

Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale

Epidemiology and psychosocial risk factors in anorexia nervosa

Yves Simon

Programme anorexie/boulimie, Le Domaine ULB Erasme, chemin Jean-Lanneau 39, 1420 Braine l'Alleud, Belgique

Reçu le 20 février 2008 ; accepté le 10 mars 2008

Disponible sur Internet le 15 avril 2008

Résumé

En moyenne, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée à 0,5 % chez les jeunes filles et l'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de dix à 19 ans. Chez les femmes, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée de zéro à 1,5 %. La prévalence au cours de la vie pour l'anorexie mentale varie entre 0,6 et 4 %. Les limitations méthodologiques concernent la variété des instruments pour diagnostiquer un trouble alimentaire et le manque de définition agréée pour les troubles alimentaires non spécifiés. Les modèles empiriques de la pathogenèse des troubles alimentaires continuent à mettre l'accent sur le rôle de la pression sociale à la minceur, celle-ci étant transmise par les médias, l'environnement familial et les pairs. Les limitations méthodologiques continuent à poser un défi dans l'interprétation de la modulation par les facteurs socioculturels des voies étiologiques de l'anorexie mentale. Une étiologie multifactorielle complexe est envisagée, impliquant l'interaction de la prédisposition génétique et de certains facteurs de risque environnementaux spécifiques, en particulier les facteurs sociaux.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The prevalence for anorexia nervosa is estimated at 0.5% in the young girls and the highest incidence was found between ten to 19 years. Among women, the prevalence for anorexia nervosa is estimated between 0 to 1.5%. The lifetime prevalence varies between 0.6 and 4%. The methodological limitations relate to the variety of the instruments to diagnose an eating disorder and the lack of definition approved for eating disorders not otherwise specified. The empirical models of the pathogenesis of eating disorders continue to stress the role of social pressure to thinness, this one being transmitted by the media, the family environment and the peers. The methodological limitations continue to pose a challenge in the interpretation of the modulation by the sociocultural factors of the etiologic ways for anorexia nervosa. A complex multifactor aetiology is considered, implying the interaction of genetic predisposition and certain specific environmental risk factors, in particular social factors.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Épidémiologie ; Facteurs psychosociaux ; Anorexie mentale

Keywords : Epidemiology; Psychosocial factors; Anorexia nervosa

1. Introduction

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique sévère qui touche principalement les adolescentes et les jeunes femmes adultes. Les critères de diagnostic font l'objet de nombreuses discussions en raison de l'instabilité du diagnostic [1], de l'existence de formes subcliniques [2] et de l'association avec

d'autres troubles alimentaires [3]. Les investigations épidémiologiques rigoureuses sont fondamentales pour déterminer son étiologie, son évolution et plus particulièrement pour l'étude des facteurs de risques psychosociaux.

2. Considérations méthodologiques

L'estimation de la prévalence d'une maladie est influencée par le nombre de nouveaux cas, mais aussi par la durée de la maladie, les méthodes de détection des cas et l'âge des

Adresse e-mail : yves.simon@ulb.ac.be.

sujets participant à l'étude. Compter le nombre de nouveaux cas, c'est-à-dire l'incidence, est une approche plus précise pour comparer les taux d'une maladie dans une communauté durant une période de temps. Cependant, l'incidence pour l'anorexie mentale représente la situation au moment de la détection du cas et ne coïncide pas nécessairement avec le début du trouble. Idéalement, une étude épidémiologique recrute un échantillon représentatif d'une population. La plupart des investigations dans le domaine de l'anorexie mentale reflètent les difficultés d'étudier un trouble relativement rare. Soit les études sont limitées à la détection des cas dans les services de soins, soit le traitement statistique manque de puissance du fait d'échantillons trop petits. Le taux de participation est un indicateur d'un biais de recrutement possible. Pour évaluer l'incidence et la prévalence, une procédure en deux temps est la plus fiable [4], d'abord un questionnaire clinique, puis un entretien clinique.

