une force démoniaque nécessitant un exorcisme pour les délivrer. Les autorités religieuses commencent à soupçonner que ces femmes ne soient atteintes de folie(35,40).

Cette vision évolue peu à peu au cours du temps. A la fin du Moyen-Âge et jusqu'à la Renaissance les pratiques d'auto-privation alimentaire seront observées surtout chez des femmes pieuses qui jeûnaient pour se rapprocher de Dieu et mériter leur accès au Paradis(35). Ces dernières étaient célébrées par l'Église catholique. La plus connue est Catherine de Sienne, qui sera canonisée après sa mort. Elle est considérée par certains comme la « patronne des anorexiques »(35).

Il est intéressant de noter que les cas d'anorexie sont peu, voire pas du tout, répertoriés durant les périodes de grandes famines.

Au XVII et XVIII siècle nous assistons à un tournant : le monde médical commence peu à peu à s'intéresser à l'anorexie et c'est un certain Richard Morton qui réalise la première description clinique de l'anorexie mentale au XVIIe siècle(41).

C'est finalement au XIXe siècle que l'anorexie commence à être reconnue comme une maladie médicale. Cette découverte est disputée entre les Anglais et les Français(35,42). En effet, au même moment, dans les années 1873, William Gull, médecin anglais et Charles Lasègue, médecin français, s'intéressent à des patients atteints d'anorexie et différencient pour la première fois le jeûne pour des raisons spirituelles ou religieuses du jeûne motivé par des préoccupations corporelles et psychologiques. On doit à William Gull le terme « anorexia nervosa » et à Charles Lasègue la triade symptomatique des 3 A « Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée ». Mais il semblerait que ce soit le Dr Marcé, médecin français, qui fut le premier à publier un compte rendu médical moderne du

trouble anorexique quelques années avant ses deux collègues(40). Si l'on mélange les découvertes et comptes-rendus des trois médecins cités ci-dessus, le tableau du trouble est quasiment complet.

L'appartenance de l'anorexie à une discipline en particulier sera débattue, notamment avec les spécialistes endocrinologues qui restent persuadés que l'origine de l'anorexie est organique et particulièrement en lien avec l'hypophyse. Ce n'est qu'en 1960 que cette hypothèse est réellement mise de côté et que les psychiatres vont s'emparer de cette maladie.

Les théories psychologiques vont émerger progressivement à la fin du XIXe siècle. Sigmund Freud rattachera l'anorexie à l'hystérie. L'anorexie ne serait en effet qu'un symptôme et non une maladie mentale à part entière(35). Le Dr Hilde Bruch, psychanalyste américaine d'origine allemande, est la première à s'intéresser de près à cette maladie et à émettre comme hypothèse que l'anorexie mentale pourrait avoir un lien avec les relations parentales précoces en particulier la relation mère-enfant(35). Elle note également « le sentiment d'impuissance et d'inefficacité de l'anorexique et sa perturbation de l'image et de la perception corporelle »(40).

Dans la deuxième moitié du XXe siècle, la minceur va progressivement être perçue comme un critère de beauté et être mis en avant dans certains milieux tels que la mode ou dans les médias. Cela avait déjà commencé à être le cas dès le XVIIIe siècle où la minceur est progressivement devenue une norme dans les strates supérieures de la société(35). Au fil du temps, la pâleur et la minceur sont devenues des symboles de féminité et de romantisme, célébrées par les poètes de l'époque.

Ainsi dès le XVIIIe siècle et jusqu'à nos jours, l'AM devient davantage liée à des idéaux de beauté corporelle et s'associe à une peur intense de prendre du poids, devenant ainsi une maladie centrée sur l'image de soi.

L'AM est formellement incluse dans le DSM en 1980 et est définie avec des critères précis qui évolueront petit à petit jusqu'à correspondre à notre définition actuelle.

Critères DSM-5

Selon les critères du DSM-5(43,44), les critères diagnostiques de ce trouble sont :

« A- Restriction des apports caloriques par rapport aux besoins conduisant à un amaigrissement avec un poids ou une corpulence significativement trop basse par rapport à l'âge, le sexe, la courbe de croissance et la santé physique.

Est considéré comme significativement trop bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

On distingue deux types différents :

➤ **Type restrictif :**

Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

➤ **Type accès hyperphagique/ purgatif :**

Au cours des 3 derniers mois :

- présence de crises d'hyperphagie récurrentes
- et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) ».

1.2.2 Boulimie nerveuse

Définition et épidémiologie

La boulimie nerveuse est une pathologie se caractérisant par la prise incontrôlée de grandes quantités de nourriture suivies de comportements compensatoires tels que les vomissements, la prise de laxatifs, le jeûne ou l'exercice physique excessif.

La prévalence vie entière de la boulimie est estimée à environ 0,5 % à 1,9 % chez les femmes et à de 0,1 % à 0,6 % chez les hommes(37,45). Le sex-ratio est de 1 homme pour 3 femmes environ(37).

L'âge de début moyen se situe environ entre 17 et 21 ans(46).

Historique

Le terme « boulimie » vient du grec ancien « bous » (bœuf) et « limos » (faim) évoquant une faim excessive(47,48). Dès les années 1770 certains médecins commencent à décrire des comportements alimentaires proches de ce que nous associons aujourd'hui à des épisodes de boulimie mais le trouble n'est à cette époque pas nommé spécifiquement.

En 1873, Sir William Gull repère chez certains patients des comportements atypiques correspondant à des périodes de surconsommation alimentaire suivies de périodes de jeûne intense(47). Pierre Janet, médecin et psychologue français, décrit en 1903 le cas d'une certaine « Nadia » qui présente des crises alimentaires répétées accompagnées d'un sentiment de perte de contrôle et suivies d'une culpabilité importante(49). C'est la première description clinique qui se rapproche autant de notre définition actuelle de la boulimie.

C'est finalement en 1979 que le terme « boulimie nerveuse » est introduit par le psychiatre britannique Gerald Russel dans un article scientifique. Il définit ce trouble comme étant distinct de l'anorexie mentale et caractérisé par des épisodes de suralimentation suivis pas des comportements compensatoires(50). C'est finalement en 1980 que la BN intègre officiellement le DSM III(50).

Critères du DSM-5

Selon le DSM-5(43,44) les critères diagnostiques de ce trouble sont :

« A- Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée caractérisés par :

- Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne sur une période limitée, en moins de 2 heures d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances par exemple.

- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

B- Mise en œuvre de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif)

C- Les épisodes d'hyperphagie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent en moyenne au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois.

D- L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.

E- Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

On distingue deux types de comportements boulimique différents :

➤ **Type avec comportements compensatoires inappropriés :**

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements ou à l'emploi abusif de laxatifs et /ou de lavements.

➤ **Type sans vomissement ni prise de purgatifs :**

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 ».

1.2.3 Accès hyperphagiques

Définition

Les accès hyperphagiques (AH), connus également sous le nom d'« hyperphagie boulimique », proviennent du grec « hyper » (au-dessus, excessivement) et « phagie » (manger)(51). C'est un trouble associant des consommations incontrôlées de grandes quantités de nourriture à un sentiment de perte de contrôle. Il se différencie de la BN par l'absence de comportements compensatoires associés. La prévalence sur la vie entière des AH est estimée entre 1,9 % en Europe et 3,5 % aux États-Unis chez les femmes et entre 0,3 % en Europe et 2 % aux États-Unis chez les hommes(52) avec un sex ratio d'environ 1 homme pour 2 femmes(37).

Historique

Les premiers cas d'épisodes d'hyperphagie sont rapportés dans la littérature médicale dans les années 1950-1960. Ces comportements sont cependant souvent confondus avec la BN ou l'obésité. La première description clinique de « binge eating » a été écrite en 1959 par Stunkard(52). Ce trouble est d'abord décrit comme une sous-catégorie potentielle des troubles alimentaires non spécifiés et est présenté pour la première fois dans le DSM III.

C'est ensuite dans les années 1980-1990 que Christopher Fairburn, psychiatre britannique, a affiné et approfondi les recherches sur les AH, permettant ainsi d'officialiser les critères différenciant ce trouble des autres troubles du comportement alimentaire.

En 1994, l'hyperphagie boulimique est incluse dans le DSM-5 mais elle n'est toujours pas authentifiée comme une entité à part entière et il faudra attendre 2012 pour que le DSM-5 reconnaisse officiellement les AH comme un trouble spécifique appartenant à la catégorie des TCA(45,52).

Critères du DSM-5

Selon le DSM-5(43) les critères diagnostiques de ce trouble sont :

« A-Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée, c'est à dire caractérisés par :

- Prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, en moins de 2 heures d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

B-Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :

- manger beaucoup plus rapidement que la normale.
- manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
- manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
- manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
- se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

C-Détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.

D-Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.

E-Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale. »

1.2.4 Les autres TCA non classés ailleurs

Ces TCA consistent en des présentations atypiques, mixtes ou subsyndromiques. Nous retrouvons dans cette catégorie :

➤ **Anorexie mentale atypique(43) :**

Tous les critères de l'AM selon le DSM-5 sont présents mais, malgré une perte de poids significative, le poids de l'individu est dans la normale ou au-dessus.

➤ **Boulimie nerveuse subsyndromique ou partielle(43) :**

Tous les critères du DSM-5 sont présents mais les crises alimentaires et les comportements compensatoires inappropriés se produisent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ ou pendant moins de 3 mois.

➤ **Accès hyperphagiques subsyndromiques ou partiels(43) :**

Tous les critères du DSM-5 sont présents mais les accès hyperphagiques se produisent en moyenne moins d'une fois par semaine et/ ou pendant moins de trois mois.

Nous pouvons également répertorier d'autres syndromes spécifiques tels que :

➤ **Trouble purgatif(43) :** Comportement purgatif répétitif destiné à contrôler le poids ou la forme du corps (par ex : vomissement provoqués ; mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments) en l'absence d'accès hyperphagiques.

➤ **Syndrome d'alimentation nocturne(43) :**

Épisodes récurrents d'alimentation nocturne, se caractérisant par une alimentation, lors d'un réveil nocturne ou par une consommation excessive de nourriture après le repas du soir. La personne a conscience du trouble et se souvient de l'épisode.

L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des éléments extérieurs comme des changements dans le cycle veille-sommeil ou par des normes sociales locales.

L'alimentation nocturne entraîne une détresse significative et/ou un retentissement fonctionnel.

La perturbation du schéma d'alimentation n'est pas mieux expliquée par un trouble accés hyperphagiques ou par un trouble mental, y compris par l'utilisation d'une substance, et n'est pas imputable à un autre trouble mental ou à un effet iatrogène.

➤ **Autres TCA non classés ailleurs**

« Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble de l'alimentation entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines important mais ne remplissant les critères d'aucun des troubles spécifiques du comportement alimentaire »(43).

1.2.5 Facteurs de risque de développer un TCA

Le développement d'un TCA est reconnu pour être d'origine multifactorielle. De nombreux facteurs de risques ont été étudiés dans la littérature scientifique.

Facteur de risque de l'anorexie mentale

- Facteurs génétiques et familiaux : Il a été observé que les apparentés au premier degré de femmes diagnostiquées d'une AM avaient plus de risques d'être atteint également de ce trouble. Il existerait également des gènes de susceptibilité identifiés sur certains chromosomes, bien qu'aucun gène prédisposant spécifiquement à l'AM n'ait été mis en évidence(53).

- Facteurs biologiques : des anomalies neurologiques touchant la neurotransmission du circuit sérotoninergique ou dopaminergique sont également incriminées(36).

- Facteurs internes et environnementaux : Certains traits de personnalité, tels que le perfectionnisme, des traits obsessionnels, des manifestations anxieuses ou dépressives précoces, ainsi qu'une faible estime de soi, pourraient être des facteurs de risque associés à l'AM(36). De

plus, des événements de vie stressants survenus durant l'enfance, tels que des maltraitances ou des abus sexuels, sont fréquemment rapportés dans la littérature(31).

D'autres facteurs sont retrouvés dans certains articles tels qu'un faible IMC dans l'enfance ou certaines professions, comme le sport de haut niveau ou le mannequinat(31,36,54).

L'AM s'accompagne de fréquentes comorbidités telles que les troubles anxieux, le trouble dépressif, le trouble phobique, les troubles obsessionnels et compulsifs ainsi que les troubles de substances ou les troubles de la personnalité et plus particulièrement le trouble de la personnalité « borderline » ou « état-limite »(31,36).

Facteurs de risque de la boulimie nerveuse et des accès hyperphagiques

- Facteurs génétiques et familiaux : des antécédents familiaux de TCA prédisposeraient plus facilement à un TCA de type AH ou BN. Une composante génétique a été retrouvée pour ces deux troubles également(31).

- Facteurs environnementaux : les expériences d'adversité dans l'enfance, les traumatismes infantiles dont les abus sexuels ou la négligence sont retrouvés régulièrement dans la littérature(55).

- Facteurs de risque biologiques : une recherche émergente s'intéresse de plus en plus aux associations entre la dysrégulation du microbiote intestinal et les TCA. Des études ont indiqué que le fait d'avoir d'une maladie auto immune ou inflammatoire telle que la maladie de Crohn, le diabète de type 1 ou 2(55) ou la maladie cœliaque étaient significativement associés à un risque accru de BN(31).

- Facteurs internes et environnementaux : certains traits de personnalité tels que l'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle sont fréquemment retrouvés. Des antécédents de surpoids, une insatisfaction corporelle élevée, une suralimentation, des tentatives de régime non réussies, une

faible estime de soi ainsi que la pratique de sport de haut niveau seraient des facteurs de risque de BN et d'AH(55,56).

Les comorbidités retrouvées dans ces deux troubles sont sensiblement les mêmes que pour l'AM, c'est-à-dire, les troubles anxieux, le trouble dépressif, les troubles de substance, le trouble de la personnalité état-limite et le trouble bipolaire.

Nuances

Ces facteurs de risque sont à prendre avec précaution car ils n'ont pour la plupart pas de lien de causalité clairement retrouvé(56,31). La majorité des travaux de recherche réalisés sont des études transversales qui ne retrouvaient que des associations ou des corrélations avec les facteurs de risques potentiels. En effet selon une méta analyse parue en 2020 la plupart des méta analyses sur le sujet n'ont pas retrouvé d'associations significatives et les résultats restent peu concluants(56). Les antécédents de maltraitance sont par exemple retrouvés assez fréquemment en lien avec d'autres troubles psychiatriques et ne sont donc pas spécifiques aux TCA. Il existe également un doute concernant les traits de personnalité tels que le perfectionnisme ou l'impulsivité qui pourraient être aussi bien des symptômes du TCA que des facteurs de risque. Une étude datant de 2018 suggérait que le fonctionnement social et interpersonnel soit un facteur de risque de TCA(57). Il existe également une interrogation sur la catégorisation de ces facteurs qui pourraient être soit liés à l'apparition d'un TCA soit associés au maintien du TCA(31). Enfin de récentes recherches ont été menées concernant les voies métaboliques qui pourraient jouer un rôle dans l'apparition des TCA mais les résultats sont encore trop récents et trop peu nombreux pour les qualifier de facteur de risque actuellement. La littérature invite donc à la prudence concernant les facteurs de risque des TCA et encourage la réalisation d'études longitudinales et multicentriques pour identifier plus précisément ces facteurs.

Objectif de notre étude intitulée « Co-occurrence entre les RS et les TCA » : RESTCA ;

Ces dernières années, de nombreuses études ont été réalisées dans le but d'étudier de manière plus approfondie le lien qui peut exister entre l'utilisation des RS et les TCA. Toutefois, peu de travaux de recherche ont été menés auprès de populations cliniques atteintes d'un TCA. Les interprétations sur la psychopathologie sont tirées à partir de populations générales et ne sont pas obligatoirement transposables à des patients. De plus, il y a peu de recherches sur l'implication qu'ont eue les réseaux sociaux sur les TCA, en particulier ceux diffusant des contenus liés aux TCA.

Par ailleurs, à notre connaissance, les recherches réalisées en France sur ce sujet restent rares. Cette étude contribuerait ainsi à enrichir les données disponibles pour mieux appréhender le rôle joué par les réseaux sociaux dans la vie des patients atteints d'un TCA. Le bénéfice potentiel serait d'apporter de nouvelles pistes de réflexion concernant la prévention et la prise en charge de ces troubles.

Notre objectif principal était d'explorer la co-occurrence entre les RS et les TCA dans une population de personnes présentant un TCA en France lors de leur suivi ambulatoire. Nos objectifs secondaires étaient : 1/ d'explorer la relation entre le début d'utilisation des RS et les premiers symptômes de TCA ; 2/ d'explorer la relation entre l'usage des RS sur le thème des TCA et le niveau des symptômes concomitants du TCA. Nous formulons l'hypothèse que l'utilisation des RS et en particulier les contenus en lien avec un TCA était particulièrement élevée chez les personnes souffrant de TCA. De plus, nous faisons l'hypothèse que les RS pouvaient jouer un rôle dans l'initiation et le maintien du TCA.

2. Matériel et méthode

2.1 Population et conception de l'étude

L'étude RESTCA consistait en une étude descriptive, transversale et multicentrique portant sur une population clinique de personnes diagnostiquées avec un TCA, prises en charge en ambulatoire dans un lieu spécialisé pour ces pathologies. Elle s'est déroulée de janvier 2024 à janvier 2025 dans trois centres de la région des Hauts-de-France, en France.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : individus âgés de 12 ans à 30 ans inclus, individus cliniquement diagnostiqués d'un TCA par un médecin psychiatre, individus suivis depuis plus de 6 mois pour un TCA, individus de sexe féminin ou masculin, individus ayant donné leur consentement.

Les participants n'ayant pas donné leur consentement et/ou n'ayant pas de diagnostic de TCA ont été exclus de l'étude. Parmi les autres critères de non-inclusion nous retrouvions : individus ayant un trouble du spectre de l'autisme, un retard mental, un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, un trouble psychotique, un trouble bipolaire. Individus ne comprenant pas le français à l'oral et n'étant pas capable de le lire. Individus ayant un trouble sensoriel grave limitant ou empêchant la passation des questionnaires (cécité visuelle, surdité, etc). Individus hospitalisés à temps complet. Les femmes enceintes, les personnes sans domicile fixe et les personnes incarcérées ont également été exclus de cette étude.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité de Protection des Personnes sous le numéro 2023-A02380-45. Les patients majeurs ont bénéficié d'une information claire, loyale et appropriée sur les objectifs de l'étude auxquels ils participaient. Une lettre d'information et un formulaire de consentement leur a été remis avant qu'ils donnent leur accord par écrit. Les patients mineurs et

leurs parents ont également reçu une lettre d'information et un formulaire de consentement à remplir par les deux parents ou leur représentant légal ainsi que le mineur.

2.2 Collecte des données

Les participants ont été invités à répondre à un questionnaire semi structuré comprenant cinq parties distinctes.

La première consistait en la vérification selon les critères DSM V(43,44) que les patients recrutés étaient bien atteint d'un TCA en cours de traitement. Les évaluateurs ont également fait passer les critères du DSM V comprenant les critères diagnostiques des troubles dépressifs, du trouble anxieux généralisé (TAG) et du trouble stress post traumatique (TSPT). Trois questions étaient posées à la fin de cette partie pour s'enquérir des antécédents de tentative de suicide (TS) et de la présence d'idées suicidaires (IDS).