3. Résultats les plus significatifs

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères de diagnostic du DSM IV [5] sont relativement rares chez les femmes et la prévalence varie de 0 [6] à 1,5 % suivant l'âge de la population. Chez l'homme, la prévalence varie de 0 [7] à 0,16 % [8]. Le syndrome partiel ou subclinique est plus fréquent et estimé à près de 5 % [9,2]. Les études sur l'évolution à long terme de l'anorexie mentale sont peu nombreuses et concernent des séries de cas cliniques ou des études basées sur des aires géographiques de soins de santé [9–11]. Elles suggèrent que l'anorexie mentale tend vers une évolution chronique [12] et présente un risque élevé de mortalité de 5,6 % par an. On a pu estimer que 50 % des cas étaient détectés par les soins de santé de première ligne et seulement 30 % des patients étaient adressés dans les centres de santé mentale. L'évolution naturelle de la maladie reste peu documentée.

Quelques études montrent une augmentation régulière de l'anorexie mentale, depuis 1930, chez les femmes âgées de 15 à 19 ans [13,4] et les recherches épidémiologiques récentes suggèrent que la prévalence de l'anorexie mentale augmente chez les adolescents et que l'âge de début de la maladie est plus précoce [14]. En moyenne, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée à 0,5 % chez les jeunes filles et l'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de dix à 19 ans [14]. Soixante pour cent de ces personnes sont des adolescentes âgées de 14 à 16 ans, mais la revue des études de prévalence et d'incidence pour l'anorexie mentale et les troubles alimentaires apparentés chez les adolescents entre 12 et 18 ans montre que la plupart de ces études ont des méthodologies diverses et que les populations minoritaires sont sous-représentées [15].

Une étude hollandaise comparant les résultats de l'incidence de l'anorexie mentale entre les années 1985 et 1989 et les années 1990 et 1999 montre que le taux de l'anorexie mentale est relativement stable et passe de 7,4 à 7,8/100 000, mais dans le groupe d'âge des 15 à 19 ans, l'incidence de l'anorexie mentale répondant aux critères de diagnostic du DSM-IV a doublé [14]. Ces résultats sont interprétés comme une augmentation de l'anorexie mentale, mais semblent également liés à une reconnaissance plus rapide des troubles, par les médecins généralistes mieux formés

à ces pathologies et par les parents plus sensibilisés au danger de ce trouble.

Une étude finlandaise publiée récemment concernant la prévalence au cours de la vie, l'incidence et le taux de guérison à cinq ans de l'anorexie mentale ou d'un trouble apparenté, montre, dans une cohorte de jumelles de 2880 femmes nées entre 1975 et 1979, une prévalence pour l'anorexie mentale estimée à 2,2 % [10]. La moitié de ces sujets n'avaient pas été détectés dans les systèmes de santé. L'incidence pour l'anorexie mentale, chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, était estimée à 270/100 000 personnes par an. Le taux de guérison à cinq ans était de 66,8 %. Aucune différence n'a été observée entre les patientes détectées par le système de santé et celles qui ne l'étaient pas. Les sujets ayant guéri de la maladie étaient proches d'un point de vue psychopathologique de leur jumelle non affectée et des femmes ayant un poids normal. Cette étude concluait à une prévalence dans le temps et une incidence de l'anorexie mentale plus élevée que celles rapportées dans les études précédentes. La plupart de ses femmes guérissaient dans les cinq années suivantes. Les implications cliniques de ces résultats des études de prévalences montrent qu'un syndrome complet de trouble alimentaire reste peu fréquent et que des formes subcliniques ne sont pas détectées.

4. Facteurs de risque psychosociaux

Un idéal de la minceur est entretenu et amplifié depuis une trentaine d'années par les médias, les magazines féminins et le cinéma. Les filles, depuis leur plus jeune âge, sont confrontées à longueur de journée à des silhouettes de plus en plus minces, voire maigres qu'elles identifient comme étant la norme [16,17].

Les modèles empiriques de la pathogenèse des troubles alimentaires continuent à mettre l'accent sur le rôle causal de la pression sociale à la minceur [18], celle-ci étant transmise par les médias, l'environnement familial et les pairs. Les limitations méthodologiques continuent à poser un défi dans l'interprétation de la modulation par les facteurs socioculturels des voies étiologiques des troubles alimentaires.