La deuxième partie correspondait à un questionnaire permettant de recueillir des données socio démographiques du patient comprenant : nationalité, âge (en années + mois), situation scolaire ou professionnelle (collège, lycée, autres formations du secondaire, université, classe préparatoire, grandes écoles, autres formations du tertiaire, travail rémunéré, sans emploi, autre), nombre de frère(s) et soeur(s) (compte), nombre de demi-frère(s) et demi-soeur(s) (compte), parents séparés (oui/non), durée de séparation (non concerné, années), catégorie socio-professionnelle parent 1 (CSP1: Agriculteurs(trices), CSP2 artisans(es), commerçants(es), chefs(fes) d'entreprise, CSP3: cadres et professions intellectuelles supérieures, CSP4: professions intermédiaires, CSP5: employés(ées), CSP 6: ouvriers(ères)), catégorie socioprofessionnelle parent 2 (CSP1: Agriculteurs(trices), CSP2: artisans(es), commerçants(es), chefs(fes) d'entreprise, CSP3: cadres et professions intellectuelles supérieures, CSP4: professions intermédiaires, CSP5: employés(ées), CSP 6: ouvriers(ères), activités extra-scolaires (question ouverte), loisirs (question ouverte), lieu de vie (ville (>5000 habitants)(58) campagne, grande métropole), bourses scolaires (oui, non, non

concerné), allocation adulte handicapé (oui, non, non concerné), RSA (oui, non, non concerné), consommation de tabac (oui, non), si oui quantité de cigarettes fumées par jour (compte), consommation d'alcool (oui, non), si oui fréquence d'usage (1 fois dans l'année, 1 fois par mois ou moins, 1 fois par semaine ou moins, plus de 2 fois par semaine, tous les jours), alcoolisation ponctuelle importante en soirée (oui, non), consommation de substance psychoactive (SPA) (oui, non), si oui type de SPA (cocaïne, opioïdes, cannabis, MDMA, méthamphétamine, autre) et fréquence d'usage de SPA (1 fois dans l'année, 1 fois par mois ou moins, 1 fois par semaine ou moins, plus de 2 fois par semaine, tous les jours), consommation de médicaments sans prescription ou au-delà de la prescription (oui, non), si oui type de médicament (stilnox, seresta, codéine, morphine, autre) et fréquence d'usage (1 fois dans l'année, 1 fois par mois ou moins, 1 fois par semaine ou moins, plus de 2 fois par semaine, tous les jours).

Lors de la troisième partie les participants ont été invités à remplir l'auto questionnaire suivant :

- The Eating Attitudes Test – 26 items (EAT-26)(59,60) : cette échelle est un auto questionnaire mesurant un large éventail de symptômes du trouble du comportement alimentaire. Elle inclut 26 items avec 3 sous échelles explorant 3 domaines : la restriction alimentaire, la boulimie et les préoccupations alimentaires ainsi que le contrôle de la prise alimentaire. Un score supérieur ou égale à 20 est considéré comme reflétant des symptômes de TCA significatifs.

La quatrième partie portait sur des questions interrogeant plus précisément les patients sur leur TCA et l'utilisation qu'ils font des réseaux sociaux: âge d'apparition de la préoccupation du poids (années + mois), âge d'apparition de la préoccupation de l'apparence (années + mois), de l'alimentation (années + mois), âge de début des symptômes (perte de poids, vomissements, activité sportive intensive ou autre) (années + mois), date de première consultation pour un TCA (mois, année), durée de suivi par un professionnel des TCA (mois, année(s)), hospitalisation pour un TCA

(oui, non), âge d'acquisition du premier téléphone portable (années + mois, non concerné(e)), date de début d'utilisation des RS (années + mois, non concerné(e)), RS utilisés par la patient dans sa vie (réponse libre), RS utilisés dans le mois précédant (réponse libre), temps passé sur les RS par jour au cours du dernier mois (moins de 30 min, entre 30 min et 1h, entre 1h et 2h, entre 2h et 3h, entre 3h et 4h, entre 4h et 5h, plus de 5h, non concerné(e)), type de contenus regardé sur les RS (QCM), type d'usage des RS (regarder, commenter, création de contenus, non concerné(e)), consommation de contenus en lien avec des TCA (oui, non, non concerné(e)), si oui âge de début (années + mois), si oui quel type de contenu sur les TCA (QCM), temps passé au maximum sur des contenus en lien avec un TCA (moins de 30 min, entre 30 min et 1h, entre 1h et 2h, entre 2h et 3h, entre 3h et 4h, entre 4h et 5h, plus de 5h, non concerné), âge lors de cet usage maximal (années + mois), consommation de contenus en lien avec les TCA dans le mois précédent (oui, non, non concerné(e)), si oui quel type de contenu en lien avec le TCA (QCM), durée de consommation par jour de ces contenus dans le mois précédant (moins de 30 min, entre 30 min et 1h, entre 1h et 2h, entre 2h et 3h, entre 3h et 4h, entre 4h et 5h, plus de 5h, non concerné), motivation à s'intéresser à ces contenus (QCM), suivi d'influenceur postant ce type de contenu (oui, non, non concerné(e)), si oui lequel ou lesquels, suivi d'influenceur postant ce type de contenu au cours du dernier mois (oui, non, non concerné(e)), achat sur ces comptes d'influenceur dans le but de maigrir (oui, non, non concerné(e)), achat sur ces comptes d'influenceur dans le but de sortir du TCA (oui, non, non concerné(e)), recours à des coachs professionnels pour aider à maigrir (oui, non, non concerné(e)), recours à des coachs professionnels pour aider à sortir du TCA (oui, non, non concerné(e)).

Enfin la dernière partie du questionnaire comprenait la récupération de données cliniques telles que : la taille (m), le poids (kg) et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) (kg/m^2).

2.3 Analyses statistiques

2.3.1 Analyse descriptive

Pour chaque variable quantitative, la moyenne et l'écart type ont été calculés. Pour chaque variable qualitative, le compte pour chaque modalité ainsi que le pourcentage ont été calculés.

2.3.2 Analyse bivariée

Nous avons réalisé la recherche d'association bivariée en utilisant les tests statistiques et les tailles d'effet suivants :

- deux variables quantitatives normales : test de corrélation r de Pearson(61,62) et le coefficient de détermination R^2 .
- deux variables quantitatives dont au moins une non normale : test de corrélation ρ de Spearman(63) et le coefficient de détermination R^2 .
- une variable qualitative à deux catégories et une variable quantitative normale : test de Student avec correction de Welch(64) et rapport de corrélation η^2 (65).
- une variable qualitative à deux catégories et une variable quantitative non normale : test de Wilcoxon rank sum test with continuity correction et rapport de corrélation η^2 (65).

Pour le R^2 , un effet petit est autour de 0,1, un effet moyen est autour de 0,3 et un effet fort est autour de 0,5(66).

Pour l' η^2 , un effet petit est autour de 0,01, un effet moyen est autour de 0,06 et un effet fort est autour de 0,14(65).

Les valeurs de p ont été ajustées à l'aide de la méthode de Benjamini et Hochberg 1995(67) lors du test de la même variable.

2.3.3 Gestion des données manquantes

Les données manquantes ont été conservées et les analyses se sont faites en *cas disponibles*(68), pour chaque test statistique, à partir des variables analysées dans le test statistique.

2.3.4 Normalité

Nous avons considéré qu'une distribution était normale si, à la fois le test de Shapiro-Wilk(69), le test d'Anderson-Darling (70) et le test de Jarque-Bera (71) concluaient à une normalité. L'association d'un test basé sur la répartition des quantiles par rapport à ceux d'une loi normale, d'un test basé sur la fonction de distribution cumulée empirique et d'un test basé sur les moments permet d'être conservateur lors de la définition de la normalité.

2.6 Généralités

Nous avons utilisé un risque alpha à 5 %. Tous les tests statistiques ont été réalisés des deux cotés. Nous avons utilisé comme logiciel statistique le langage R version 4.4.1 et de nombreux modules(72–76). Les résultats ont été arrondis à deux décimales hormis les degrés de significativité qui ont été arrondis à trois décimales.

3. Résultats

3.1 Description de l'échantillon

Nous avons recruté 53 patients. Six patients ont refusé de participer à l'étude et cinq patients ont retiré leur consentement.

Sur les 53 patients inclus, 92,4 % (n: 49) étaient des femmes et la moyenne d'âge était de 20 ans (écart type (et) : 3,9). Un peu moins de la moitié, soit 22 patients, étaient des adolescents. Dans cet échantillon 41,5 % (n: 22) avaient le diagnostic d'une AM, 18,9 % de BN (n:10) et 39,6 % (n : 21) de TCA NA. 79,2 % (n:42) des patients ont déjà été hospitalisés pour leur TCA. Le score moyen à la EAT-26 était de 34,2 (et:17,8).

Les principales comorbidités associées étaient le trouble anxieux généralisé (TAG) avec un taux de 60,4 % (n:32) suivi du trouble dépressif caractérisé avec un taux de 43,4 % (n : 23).

43,4 % (n:23) des patients rapportaient un antécédent de tentative de suicide (TS).

Pour plus de détails, voir le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des participants (N=53)

	m ou %	et ou n
Général :		
Sexe: féminin	92,4	49
Age (années)	20	3,9
Adolescents	41,5	22
Indice de masse corporel (kg/m ²)	19,7	4,1
Poids (kg)	54,7	12,7
TCA		
Type de TCA :		
- Anorexie mentale	41,5	22
- Boulimie nerveuse	18,9	10
- Autres TCA non classés ailleurs	39,6	21
Comorbidités associées		
Comorbidités associées :		
Trouble dépressif caractérisé	43,4	23
Trouble dépressif persistant	30,1	16
Trouble anxieux généralisé	60,4	32
Trouble stress post traumatique	22,6	12
Antécédent de TS : oui	43,4	23
Antécédent d'hospitalisation pour le TCA : oui	79,2	42

N : taille de l'échantillon, m : moyenne, % : pourcentage, et : écart type, n : compte, TCA : trouble du comportement alimentaire, TS : Tentative de Suicide, EAT-26 ; Eating Attitude Test 26

Des détails supplémentaires sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Tableau descriptif de l'usage des réseaux sociaux (N = 53)

	m ou %	et ou n
Initiations :		
Age du participant lors de l'acquisition du premier téléphone portable	11,4	1,9
Age de début d'utilisation des RS	12,7	2,1
Age du début de visionnage des RS sur les TCA	16,9	3,3
Age d'usage maximal des RS sur les TCA	17,2	3,5
Type d'usage :		
Type d'utilisation des RS		
- regarder uniquement	60,4	32
- création de contenus et commenter	39,6	21
Visionnage de RS sur les TCA	92,4	49
Type de contenus visionnés sur les RS en lien avec les TCA	18,4	9
- Type 1 : en faveur d'une perte de poids	24,5	12
- Type 2 : en faveur des soins	57,1	28
- Type 3 : les deux types		
Visionnage de RS sur les TCA dans le mois précédent	69,2	36
Type de contenus visionnés sur les RS en lien avec des TCA dans le mois précédent :		
- Type 1 : en faveur d'une perte de poids	8,3	3
- Type 2 : en faveur des soins	58,3	21
- Type 3 : les deux types	33,3	12
Suivis :		
Suivi influenceur sur RS en lien avec TCA	67,9	36
Suivi influenceur sur RS en lien avec TCA le mois précédent	56,6	30
Suivi coach pour sortir des TCA	9,4	5

Suivi coach pour poursuivre les TCA	3,8	2
Achat en faveur d'une amélioration	20,7	11
Achat en faveur d'une perte de poids	11,3	6

N : taille de l'échantillon, m : moyenne, % : pourcentage, et : écart type, n : compte, TCA : trouble du comportement alimentaire, RS : réseaux sociaux

3.3 Étude du rôle potentiel de l'utilisation des réseaux sociaux dans l'initiation et la poursuite des symptômes des troubles de l'alimentation

Dans notre étude, l'âge de début d'utilisation des RS était 12,7 ans en moyenne (et : 2,1) tandis que l'âge moyen d'apparition des premiers symptômes de TCA variait de 13,3 ans à 16,5 ans.

L'âge de début d'utilisation des RS était associé de manière positive et statistiquement significative avec plusieurs caractéristiques d'apparition des TCA, notamment l'âge de début des préoccupations alimentaires ($r : 0,47 ; p < 0,01$), l'âge d'apparition des préoccupations concernant le poids corporel ($r : 0,42 ; p < 0,05$) et l'âge d'apparition des préoccupations concernant l'apparence physique ($r : 0,41 ; p < 0,05$). Nous retrouvons également une association positive et significative entre la date de début d'utilisation des RS et l'âge d'apparition d'une perte de poids ($r : 0,54 ; p < 0,001$) ainsi que l'âge de début des actions visant à modifier volontairement le poids ($r : 0,64 ; p < 0,001$).

Des détails supplémentaires sont présentés dans le tableau 3

Tableau 3 : Association entre l'âge de début d'utilisation des réseaux sociaux et les caractéristiques d'apparition des troubles du comportement alimentaire

	m (et)	N	r	R ²
Âge de début des préoccupations alimentaires (années)	14.9 (3.92)	52	0.47 ^{oo}	0.22
Âge d'apparition des préoccupations concernant le poids corporel (années)	13.9 (4.23)	53	0.42 ^o	0.18
Âge d'apparition des préoccupations concernant l'apparence physique (années)	13.3 (4.47)	53	0.41 ^o	0.17
Âge de début de perte de poids (années)	16.1 (3.02)	50	0.54 ^{ooo}	0.29
Âge de début des actions visant à modifier volontairement le poids (années)	16.5 (3.38)	47	0.64 ^{ooo}	0.4
Âge de début des consultations médicales pour troubles du comportement alimentaire (années)	17.2 (3.65)	53	0.46 ^{oo}	0.21

m: moyenne; et: écart-type %: pourcentage; n: nombre; N: nombre de cas disponibles pour la variable ; r : coefficient de corrélation de Pearson ; R2 : coefficient de détermination ; * : p < 0,05 pour le test sur le coefficient de corrélation de Pearson ; ** : p < 0,01 pour le test sur le coefficient de corrélation de Pearson ; *** : p < 0,001 pour le test sur le coefficient de corrélation de Pearson ; ° : p < 0,05 pour le test sur le coefficient de corrélation de Spearman ; °° : p < 0,01 pour le test sur le coefficient de corrélation de Spearman ; °°° : p < 0,001 pour le test sur le coefficient de corrélation de Spearman ; les valeurs de p ont été ajustées en utilisant la méthode de Benjamini et Hochberg 1995

L'âge de début de visionnage des RS sur les TCA était en moyenne de 16,9 ans (et: 3,3). Il était assez proche de l'âge moyen du début des consultations médicales pour le TCA (m :17,25, et: 3,65). Il y avait une association positive, forte et significative entre ces deux âges (r: 0,74 ; R² : 0,55 ; p < 0,001).

Dans cette étude, le score brut moyen retrouvé à la EAT-26 était de 34,2 (et: 17,8). D'après la cotation de cette échelle, un score > 19 représente un risque élevé de développer un TCA. Nous avons retrouvé une association significative et positive entre un score élevé à la EAT-26 et le

visionnage, au cours du mois précédant l'entretien, de RS en lien avec les TCA ($r_{pb} 0,43$; $p < 0,003$).

La figure 2 illustre cette association.

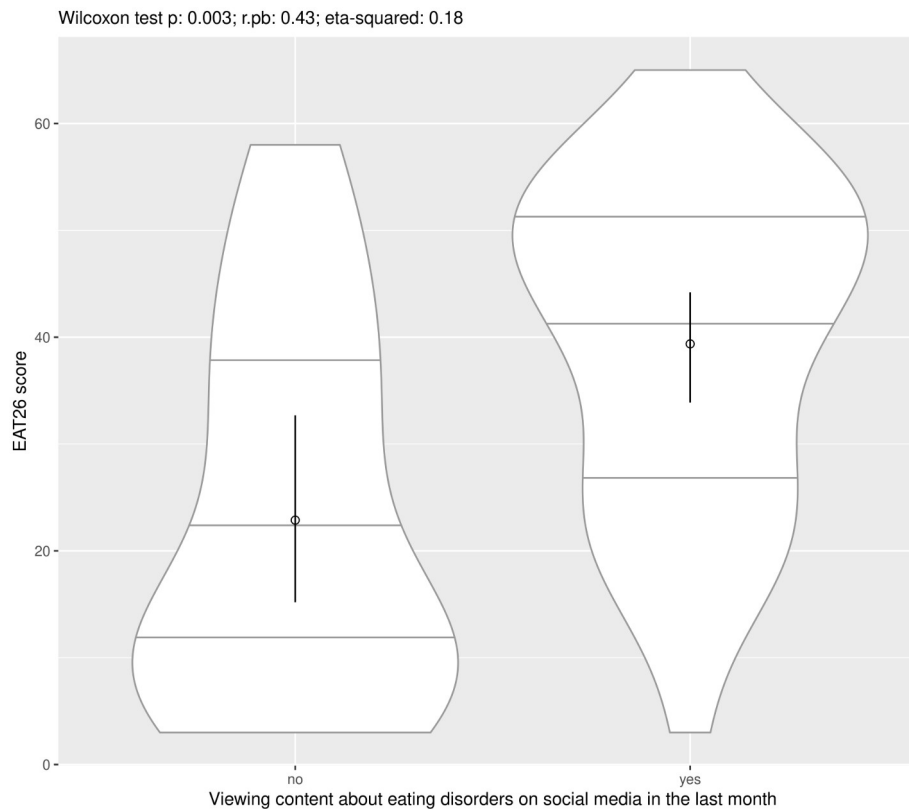


Figure 2 : Association entre le score à la EAT-26 et la consultation, au cours du mois précédent, de contenus sur les RS en lien avec des TCA.

La figure 2 représente l'association entre le score à la EAT-26 et la consultation, au cours du mois précédent, de contenus sur les réseaux sociaux en lien avec les troubles du comportement alimentaire. Nous pouvons remarquer que plus le score à la EAT-26 est élevé plus les participants regardent encore des RS en lien avec des TCA ce qui pourrait laisser présager que les RS pourraient être un facteur d'entretien des TCA.

4. Discussion

4.1 Principaux résultats

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer la cooccurrence entre l'utilisation des RS et les TCA dans une population de patients présentant un TCA.

Nous avons retrouvé une utilisation des RS dans l'intégralité de l'échantillon. La grande majorité des patients utilisaient les réseaux sociaux pour regarder des contenus en lien avec le TCA que cela soit pour perdre du poids ou se soigner. Certains participants avaient payé pour des contenus en liens avec le TCA ou avaient eu recours à des coachs. Par ailleurs, nous avons retrouvé une association positive et significative entre l'âge de début d'usage des réseaux sociaux et l'âge d'apparition des premiers symptômes de TCA. Enfin, nous avons retrouvé une association positive et significative entre le niveau de symptômes de TCA et la consultation dans le mois précédent des réseaux sociaux sur le sujet des TCA.

4.2 Interprétation et comparaison avec la littérature

L'hypothèse de notre étude selon laquelle l'utilisation des RS est particulièrement élevée chez les patients atteints d'un TCA a été confirmée. Ces résultats nous informent donc que les RS sont très importants pour ces patients qui les utilisent soit pour rechercher des conseils ou du soutien dans leur lutte contre leur trouble, soit pour trouver des stratégies leur permettant de maintenir des comportements alimentaires problématiques.

L'âge moyen d'utilisation des RS était de 12,7 ans ce qui est corroboré par des chiffres retrouvés en France par l'Association Génération Numérique(77). Les plateformes majoritairement utilisées étaient Instagram, Snapchat, TikTok et Facebook ce qui suit les tendances mondiales actuelles bien que Snapchat et Instagram semblent surreprésentés dans notre étude(78).

Il est cependant important de noter qu'une majorité de patients se servaient des RS pour y trouver du soutien et se sentir moins seuls face au trouble ou trouver des conseils pour surmonter le TCA. Il est donc important de considérer cet aspect pour ne pas diaboliser l'usage des RS.

Il est préoccupant de retrouver une association entre l'âge de début d'usage des réseaux sociaux et l'âge d'apparition des premiers symptômes de TCA. Cette association pourrait suggérer un rôle des réseaux sociaux dans la psychopathologie précoce des TCA.

Il est également inquiétant de retrouver une association significative entre le visionnage des RS en lien avec des contenus sur le TCA le mois précédant l'entretien et un score à la EAT-26 élevé. Cette association pourrait laisser sous-entendre que l'usage des RS en lien avec des TCA pourrait être un facteur d'entretien d'un TCA.