Une étiologie multifactorielle complexe est envisagée, impliquant l'interaction de la prédisposition génétique et de certains facteurs de risque environnementaux spécifiques, en particulier les facteurs sociaux. Vers la fin des années 1970, le profil type de la personne susceptible d'être touchée par un trouble alimentaire a été décrit. Il s'agissait d'une jeune fille blanche, éduquée et issue d'une classe économique aisée. De plus, l'augmentation de la fréquence des troubles alimentaires constatée durant cette période semblait concomitante à la valorisation d'un idéal de minceur prôné dans les sociétés occidentales. À partir de ces constats, les recherches se sont intéressées à l'influence de la société sur les préoccupations corporelles et pondérales des adolescentes et des femmes.

Les troubles alimentaires ont été qualifiés de troubles liés à la culture. Les premières études réalisées montraient des disparités dans leur développement en fonction des différentes ethnies présentes aux États-Unis. Ces troubles étaient décrits dans les sociétés où la nourriture était abondante et où la minceur était convoitée. Les cultures plus pauvres dans les-

quelles les rondeurs étaient valorisées semblaient relativement épargnées par ces pathologies. Les femmes américaines noires étaient moins touchées par les troubles alimentaires que les Américaines blanches [19,20]. Et les étudiantes noires américaines choisissaient pour représenter le corps idéal une silhouette moins mince que celle choisie par les étudiantes blanches américaines [21]. Ces choix étaient en accord avec les préférences des hommes. Contrairement aux Américains blancs, les Afro-Américains montrent un penchant pour les femmes aux formes généreuses [22]. Toutefois, les résultats des recherches sur l'influence de la culture sont discordants. Des études récentes et de grandes ampleurs montrent que la prévalence des troubles alimentaires est la même, quelle que soit l'ethnie [23]. Ce changement s'expliquerait par la diffusion des standards de minceur qui désormais, atteindrait également toutes les sous-cultures américaines. Les sociétés valorisant les femmes aux formes généreuses adopteraient les valeurs occidentales et ce changement s'accompagnerait de l'apparition des troubles alimentaires [24]. Toutefois, en raison de problèmes méthodologiques variés, il est difficile de savoir si la prévalence a véritablement changé dans les cultures non occidentales ou si les estimations réalisées dans les études plus anciennes étaient biaisées. Des recherches sur les personnes migrantes ont mis en évidence une augmentation du risque chez les personnes ayant quitté leur pays par rapport à celles vivant dans leur nation d'origine [25]. Il semble que le degré d'acculturation joue également un rôle dans le développement des troubles alimentaires [26].

En dépit de résultats scientifiquement validés, les modèles étiologiques tenant compte de l'environnement incriminent la pression sociale à être mince, l'intériorisation du message sociétal et l'insatisfaction corporelle dans le développement des troubles alimentaires [27]. Les femmes subissent une pression et doivent se conformer à la silhouette idéale ultramince prônée par notre société. La minceur est par ailleurs associée à toutes les qualités. Dans notre société individualiste, les individus sont censés être capables d'obtenir ce qu'ils méritent grâce à leurs efforts. Les femmes doivent donc être en mesure de contrôler leur poids afin de se conformer au corps idéal. Ainsi, dans un contexte où le corps est considéré, de façon erronée, comme malléable à l'infini, le contrôle du corps est devenu synonyme de succès personnel au travers du contrôle de soi.

Malgré la puissance de la pression sociale à être mince, toutes les femmes ne développent pas un trouble alimentaire. C'est le degré auquel elles adhèrent à ces valeurs de minceur, c'est-à-dire le niveau d'intériorisation du message sociétal qui permettrait de prédire le développement de troubles alimentaires [28]. Plus le niveau d'intériorisation du message sociétal valorisant la minceur augmente, plus les jeunes filles sont insatisfaites de leur corps [29]. Or l'insatisfaction corporelle est désormais considérée comme un facteur étiologique majeur du développement des troubles alimentaires [30]. L'insatisfaction corporelle est l'évaluation subjective négative de sa silhouette ou de parties de son corps [5]. Actuellement des femmes de plus en plus nombreuses, sont insatisfaites de leurs formes corporelles et voudraient maigrir alors qu'elles ont un poids normal. Cette insatisfaction concerne également les adolescents. Une étude menée sur des adolescents américains entre 12 et 16 ans

révèle qu'environ 60 % des filles et 30 % des garçons désirent modifier leurs formes corporelles et leur poids. Des niveaux d'insatisfaction pathologiques sont retrouvés chez 25 % des adolescents. Plus préoccupant encore, les petites filles sont préoccupées par leur poids. Des études montrent que dès l'âge de cinq ans, elles sont tout à fait capables de faire une estimation correcte de leur silhouette. Et si on leur demande quelle est la silhouette idéale pour elle, elles choisissent une silhouette plus mince que la leur. À cet âge, les garçons sont satisfaits de leur corps. Et, Rodin pour décrire ce phénomène envahissant évoque « une insatisfaction normative ». Les femmes insatisfaites de leur corps vont se lancer dans les régimes pour perdre du poids. Le fait de ne pas réussir dans leur quête de minceur va entraîner chez une diminution de l'estime de soi et même de la dépression. Cela pouvant conduire certaines à des mesures de régime excessives et, dans des cas extrêmes, à des troubles alimentaires.

La pression sociale à la minceur est véhiculée par les médias, la famille et les pairs. Les médias sont accusés de véhiculer une image faussée de la réalité. Les mannequins filiformes s'affichent au regard de tous et deviennent pour les femmes, un modèle à atteindre. Les études réalisées sur la représentation des femmes dans les médias ont montré que la figure idéale féminine est de plus en plus mince. Les filles, depuis leur plus jeune âge, sont confrontées à des silhouettes de plus en plus minces, voire maigres qu'elles identifient comme étant la norme.

Or l'impact des médias est loin d'être négligeable. Les femmes exposées à des images représentant des femmes ultraminces ressentent des émotions négatives telles que la tristesse, la honte, du stress, de la culpabilité et étaient plus insatisfaites de leur corps [31]. Et ces effets néfastes sont encore plus importants chez les personnes ayant un haut niveau d'insatisfaction corporelle ou un niveau d'intériorisation de la minceur idéale élevé. Par ailleurs, les garçons et les filles qui s'efforcent de ressembler à une figure des médias ont plus de risques de développer des préoccupations pour le poids et de pratiquer des régimes de façon continue [32]. Les effets néfastes des médias ont une action immédiate, mais ils se prolongent également sur le long terme.

Un exemple saisissant de l'impact des médias provient de l'étude réalisée en 1995 aux îles Fidji au moment de l'arrivée de la télévision par satellite [33]. À cette date, on parlait peu de régimes aux îles Fidji et les habitants manifestaient une préférence pour les corps aux formes généreuses. Trois ans après l'arrivée de la télévision par satellite, 11 % des jeunes filles disaient avoir vomi pour contrôler leur poids (avant 1995, aucune jeune fille ne le faisait) ; 29 % (contre 13 % en 1995) présentaient des risques de développer des troubles alimentaires et 74 % des jeunes filles se trouvaient trop grosses. Les jeunes filles interrogées estiment que la minceur favorise les opportunités sociales et économiques. En Iran, pays dans lequel la télévision et les vidéocassettes occidentales étaient autrefois bannies, les jeunes filles de l'université de Tabriz montrent, désormais, des niveaux d'insatisfaction corporelle plus élevés que les étudiantes américaines [34].

Mais les médias ne sont pas les seuls vecteurs de la pression à être mince, les pairs jouent également un rôle important. Dès que l'âge scolaire est atteint, la famille commence, peu à peu à perdre

son emprise sur l'enfant, au profit de son groupe d'amis. Les adolescents cherchent à ressembler à leurs pairs dans de nombreux domaines, y compris celui de l'apparence physique. Les pairs renforcent les normes sociales et les filles apprennent, grâce à leurs pairs à valoriser la minceur et à pratiquer des régimes [35]. Pour de nombreux auteurs, les pairs peuvent contribuer au développement des troubles alimentaires [36].