4.3 Forces et limites

Cette étude a été menée dans trois centres distincts, permettant d'inclure un large échantillon de participants âgés de 12 à 30 ans, une tranche d'âge particulièrement concernée par les troubles du comportement alimentaire. De plus, les questions posées couvraient divers domaines peu souvent recherchés chez ces patients, notamment la réalisation d'achats en ligne que ce soit en faveur ou contre les soins ou le suivi ou non d'influenceurs et le nom de leurs comptes. Ces nouvelles données permettent d'avoir une meilleure compréhension de la manière dont les patients atteints de TCA utilisent les réseaux sociaux. Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude similaire n'avait encore été réalisée en France.

Il est cependant important de prendre en considération certaines limites de cette étude.

Tout d'abord, en raison de son caractère transversal, il est impossible d'établir une relation de causalité entre les variables étudiées. Des résultats significatifs ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une relation de cause à effet mais ces résultats invitent à s'interroger davantage sur l'impact des médias sociaux sur les patients souffrant de TCA. Il serait intéressant de mener des études

longitudinales ou cas-témoins pour tester ces hypothèses et approfondir ces résultats dans de futures recherches.

Ensuite, l'utilisation de questionnaires semi-structurés s'appuyant en partie sur des souvenirs et témoignages de patients, peut introduire un biais de mémorisation et un biais d'information, réduisant ainsi la validité interne de l'étude. Ces biais pourraient être atténués dans de futures recherches par l'utilisation d'entretiens complémentaires par exemple.

De plus, l'évaluation du temps passé sur les RS et de la fréquence d'utilisation des RS par les participants a été réalisée à partir de données autodéclarées ce qui peut entraîner un biais de déclaration limitant ainsi la précision des mesures. Une collecte de données numériques objectives telle que la mesure en temps réel de la fréquence d'utilisation des RS ou la mise en place de journaux d'activité permettraient d'obtenir des mesures plus fiables.

Le nombre conséquent de patients ayant un antécédent d'hospitalisation pour leur TCA montre qu'il s'agit d'une population présentant un TCA sévère. Cette donnée est à garder en tête pour ne pas généraliser nos résultats aux autres patients atteints d'un TCA moins grave.

4.4 Implications et perspectives :

L'âge précoce d'utilisation des RS, mis en évidence par cette étude et confirmé par les chiffres français, interroge sur le cadre légal entourant leur accès. Selon le droit américain, l'âge légal pour s'inscrire sur la plupart des plateformes est de 13 ans tandis qu'en France, une loi de 2023 établit aujourd'hui la majorité numérique à 15 ans(11,79).

Ces résultats soulignent l'importance d'appliquer les recommandations sur l'usage des RS mentionnées dans l'introduction et renforcent la nécessité d'un meilleur contrôle pour les jeunes.

Cependant, dans un monde où les réseaux sociaux sont devenus incontournables et largement utilisés, y compris par les patients souffrant de TCA, il semble essentiel de réfléchir à des solutions

permettant une utilisation plus judicieuse et bénéfique de ces plateformes. Plutôt que de les percevoir uniquement sous un prisme négatif, il s'agit d'explorer comment en tirer parti de manière constructive afin de limiter leurs effets délétères tout en maximisant leurs aspects positifs.

Plusieurs axes sont définis dans cette discussion pour explorer de nouvelles pistes sur ce sujet.

4.4.1 Le rôle positif des RS

Il est essentiel de rappeler que ce n'est pas l'utilisation des RS qui pose problème, mais la manière dont ils sont utilisés(80–82).

Une étude menée en 2017 avait pour objectif d'utiliser les RS à visée humoristique pour parodier des comportements ou publications de célébrités. Les chercheurs ont exposé des femmes à des images ou des publications comiques et ont constaté une réduction des effets négatifs des réseaux sociaux sur leur humeur, ainsi qu'une augmentation de leur satisfaction corporelle. Ces résultats préliminaires permettent de suggérer une utilisation « positive » des RS pour améliorer la satisfaction corporelle et encourager un regard critique sur les messages pro-minceur véhiculés par certains influenceurs, souvent irréalistes pour des personnes ordinaires(83).

Les RS peuvent également servir de plateforme où les utilisateurs ont la possibilité de promouvoir des messages et des hashtags positifs qui contrebalancent la présence de contenus pro TCA, permettant la création d'un espace de discussion où des personnes rencontrant les mêmes difficultés peuvent se supporter et se motiver(16). Une autre étude également centrée sur TikTok, met cependant en lumière le caractère ambigu de certaines publications, car bien qu'elles soient associées à des messages promouvant le rétablissement, elles pourraient également se situer à la frontière avec des contenus favorisant les TCA(84).

Les réseaux sociaux, souvent critiqués pour leur rôle dans la diffusion d'idéaux de beauté irréalistes, peuvent également être une source de diversité et de représentations positives du corps. En encourageant la visualisation de contenus « body positive », c'est-à-dire des publications qui

promeuvent l'acceptation de soi et mettent en avant une diversité corporelle assumée, il est possible d'aider les jeunes et les adultes à déconstruire les standards de beauté dominants. Un article publié en 2019 souligne l'impact positif de la visualisation de comptes de « body-positive » sur l'humeur et sur la satisfaction corporelle(85). Cependant, même si cette diversité peut favoriser une meilleure acceptation de l'image corporelle, elle ne supprime pas totalement la pression esthétique que l'on rencontre régulièrement sur les RS, même lorsque l'intention est positive(85).

4.4.2 Algorithmes

Au-delà du contenu en lui-même, un autre facteur clé influence l'expérience des utilisateurs : les algorithmes. Ces derniers reposent sur un mécanisme qui analyse les comportements des utilisateurs afin de leur proposer du contenu susceptible de les intéresser. Cependant, ce système peut piéger l'individu dans un cercle vicieux : un simple arrêt sur une vidéo ou une image, même involontaire, suffit à signaler à l'algorithme un intérêt supposé pour ce type de contenu, entraînant alors sa surexposition(86). Dans une étude récente s'intéressant particulièrement à la plateforme TikTok, 64 % des patients de l'échantillon avaient déclaré avoir trouvé des contenus pro-Ana sans effectuer volontairement de recherche sur ce sujet(16). Ce phénomène est particulièrement problématique pour deux raisons majeures. D'une part, les jeunes utilisateurs, en raison de leur maturité en cours de développement, peuvent avoir du mal à discerner ce qui est bénéfique ou néfaste pour eux, les rendant plus vulnérables à certains contenus potentiellement nuisibles. D'autre part, le caractère addictogène de ces plateformes incite à une consommation prolongée et incontrôlée de contenus, rendant difficile toute interruption volontaire.

Face à ces enjeux, il est essentiel de mieux comprendre le fonctionnement des algorithmes et leur mode de conception afin de mettre en place des stratégies préventives(6). Cela pourrait inclure des avertissements sur la nature des vidéos consultées, l'intégration de messages de sensibilisation ou encore l'apparition de liens vers des structures médicales spécialisées pour offrir une aide adaptée

aux utilisateurs en difficulté. Plutôt que de subir ces mécanismes, il pourrait être intéressant de les exploiter à des fins positives en les orientant vers des recommandations bienveillantes et éducatives.

4.4.3 Contrôle parental

Plusieurs études ont mis en évidence le rôle essentiel des parents dans l'encadrement de l'utilisation des réseaux sociaux par leurs enfants. Il serait donc important de les sensibiliser aux effets de ces plateformes et de les encourager à s'intéresser davantage au temps et à la manière dont leurs enfants les utilisent.

Une enquête australienne menée en 2017 a révélé qu'environ 60 % des parents ne surveillaient pas l'usage des réseaux sociaux de leurs enfants(87), alors que de nombreuses recherches recommandent un encadrement parental strict. Par ailleurs, une étude de 2018 a montré qu'un meilleur contrôle parental sur le temps passé sur les réseaux sociaux était associé à une plus grande satisfaction de vie chez les préadolescents(88).

Cependant, à mesure que l'enfant grandit, un contrôle parental strict peut perdre en efficacité, notamment à l'adolescence, où l'influence des pairs et des amis devient prédominante par rapport à celle des parents. L'adolescent est en recherche d'autonomie et il aura probablement accès aux réseaux sociaux via son propre téléphone portable. Souhaiter restreindre, voire supprimer les RS semble impossible. Dans ce contexte, l'encadrement parental pourrait s'orienter vers un dialogue sur les contenus consultés afin de développer l'esprit critique de leur enfant, ou encore vers la mise en place de restrictions adaptées pour limiter l'accès à certains types de contenus.

4.4.4 Éducation aux médias, mise en place d'une prévention scolaire

L'éducation aux médias désigne la capacité à évaluer et à analyser de manière critique le contenu médiatique. Plusieurs travaux de recherches ont exploré des approches de prévention précoces auprès des jeunes, notamment en ciblant l'image corporelle.

La recherche scientifique s'intéresse depuis plusieurs années à la prévention et à la déconstruction de l'idéal de minceur, en particulier à travers des programmes d'intervention menés auprès d'adolescents et d'étudiants dans des pays comme l'Angleterre, les États-Unis ou encore l'Australie. Ces initiatives visent souvent à développer l'esprit critique face aux normes corporelles véhiculées par les médias, en sensibilisant les jeunes aux mécanismes de comparaison sociale et aux effets délétères de l'exposition à des corps idéalisés. Par exemple, des interventions comme le « Body Project » ont démontré leur efficacité à court et moyen terme, avec une réduction significative de l'insatisfaction corporelle et des comportements de restriction alimentaire(89). D'autres travaux menés en Angleterre sur des populations d'étudiants de 12/13 ans ou 14/15 ans retrouvent des résultats encourageants, notamment avec une amélioration de la satisfaction corporelle, ainsi qu'une meilleure résistance face aux contenus médiatiques valorisant un corps mince et irréaliste en encourageant un regard critique sur les images retouchées ou idéalisées(90,91). Ces programmes participent ainsi activement à la promotion d'une image corporelle plus saine et diversifiée.