Toutefois, la famille demeure le premier agent de socialisation. La famille peut renforcer le message sociétal lorsqu'elle crée autour de l'enfant un environnement mettant en valeur la minceur, les régimes et la pratique excessive du sport. Et pour Polivy et Herman [37], la façon la plus évidente de contribuer aux troubles alimentaires est de les encourager. En effet, les familles font souvent l'éloge de la minceur des jeunes filles et envient leur contrôle et leur discipline. Leur attitude de renforcement persiste souvent, même lorsque la jeune fille est sévèrement émaciée, ce qui contribue au maintien du trouble. Les familles de jeunes filles anorexiques semblent plus concernées que les autres par l'apparence physique et semblent avoir un plus grand besoin d'approbation sociale. Dans ces familles les interactions portent fréquemment sur les vêtements, le poids, l'exercice physique et les liens sociaux. Les mères d'adolescentes souffrant de troubles alimentaires ont de fortes préoccupations pour le poids [38]. Les filles à l'école primaire prennent leur mère et leur père comme modèles, en ce qui concerne les comportements liés au contrôle du poids. Les normes familiales concernant le poids permettent de prédire chez les adolescents, l'utilisation de comportements dysfonctionnels pour perdre du poids [39].

La transmission des valeurs culturelles peut également passer par les remarques des parents. Les parents sont, en général, satisfaits de l'apparence de leur enfant. Toutefois, plus l'enfant grandit, plus les parents sont critiques envers son physique. Même chez les enfants à l'école primaire, les remarques des parents concernant le poids et les formes sont associées à une insatisfaction corporelle et à des tentatives de perte de poids [40].

Les plaisanteries sur l'apparence physique ont un effet délétère bien démontré et sont associées à une diminution de l'estime de soi et de l'estime corporelle. Et cet impact n'est pas dépendant du poids de l'adolescent. Les pères, au travers de remarques et de plaisanteries au sujet du poids de leur fille, peuvent influencer sur les pratiques de restrictions alimentaires de celle-ci. Une étude réalisée en 2004 en Floride a tenté d'apprécier l'impact des plaisanteries concernant l'apparence physique, en fonction du membre de la famille qui les profère [41]. Environ un quart des jeunes filles avaient subi des moqueries concernant leur apparence ou leur poids de la part de leurs parents et environ un tiers des participantes ont été victimes de plaisanteries émanant d'un membre de la fratrie. Il semble que les pères soient plus souvent à l'origine des railleries que les mères. Parmi les membres de la fratrie, les frères aînés sont les plus moqueurs. L'impact des plaisanteries sur l'apparence ou le poids a été mesuré sur différentes variables : l'insatisfaction corporelle, les comparaisons sociales, l'intériorisation de l'idéal de la minceur, les comportements alimentaires restrictifs ou de boulimie. Les résultats montrent les moqueries, quelle que soit leur origine, ont un impact négatif, mais les conséquences les plus négatives sont liées aux plaisanteries émanant du père. Ces moqueries pater-

nelles ont également une incidence indirecte. En effet, avoir un père qui se moque augmente la probabilité que les frères et les sœurs le fassent également. Les plaisanteries des frères aînés semblent également être marquantes. À cette période de transition entre l'enfance et l'adolescence, les collégiennes font l'expérience de changements aussi bien au niveau de leur corps que dans les relations avec les membres de la famille et les pairs. Selon les auteurs de l'étude, les pères et les frères aînés représentent des modèles concernant les interactions sociales entre hommes et femmes et des remarques négatives provenant de ces figures masculines peuvent être très préjudiciables pour ces jeunes filles durant cette période de vulnérabilité. Les plaisanteries concernant leur apparence émanant de leurs mères, sœurs et jeunes frères ne seraient pas aussi pertinentes pour ces jeunes filles. Cependant, les enfants peuvent, également être influencés de façon indirecte par les perceptions qu'ils ont des idéaux de leurs parents concernant la silhouette et le poids.