Toutefois, certaines recherches comme l'étude australienne de Gordon et al menée en 2021 auprès d'adolescents de 12 à 13 ans soulignent des effets limités dans le temps et des différences d'efficacité entre les garçons et les filles(92). Ce constat est partagé par d'autres études qui questionnent ainsi la nécessité de faire des recherches futures incluant des programmes différents adaptés pour les filles et les garçons séparément ainsi que des programmes mixtes et de les ajuster en fonction des classes d'âge(93). Une méta-analyse datant de 2007 a évalué l'efficacité de

différents programmes de prévention des troubles de l'alimentation. Cette étude montre que les interventions les plus efficaces étaient sélectives, interactives, composées de plusieurs séances, animées par des professionnels et destinées spécifiquement aux jeunes filles. Les approches fondées sur l'acceptation du corps et la dissonance cognitive sans contenu psychoéducatif ont également montré des effets prometteurs(94). Ces études encouragent la réalisation de recherches poursuivant ces travaux pour identifier les périodes les plus favorables à ce type d'apprentissage et les méthodes à privilégier pour sensibiliser efficacement les jeunes aux représentations corporelles sur les réseaux sociaux.

4.4.5 Le rôle des soignants

Les résultats récents soulignent l'importance pour les soignants d'aborder avec leurs patients leur rapport aux réseaux sociaux, afin de mieux comprendre les motivations sous-jacentes à leur utilisation, mais aussi d'identifier certaines croyances problématiques à déconstruire. Pourtant, cette dimension est encore trop peu intégrée dans les pratiques cliniques. Une étude parue en 2016(95) révélait que seulement 20 % des professionnels de santé questionnaient leurs patients sur leur usage des réseaux sociaux, en particulier de Facebook, alors même que ces plateformes pourraient jouer un rôle dans l'entretien des troubles alimentaires.

Plus récemment, une étude publiée en 2024 concernant des patientes hospitalisées pour un TCA alertait sur le risque qu'un usage non encadré des réseaux sociaux, durant la phase de rétablissement, puisse favoriser le maintien d'une utilisation problématique liée à des interprétations erronées de contenus sur ces plateformes, compromettant ainsi l'efficacité à long terme du traitement(26). Ces résultats suggèrent l'intégration de modules spécifiques liés aux usages numériques dans les protocoles de prise en charge des TCA.

Cependant, même lorsque les patients sont informés des risques liés à l'exposition à des contenus idéalisés sur les réseaux sociaux, prendre du recul face à ces images reste difficile. Une étude

qualitative menée auprès de jeunes filles hospitalisées pour troubles des conduites alimentaires a montré que, bien qu'elles soient conscientes que certaines photos étaient retouchées, elles continuaient à les percevoir comme authentiques et séduisantes(26). Malgré cette lucidité, ces jeunes exprimaient une réelle difficulté à réguler leur usage des plateformes numériques, illustrant ainsi les limites d'une simple sensibilisation aux dangers des réseaux.

Ces constats suggèrent que la pensée critique, bien qu'essentielle, ne peut suffire à créer un changement durable. Une étude publiée en 2023 sur « le scepticisme et la réflexion critique » à propos des messages médiatiques renforce cette idée. Elle montre que si les jeunes femmes de plus de 18 ans présentent effectivement un niveau de pensée critique plus élevé que les adolescentes, cette capacité accrue n'est pas nécessairement associée à une meilleure satisfaction corporelle. Au contraire, une réflexion critique plus poussée semblait même corrélée à une plus grande insatisfaction corporelle(96). Ces résultats mettent en avant la complexité des relations entre l'éducation aux médias, l'esprit critique et l'insatisfaction corporelle.

5. Conclusion

Cette étude apporte un éclairage sur l'utilisation des RS et leur importance dans la vie des patients souffrant d'un TCA. Nous avons constaté que la majorité des patients atteints d'un TCA utilisent les RS et qu'une grande partie d'entre eux consultent des contenus liés aux TCA, soit pour trouver des solutions, soit pour renforcer des comportements inappropriés. Cependant, il est important de souligner que la plupart de ces patients recherchent des conseils pour surmonter leur TCA. Ces différents aspects sont donc importants à prendre en compte pour réaliser de nouvelles recommandations de pratique.

Nous avons également retrouvé une association entre l'âge de début d'usage des réseaux sociaux et l'âge d'apparition des premiers symptômes de TCA, ainsi qu'une corrélation significative entre la consultation de contenus liés aux TCA sur les RS le mois précédant l'entretien et un score à la EAT-26 élevé. Ces associations pourraient suggérer un rôle des RS dans la psychopathologie précoce des TCA et pourraient également indiquer que l'utilisation de ces plateformes en lien avec les TCA pourrait être un facteur de maintien de ces troubles. Cependant, notre étude étant transversale et corrélationnelle il nous est impossible d'établir un lien de causalité. Il serait donc nécessaire de mener des études à plus grande échelle pour approfondir ces résultats et examiner plus en détail l'impact des RS sur les patients souffrant de TCA.

Pour conclure, la prise en charge des patients souffrant de TCA est complexe et aucune thérapie n'a démontré une réelle efficacité clinique. Cette prise en charge est multimodale et l'émergence des réseaux sociaux complique encore davantage le travail des professionnels. Une approche multidimensionnelle, impliquant les soignants, les parents, les éducateurs et les concepteurs de plateformes, semble indispensable pour encourager une utilisation saine et bénéfique des réseaux sociaux.

Références :

1. Définitions : réseau - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9seau/68585>
2. Social media and the internet [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.apa.org/topics/social-media-internet>
3. Réseau social (internet). In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9seau_social_\(internet\)&oldid=218771054](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9seau_social_(internet)&oldid=218771054)
4. Tourvieille K. We Are Social France. 2025 [cité 21 avr 2025]. Digital 2025 : Le guide pour comprendre l'évolution du monde numérique. Disponible sur: <https://wearesocial.com/fr/blog/2025/02/digital-2025-le-guide-pour-comprendre-levolution-du-monde-numerique/>
5. Statista [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Réseaux sociaux les plus utilisés dans le monde 2024. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/570930/reseaux-sociaux-mondiaux-classes-par-nombre-d-utilisateurs/>
6. Nawaz FA, Riaz MMA, Banday N ul ain, Singh A, Arshad Z, Derby H, et al. Social media use among adolescents with eating disorders: a double-edged sword. *Front Psychiatry* [Internet]. 9 févr 2024 [cité 11 déc 2024];15. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1300182/full>
7. Rideout, V., & Fox, S. (2018). *Digital health practices, social media use, and mental well-being among teens and young adults in the U.S.* Hopelab & Well Being Trust.
8. Demayo M. We Are Social France. 2024 [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://wearesocial.com/fr/blog/2024/02/digital-report-france-2024>
9. Billon J. BDM. 2024 [cité 21 avr 2025]. Les réseaux sociaux en France : nombre d'utilisateurs, temps passé, usages.... Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/classement-reseaux-sociaux-france-2024/>
10. Reisacher A. BDM. 2023 [cité 28 sept 2024]. Étude : comment la Gen Z utilise les réseaux sociaux en 2023. Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/etude-generation-z-reseaux-sociaux-2023/>
11. Lettre de la Direction des Affaires Juridiques – Exposition des jeunes aux écrans : les recommandations du rapport remis au Président de la République [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/daj/exposition-jeunes-ecrans-recommandations-rapport>
12. Nesi J. The Impact of Social Media on Youth Mental Health: Challenges and Opportunities. *N C Med J.* mars 2020;81(2):116-21.
13. Saunders JF, Eaton AA. Snaps, Selfies, and Shares: How Three Popular Social Media Platforms Contribute to the Sociocultural Model of Disordered Eating Among Young Women. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* juin 2018;21(6):343-54.

14. Jiang MA and J. Teens' Social Media Habits and Experiences [Internet]. Pew Research Center. 2018 [cité 1 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.pewresearch.org/internet/2018/11/28/teens-social-media-habits-and-experiences/>
15. Craig W, Boniel-Nissim M, King N, Walsh SD, Boer M, Donnelly PD, et al. Social Media Use and Cyber-Bullying: A Cross-National Analysis of Young People in 42 Countries. *J Adolesc Health*. juin 2020;66(6):S100-8.
16. Pruccoli J, De Rosa M, Chiasso L, Perrone A, Parmeggiani A. The use of TikTok among children and adolescents with Eating Disorders: experience in a third-level public Italian center during the SARS-CoV-2 pandemic. *Ital J Pediatr*. 30 juill 2022;48:138.
17. Woods HC, Scott H. #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *J Adolesc*. 2016;51(1):41-9.
18. Vidal C, Lhaksampa T, Miller L, Platt R. Social media use and depression in adolescents: a scoping review. *Int Rev Psychiatry*. mai 2020;32(3):235-53.
19. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*. juin 2016;17:100-10.
20. Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. *J Acad Nutr Diet*. 1 sept 2016;116(9):1465-72.
21. Kim JW, Chock TM. Body image 2.0: Associations between social grooming on Facebook and body image concerns. *Comput Hum Behav*. juill 2015;48:331-9.
22. Fardouly J, Magson NR, Rapee RM, Johnco CJ, Oar EL. The use of social media by Australian preadolescents and its links with mental health. *J Clin Psychol*. juill 2020;76(7):1304-26.
23. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(11):1141-64.
24. Women and Equalities Committee. (2021). *Changing the perfect picture: An inquiry into body image*. UK Parliament.
25. Dane A, Bhatia K. The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Glob Public Health*. 22 mars 2023;3(3):e0001091.
26. Faccio E, Reggiani M, Rocelli M, Cipolletta S. Issues Related to the Use of Visual Social Networks and Perceived Usefulness of Social Media Literacy During the Recovery Phase: Qualitative Research Among Girls With Eating Disorders. *J Med Internet Res*. 2 juill 2024;26:e53334.
27. Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord*. 2014;47(5):516-23.
28. Lonergan AR, Bussey K, Mond J, Brown O, Griffiths S, Murray SB, et al. Me, my selfie, and I: The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and

women. *Body Image*. 1 mars 2019;28:39-43.