Une recherche réalisée, dans le cadre de l'étude *The Growing Up Today Study (GUTS)*, [32] a tenté d'établir la contribution relative des pairs, des parents et des médias dans le développement des préoccupations pour le corps et des pratiques de régime des jeunes. Les garçons et les filles sélectionnés, en 1996, pour participer à la GUTS étaient les enfants de femmes qui collaboraient à l'étude *Nurses' Health Study II* depuis 1986. Ces femmes ont répondu tous les deux ans, entre 1986 et 1995, à des questionnaires grâce auxquels des informations concernant leur poids, leurs pratiques alimentaires et l'importance de leur silhouette ont été collectées. Ainsi, 6770 filles et 5287 garçons, entre neuf et 14 ans, ont été retenus pour l'étude et ont répondu, tous les ans, à des questionnaires envoyés par courrier électronique. Les enfants ont été interrogés sur leurs préoccupations au sujet du poids, sur l'importance de la minceur pour leurs pairs et leurs parents, sur les remarques faites sur leur poids par les pairs et par les parents ainsi que sur l'influence des médias. Les résultats montrent que l'influence des pairs n'est pas prédictive d'une préoccupation pour le poids. Ce résultat est en contradiction avec ceux d'autres études, mais il est possible que l'âge des participants influe sur les résultats. En effet, les participants sont jeunes et l'influence des pairs est alors peut-être moins déterminante que chez les adolescents. Certains résultats confirment le rôle de la mère dans la transmission des valeurs culturelles concernant le poids et les formes. Mais le résultat le plus surprenant est que les enfants qui estiment qu'il est important pour leur père qu'ils soient minces ont plus de chances, que leurs pairs d'être perpétuellement au régime. En revanche, la perception qu'ils ont de l'importance pour leur mère qu'ils soient minces n'est pas liée à la pratique de régime.

Depuis quelques années, les études se penchent sur le rôle de la comparaison sociale dans le développement de l'insatisfaction corporelle et des troubles alimentaires. En l'absence de standards objectifs définis, nous déterminons et évaluons nos habiletés et caractéristiques personnelles en nous comparant aux autres [42]. La comparaison sociale permet de sauvegarder l'estime de soi en fonction de la cible avec laquelle nous choisissons de nous comparer. La comparaison descendante est la tendance à se comparer avec des personnes « inférieures » à soi pour se rehausser soi-même. En revanche, la comparaison ascendante

mènerait à la dévalorisation de soi. Et pour maintenir l'estime de soi, l'individu préfère se comparer à des personnes relativement semblables à lui. Bien qu'il existe des critères définis concernant le poids minimum et le poids maximum, le jugement que l'on porte sur son poids est très subjectif et il est commode de se comparer aux autres. À la fin de l'enfance et au début de l'adolescence, la comparaison sociale joue un rôle important dans la perception de soi [43]. Les filles se comparent plus aux autres pour évaluer leur poids et leur apparence que ne le font les garçons. Pour certains auteurs, la pression socioculturelle a exacerbé notre tendance naturelle à nous comparer aux autres. Les femmes se comparent plus aux images des médias que ne le font les hommes [44]. Celles qui s'engagent dans de fréquentes comparaisons et qui choisissent pour se comparer à des « cibles supérieures » (comparaisons ascendantes) sont plus susceptibles de ressentir une insatisfaction corporelle et de s'engager dans des comportements alimentaires dangereux. Toutefois, certains modérateurs peuvent faire varier l'effet de la comparaison sociale. La minceur est associée à la réussite dans tous les domaines. Si on associe des images de minceur à une information invalidant cette croyance, les étudiantes sont plus optimistes envers le futur, leur estime de soi et leur estime corporelles sont plus élevées que celles des étudiantes ayant reçu l'information stéréotypique. Malgré de nombreuses inconnues, les programmes de prévention tiennent désormais compte des facteurs socioculturels. Ces programmes semblent montrer des résultats intéressants [45]. Les programmes de prévention mettent l'accent sur l'acceptation de sa silhouette et de la silhouette des autres. Ils informent sur le danger représenté par le fait de considérer sa silhouette comme une mesure d'évaluation de soi. Les programmes apprennent aux jeunes à résister à la pression sociale à être mince et à analyser le contenu des médias.

5. Conclusion

Il subsiste de nombreuses zones d'ombre dans l'épidémiologie de l'anorexie mentale. L'évolution naturelle de la maladie et l'influence du contexte socioculturel restent peu connus et d'autant plus que l'accès au soin varie fortement d'une population à l'autre. L'influence de la pression sociale à être mince et de la peur de l'obésité, véhiculées par les médias, les parents et les pairs, fait l'objet de nombreuses recherches afin de trouver des stratégies de prévention primaires et secondaires.

Toutefois, ce contexte environnemental particulier est inédit dans l'histoire de l'anorexie mentale. L'impact qui lui est attribué pourrait nous égarer dans la compréhension de ce qui est au cœur de cette maladie.

Références

- [1] Milos G, et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573–8.
- [2] Fairburn CG, et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45:1705–15.
- [3] Eddy KT, et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165:245–50.
- [4] Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383–96.
- [5] Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. 2000, Washington, DC: American Psychiatric Association. xxxvii, 943 p.
- [6] McKnight I. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry* 2003;160:248–54.
- [7] Patton GC, Coffey C, Sawyer SM. The outcome of adolescent eating disorders: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;(12 Suppl. 1):I25–9.
- [8] Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med* 2004;14:25–32.
- [9] Wade TD, et al. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:121–8.
- [10] Keski-Rahkonen A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007;164:1259–65.
- [11] Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2006;189:428–32.
- [12] Viricel J, et al. Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality and stable recovery rates. *Presse Med* 2005;34:1505–10.
- [13] Lucas AR, et al. Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: a population-based cohort study. *Mayo Clin Proc* 1999;74:972–7.
- [14] van Son GE, et al. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006;39:565–9.
- [15] Bulik CM, et al. Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *Int J Eat Disord* 2005;(Suppl. 37):S2–9.
- [16] Stice E, et al. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol* 1994;103:836–40.
- [17] Blowers LC, et al. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eat Behav* 2003;4:229–44.
- [18] Field AE, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003;112:900–6.
- [19] O'Neil. African American women and eating disturbances: a meta-analysis. *Journal of Black Psychology* 2003;29:3–16.
- [20] Striegel-Moore RH, et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003;160:1326–31.
- [21] Perez M, Joiner Jr TE. Body image dissatisfaction and disordered eating in black and white women. *Int J Eat Disord* 2003;33:342–50.
- [22] Greenberg DR, LaPorte DJ. Racial differences in body type preferences of men for women. *Int J Eat Disord* 1996;19:275–8.
- [23] Shaw H, et al. Body image and eating disturbances across ethnic groups: more similarities than differences. *Psychol Addict Behav* 2004;18:12–8.
- [24] Rieger E, et al. Cross-cultural research on anorexia nervosa: assumptions regarding the role of body weight. *Int J Eat Disord* 2001;29:205–15.
- [25] Becker AE, et al. Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord* 2003;33:205–12.
- [26] Cachelin FM, Weiss JW, Garbanati JA. Dieting and its relationship to smoking, acculturation, and family environment in Asian and Hispanic adolescents. *Eat Disord* 2003;11:51–61.
- [27] Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002;128:825–48.
- [28] Stormer SM, Thompson JK. Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *Int J Eat Disord* 1996;19:193–202.
- [29] Stice E, Whitenton K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Dev Psychol* 2002;38:669–78.
- [30] Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res* 2002;53:985–93.
- [31] Tiggemann M, Slater A. Thin ideals in music television: a source of social comparison and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord* 2004;35:48–58.
- [32] Field AE, et al. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001;107:54–60.

- [33] Becker AE, et al. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002;180:509–14.
- [34] Akiba D. Cultural variations in body esteem: how young adults in Iran and the United States view their own appearances. *J Soc Psychol* 1998;138:539–40.
- [35] Levine MP, et al. Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int J Eat Disord* 1994;15:11–20.
- [36] Huon GF, Walton CJ. Initiation of dieting among adolescent females. *Int J Eat Disord* 2000;28:226–30.
- [37] Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002;53:187–213.
- [38] Pike KM, Rodin J. Mothers, daughters, and disordered eating. *J Abnorm Psychol* 1991;100:198–204.
- [39] Neumark-Sztainer D, et al. Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:123–31.
- [40] Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord* 1999;25:263–71.
- [41] Keery H, et al. The impact of appearance-related teasing by family members. *J Adolesc Health* 2005;37:120–7.
- [42] Festinger L. A theory of social comparison processes. *Hum Relat* 1954;7:117–40.
- [43] Smolak L, Levine MP, Schermer F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *J Psychosom Res* 1998;44:339–53.
- [44] Smolak L, Levine MP, Thompson JK. The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *Int J Eat Disord* 2001;29:216–23.
- [45] Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:207–31.