29. Wick MR, Keel PK. Posting edited photos of the self: Increasing eating disorder risk or harmless behavior? *Int J Eat Disord*. 2020;53(6):864-72.
30. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2016;29(6):346-53.
31. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, Touyz S, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord*. 17 janv 2023;11:8.
32. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 1 mars 2022;27(2):415-28.
33. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. mai 2019;109(5):1402-13.
34. Wiener S. En quête de rien ? : Quelques réflexions sur l'anorexie à l'adolescence. *Essaim*. 6 mai 2008;20(1):139-47.
35. Schlienger JL. L'anorexie mentale au fil des siècles. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 sept 2023;17(5):453-9.
36. Inserm [Internet]. [cité 22 mars 2025]. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
37. Collège national des universitaires en psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 4e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2024. (L'officiel ECN).
38. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 août 2023]. Anorexie mentale : prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
39. Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *J Pédiatrie Puériculture*. juin 2018;31(3):113-45.
40. Bemporad JR. Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1996;19(3):217-37.
41. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 16 nov 2024]. Hyperphagie boulimique - Troubles psychiatriques. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/hyperphagie-boulimique>
42. Troubles du comportement alimentaires (TCA). Description détaillée pour les non-spécialistes. Histoire de la maladie. Traitements. Guérison. [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.anorexiéboulimie.fr/Histoire-des-TCA.html>

43. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
44. Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2013;26(6):532-6.
45. Haute Autorité de santé. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015 <https://www.has-sante.fr/>
46. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.
47. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Étudiants : pour vos TPE : l'anorexie mentale et la boulimie - Association Autrement [Internet]. [cité 16 nov 2024]. Disponible sur: https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-301-etudiants-nbsp-l-anorexie-et-la-boulimie-pour-vos-t-p-e.htm#h3_17
48. boulimie. In: Wiktionnaire, le dictionnaire libre [Internet]. 2024 [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/w/index.php?title=boulimie&oldid=36152531>
49. Pope HG, Hudson JI, Miale JP. Bulimia in the late nineteenth century: the observations of Pierre Janet. *Psychol Med*. nov 1985;15(4):739-43.
50. Palmer R. Bulimia nervosa: 25 years on. *Br J Psychiatry*. déc 2004;185(6):447-8.
51. Définition de hyperphagie | Dictionnaire français [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/hyperphagie>
52. Ziegler O, Mathieu J, Böhme P, Witkowski P. Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine Mal Métaboliques*. mai 2017;11(3):237-45.
53. Anorexie mentale : définition et causes [Internet]. [cité 22 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
54. Gonçalves J de A, Moreira EAM, Trindade EBS de M, Fiates GMR. Eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Paul Pediatr*. mars 2013;31:96-103.
55. Haute Autorité de santé. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019 <https://www.has-sante.fr/>
56. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Braz J Psychiatry*. 28 sept 2020;43(3):314-23.
57. Monteleone AM, Treasure J, Kan C, Cardi V. Reactivity to interpersonal stress in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis of studies using an experimental paradigm. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 avr 2018;87:133-50.
58. Ville. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ville&oldid=206078983>

59. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* nov 1982;12(4):871-8.
60. Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, Perreault M, Gottheil N. Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Can J Psychiatry.* févr 1994;39(1):49-54.
61. Pearson K. Mathematical contributions to the theory of evolution.—On a form of spurious correlation which may arise when indices are used in the measurement of organs. *Proc R Soc Lond.* janv 1997;60(359-367):489-98.
62. Mathematical contributions to the theory of evolution.—On a form of spurious correlation which may arise when indices are used in the measurement of organs. *Proc R Soc Lond.* 31 déc 1897;60(359-367):489-98.
63. Spearman C. The Proof and Measurement of Association between Two Things. *Am J Psychol.* janv 1904;15(1):72.
64. Welch BL. On the Comparison of Several Mean Values: An Alternative Approach. *Biometrika.* déc 1951;38(3/4):330.
65. Cohen J. Eta-Squared and Partial Eta-Squared in Fixed Factor Anova Designs. *Educ Psychol Meas.* avr 1973;33(1):107-12.
66. Montgomery DC, Peck EA, Vining GG. Introduction to linear regression analysis. Sixth edition. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2021. 673 p. (Wiley series in probability and statistics).
67. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing. *J R Stat Soc Ser B Stat Methodol.* 1 janv 1995;57(1):289-300.
68. Rubin DB. Inference and missing data. *Biometrika.* 1976;63(3):581-92.
69. Shapiro SS, Wilk MB. An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika.* déc 1965;52(3/4):591.
70. Anderson TW, Darling DA. Asymptotic Theory of Certain « Goodness of Fit » Criteria Based on Stochastic Processes. *Ann Math Stat.* 1952;23(2):193-212.
71. Jarque CM, Bera AK. A Test for Normality of Observations and Regression Residuals. *Int Stat Rev Rev Int Stat.* août 1987;55(2):163.
72. Fox J, Weisberg S, Price B. car: Companion to Applied Regression [Internet]. 2001 [cité 17 févr 2025]. p. 3.1-3. Disponible sur: <https://CRAN.R-project.org/package=car>
73. Fox J, Weisberg S. An R companion to applied regression. Third edition. Los Angeles: SAGE; 2019. 577 p.
74. Ian Fellows. wordcloud: Word Clouds [Internet]. 2011 [cité 17 févr 2025]. p. 2.6. Disponible sur: <https://CRAN.R-project.org/package=wordcloud>
75. Wickham H. ggplot2: elegant graphics for data analysis. Second edition. Cham: Springer international publishing; 2016. 1 p. (Use R!).

76. Wijffels J. BTM: Biterm Topic Models for Short Text [Internet]. 2018 [cité 17 févr 2025]. p. 0.3.7. Disponible sur: <https://CRAN.R-project.org/package=BTM>
77. Génération Numérique [Internet]. [cité 12 févr 2025]. Enquêtes. Disponible sur: <https://asso-generationnumerique.fr/enquetes/>
78. Demayo M. We Are Social France. 2024 [cité 28 sept 2024]. DIGITAL REPORT 2024 : Les utilisateurs·trices des médias sociaux dépassent le cap des 5 milliards DANS LE MONDE ! Disponible sur: <https://wearesocial.com/fr/blog/2024/01/digital-report-2024-les-utilisateurs-trices-des-medias-sociaux-depassent-le-cap-des-5-milliards-dans-le-monde/>
79. Lettre de la DAJ – La loi n°2023-566 du 7 juillet 2023 crée une majorité numérique fixée à 15 ans [Internet]. [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/daj/lettre-de-la-daj-la-loi-ndeg2023-566-du-7-juillet-2023-cree-une-majorite-numerique-fixee-15-ans>
80. Howard LM, Heron KE, MacIntyre RI, Myers TA, Everhart RS. Is use of social networking sites associated with young women’s body dissatisfaction and disordered eating? A look at Black–White racial differences. *Body Image*. déc 2017;23:109-13.
81. Cohen R, Newton-John T, Slater A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*. déc 2017;23:183-7.
82. Meier EP, Gray J. Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. avr 2014;17(4):199-206.
83. Slater A, Cole N, Fardouly J. The effect of exposure to parodies of thin-ideal images on young women’s body image and mood. *Body Image*. 1 juin 2019;29:82-9.
84. Herrick SSC, Hallward L, Duncan LR. “This is just how I cope”: An inductive thematic analysis of eating disorder recovery content created and shared on TikTok using #EDrecovery. *Int J Eat Disord*. 2021;54(4):516-26.
85. Cohen R, Fardouly J, Newton-John T, Slater A. #BoPo on Instagram: An experimental investigation of the effects of viewing body positive content on young women’s mood and body image. *New Media Soc*. juill 2019;21(7):1546-64.
86. Montag C, Lachmann B, Herrlich M, Zweig K. Addictive Features of Social Media/Messenger Platforms and Freemium Games against the Background of Psychological and Economic Theories. *Int J Environ Res Public Health*. juill 2019;16(14):2612.
87. Society AP. Digital Me [Internet]. Australian Psychological Society; 2017 nov [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <https://apo.org.au/node/118961>
88. Fardouly J, Magson NR, Johnco CJ, Oar EL, Rapee RM. Parental Control of the Time Preadolescents Spend on Social Media: Links with Preadolescents’ Social Media Appearance Comparisons and Mental Health. *J Youth Adolesc*. 1 juill 2018;47(7):1456-68.
89. Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. avr 2008;76(2):329-40.

90. Halliwell E, Jarman H, McNamara A, Risdon H, Jankowski G. Dissemination of evidence-based body image interventions: A pilot study into the effectiveness of using undergraduate students as interventionists in secondary schools. *Body Image*. 1 juin 2015;14:1-4.
91. Halliwell E, Diedrichs PC. Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychol*. févr 2014;33(2):201-4.
92. Gordon CS, Jarman HK, Rodgers RF, McLean SA, Slater A, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. Outcomes of a Cluster Randomized Controlled Trial of the SoMe Social Media Literacy Program for Improving Body Image-Related Outcomes in Adolescent Boys and Girls. *Nutrients*. 27 oct 2021;13(11):3825.
93. Yager Z, Diedrichs PC, Ricciardelli LA, Halliwell E. What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image*. juin 2013;10(3):271-81.
94. Stice E, Shaw H, Marti CN. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annu Rev Clin Psychol*. 1 avr 2007;3(1):207-31.
95. Saffran K, Fitzsimmons-Craft EE, Kass AE, Wilfley DE, Taylor CB, Trockel M. Facebook usage among those who have received treatment for an eating disorder in a group setting. *Int J Eat Disord*. 2016;49(8):764-77.
96. Bennett BL, Martin-Wagar CA, Boswell RG, Forrest LN, Perelman H, Latner JD. Skepticism of and critical thinking about media messages: Conflicting relationships with body dissatisfaction. *Eat Behav*. 1 déc 2023;51:101820.

Matériel supplémentaire de l'article :

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des participants (N=53)

	m ou %	et ou n
Général :		
Sexe: féminin	92,4	49
Age (années)	20	3,9
Adolescents	41,5	22
Indice de masse corporel (kg/m ²)	19,7	4,1
Poids (kg)	54,7	12,7
Environnement :		
Parents séparés : oui	30,2	16
Nombre de frère et sœur	1,4	1,2
Nombre demi-frère, demi-sœur	0,5	1
TCA		
Type de TCA :		
- Anorexie mentale	41,5	22
- Boulimie nerveuse	18,9	10
- Autres TCA non classés ailleurs	39,6	21
Comorbidités associées		
Comorbidités associées :		
Trouble dépressif caractérisé	43,4	23
Trouble dépressif persistant	30,1	16
Trouble anxieux généralisé	60,4	32
Trouble stress post traumatique	22,6	12
Antécédent de TS : oui	43,4	23
Antécédent d'hospitalisation pour le TCA : oui	79,2	42
IDS actuelles : oui	32,1	17
Toxiques :		
Tabac : oui	39,6	21
Alcool:oui	71,7	38
Alcoolisation ponctuelle importante: oui	43,4	23
Substances psycho actives: oui	19,2	10
Mésusage de médicaments:oui	21,1	11

N : taille de l'échantillon, m : moyenne, % : pourcentage, et : écart type, n : compte, TCA : trouble du comportement alimentaire, TS : Tentative de Suicide, EAT-26 ; Eating Attitude Test 26

EAT 26 : Répondez aux questions en prenant en compte le mois écoulé

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
eat1- Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros(se).	3	2	1	0	0	0
eat2- J'évite de manger quand j'ai faim.	3	2	1	0	0	0
eat3- Je suis trop soucieux(se) de la nourriture.	3	2	1	0	0	0
eat4- J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger.	3	2	1	0	0	0
eat5- Je découpe mes aliments en petits morceaux.	3	2	1	0	0	0
eat6- J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange.	3	2	1	0	0	0
eat7- J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pomme de terre, riz...)	3	2	1	0	0	0
eat8- Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange d'avantage.	3	2	1	0	0	0
eat9- Je vomis après avoir mangé.	3	2	1	0	0	0
eat10- Je me sens très coupable après avoir mangé.	3	2	1	0	0	0
eat11- Le désir d'être plus mince	3	2	1	0	0	0

me préoccupe.						
eat12- Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.	3	2	1	0	0	0
eat13- Les autres pensent que je suis trop mince.	3	2	1	0	0	0
eat14- Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps.	3	2	1	0	0	0
eat15- Je prend plus de temps que les autres pour prendre mes repas.	3	2	1	0	0	0
eat16- J'évite de manger des aliments sucrés.	3	2	1	0	0	0
eat17- Je mange des aliments diététiques.	3	2	1	0	0	0
eat18- J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.	3	2	1	0	0	0
eat19- Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation.	3	2	1	0	0	0
eat20- Je sens que les autres me poussent à manger.	3	2	1	0	0	0
eat21- J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture.	3	2	1	0	0	0
eat22- Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.	3	2	1	0	0	0
eat23- Je m'oblige à me mettre à la diète.	3	2	1	0	0	0

eat24- J'aime avoir l'estomac vide.	3	2	1	0	0	0
eat25- Je ressens le besoin de vomir après les repas.	3	2	1	0	0	0
eat26- J'aime essayer des aliments nouveaux et riches.	0	0	0	1	2	3

Cochez la réponse qui vous correspond le plus à chaque proposition (en prenant en compte les moments les plus difficiles) :

Dans les 6 derniers mois :	Jamais	1 fois dans le mois ou moins	2-3 fois par mois	1 fois par semaine	2-6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus
eat27 Avez-vous fait des crises de boulimie où vous avez senti que vous ne pouviez pas vous arrêter ?						
eat28 Vous êtes vous rendu(e) malade (ex par vomissement) pour contrôler votre poids ou votre ligne ?						
eat29 Avez-vous utilisé des laxatifs, pilules amaigrissantes ou des diurétiques pour contrôler votre poids ou votre ligne ?						
eat30 Avez-vous fait de l'exercice physique plus de 60min par jour pour perdre du poids ou contrôler votre poids ?						
eat31 Avez-vous perdu 10 kg ou plus dans les 6 derniers mois ?	OUI			NON		

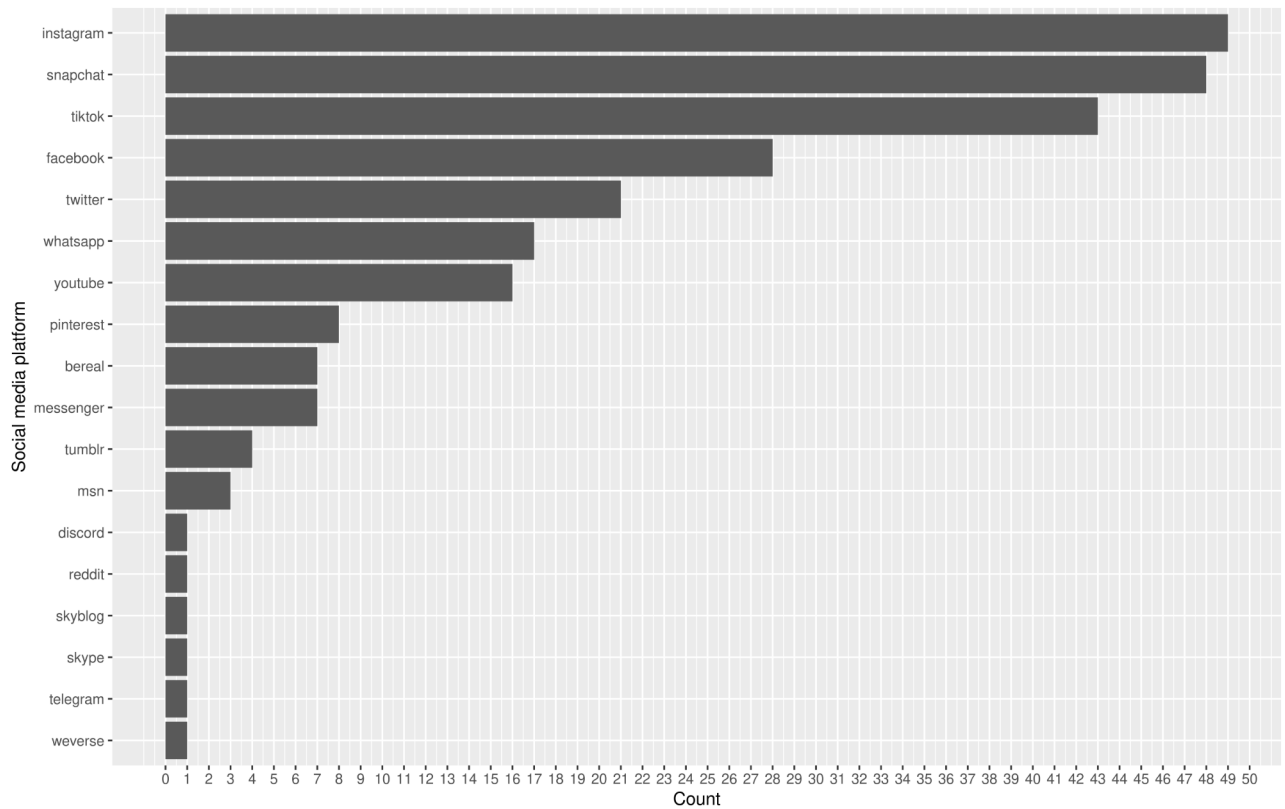


Figure S1 : Diagramme à barres des plateformes de RS utilisées par les participants.

La figure S1 est un diagramme à barres qui représente la fréquence d'utilisation des plateformes de RS. La taille de la barre est en corrélation avec la fréquence d'utilisation dans l'échantillon.

Nous observons qu'Instagram, Snapchat, TikTok et Facebook sont les plateformes de RS les plus fréquemment utilisées.

AUTEURE : Nom : Dupire

Prénom : Clara

Date de soutenance : 6 juin 2025

Titre de la thèse : Co-occurrence entre l'utilisation des réseaux sociaux et les troubles du comportement alimentaire.

Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + FST/option : *Pédopsychiatrie*

Mots-clés : Trouble du comportement alimentaire, Anorexie mentale, Boulimie nerveuse, Réseaux Sociaux.

Résumé :

Introduction : La hausse de la prévalence des troubles du comportement alimentaire et l'augmentation concomitante de l'utilisation des réseaux sociaux questionnent sur un potentiel lien entre ces deux phénomènes. Cette étude a pour objectif d'explorer la cooccurrence entre l'utilisation des réseaux sociaux et les troubles du comportement alimentaire dans une population de patients présentant un trouble du comportement alimentaire.

Matériel et méthode : L'étude RESTCA consistait en une étude descriptive, transversale et multicentrique portant sur une population clinique de personnes diagnostiquées d'un trouble du comportement alimentaire, prises en charge en ambulatoire dans un lieu spécialisé pour ces pathologies. Des questions sur le trouble du comportement alimentaire et l'usage des réseaux sociaux ont été posées et la EAT-26 a été complétée par les participants. Nous avons réalisé une analyse descriptive des variables ainsi qu'une recherche d'association bivariée.

Résultats : Sur les 53 patients inclus, 92,4% (n : 49) étaient des femmes et la moyenne d'âge était de 20 ans (écart type (et) : 3,9). Tous les participants utilisaient les réseaux sociaux et 92,4% (n : 49) de patients disaient avoir déjà regardé des contenus en lien avec des troubles du comportement alimentaire pour se soigner ou pour perdre du poids. L'âge de début d'utilisation des réseaux sociaux était associé de manière positive et statistiquement significative avec plusieurs symptômes précoces des troubles du comportement alimentaire et nous avons retrouvé une association significative et positive entre un score élevé à la EAT-26 et le visionnage, au cours du mois précédant l'entretien, de réseaux sociaux en lien avec les troubles du comportement alimentaire.

Discussion : L'utilisation des réseaux sociaux chez les patients atteints d'un trouble du comportement alimentaire est particulièrement élevée et montre qu'il est important d'intégrer l'influence des réseaux sociaux dans la prise en charge de ces patients. La cooccurrence retrouvée entre ces deux variables est forte et questionne sur le lien qui pourrait exister entre elles. De futures études comparatives seraient nécessaires pour explorer l'impact des RS sur les patients atteints d'un TCA.

Composition du Jury :

Président : Professeur François Medjkane

Assesseur : Dr Marion Hendrickx

Directeur de thèse : Dr François Jean