



Master

2023

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Normes, pratiques et stéréotypes genrés dans la recherche médicale sur l'anorexie mentale : quelles approches et quels biais ?

D'Annunzio, Iona

How to cite

D'ANNUNZIO, Iona. Normes, pratiques et stéréotypes genrés dans la recherche médicale sur l'anorexie mentale : quelles approches et quels biais ? Master, 2023.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:170964>



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ**

**NORMES, PRATIQUES ET STÉRÉOTYPES GENRÉS DANS
LA RECHERCHE MÉDICALE SUR L'ANOREXIE MENTALE :
QUELLES APPROCHES ET QUELS BIAIS ?**

Iona D'Annunzio

Mai 2023

Mémoire de Master en études genre sous la direction de Claire Grino

Citation conseillée : D'Annunzio Iona (2023). Normes, pratiques et stéréotypes genrés dans la recherche médicale sur l'anorexie : quelles approches et quels biais ? Mémoire de Master, Université de Genève : Institut d'études genre, mimeo.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| RÉSUMÉ | 7 |
| ACRONYMES | 8 |
| INTRODUCTION | 9 |
| REVUE DE LA LITTÉRATURE : GENRE, SCIENCES MÉDICALES ET ANOREXIE | 12 |
| GENRE ET SCIENCES MÉDICALES | 12 |
| L'Androcentrisme du savoir médical | 12 |
| Médecine moderne : contrôle des corps féminins vs survalorisation du masculin | 12 |
| Des processus de production et de validation des savoirs androcentrés | 13 |
| Langage et science | 14 |
| Le Genre : un outil critique pour la recherche médicale ? | 15 |
| Le genre : « entre catégorie normative et outil critique » | 15 |
| Gender medicine | 16 |
| ANOREXIE MENTALE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE | 17 |
| Sociohistoire du diagnostic et épidémiologie de l'anorexie | 17 |
| Des premières mentions de la pathologie à l'établissement du diagnostic dans le DSM | 17 |
| Le débat autour de la continuité historique | 18 |
| Epidémiologie de la maladie : des difficultés méthodologiques | 19 |
| L'anorexie masculine : des écrits émergents | 20 |
| Sociohistoire de l'anorexie dans une perspective genre | 21 |
| Établissement de la pathologie : entre stéréotypes genrés et bouleversements sociaux | 21 |
| Des interprétations de la maladie qui s'appuient sur les normes et rôles genrés | 22 |
| L'anorexie sous l'angle de la critique des rapports de genre | 24 |
| Troubles alimentaires : évolution de la nosographie | 26 |
| Apparition de la boulimie dans les années 80 | 26 |
| Multiplication des troubles du comportement alimentaire | 27 |
| Distinction et continuum entre les différents troubles alimentaires | 28 |
| PROBLÉMATIQUE | 29 |
| METHODOLOGIE | 31 |
| Sélection du corpus d'étude | 31 |
| International journal of Eating Disorders | 31 |
| Sélection des articles | 32 |
| Une analyse en deux temps | 33 |
| Analyse du traitement des normes et pratiques genrés | 33 |
| Analyse des biais genrés | 34 |
| ANALYSE DU CORPUS D'ARTICLES SCIENTIFIQUES | 35 |
| LE TRAITEMENT DES NORMES ET PRATIQUES GENRÉES DANS LA LITTÉRATURE ACTUELLE | 35 |
| Gender medicine : définitions, apports et limites | 36 |
| Genre Vs genres : une absence de définition problématique | 37 |
| Nommer les biais genrés : entre réticences et avancées | 39 |

| | |
|--|-----------|
| L'identité sexuée comme variable : quels usages et quels apports ? | 42 |
| Limites : éviter les stéréotypes et dépasser l'opposition genre vs sexe ? | 43 |
| Sexualité et troubles alimentaires | 45 |
| Sexualité : des facteurs de développement des EDs ignorés ? | 45 |
| LGBTQI+ : des populations à risque ? | 47 |
| Comportements sexuels à risque : une comorbidité ? | 49 |
| Interactions familiales, sociales et rapports de genre | 51 |
| Une relation à la mère toujours centrale ? | 52 |
| Conflit interparental, rôles et espaces genrés | 54 |
| Discussion autour du traitement des normes et pratiques genrées | 56 |
| BIAIS GENRÉS DANS LA RECHERCHE MÉDICALE SUR L'ANOREXIE ET LES TROUBLES ALIMENTAIRES | 58 |
| Sélection et catégorisation des populations étudiées | 58 |
| Des populations étudiées qui tendent vers la mixité ? | 59 |
| Des modalités de recrutement qui définissent l'identité sexuée des populations | 60 |
| La binarité des modalités de catégorisation | 62 |
| Justification des populations non-mixtes | 63 |
| Un choix de population pas toujours explicité | 63 |
| Justification des populations féminines VS masculines | 65 |
| Le cas de l'anorexie : entre biais de sélection et choix volontaire | 68 |
| Des thématiques de recherche genrées | 70 |
| Perfection, anorexie et femmes | 70 |
| Émotions et interactions sociales | 73 |
| Pratiques sexuelles « risquées » ? | 77 |
| Discussion autour des biais genrés | 79 |
| CONCLUSION | 82 |
| BIBLIOGRAPHIE | 85 |
| Bibliographie primaire : corpus d'étude | 85 |
| Bibliographie secondaire | 94 |
| ANNEXES | 97 |
| ANNEXE N°1 : GRILLE D'ANALYSE TRAITEMENT DES NORMES ET PRATIQUES GENRÉES | 97 |
| ANNEXE N°2 : GRILLE D'ANALYSE LES BIAIS GENRÉS | 98 |

RÉSUMÉ

Notre recherche interroge l'influence des normes, pratiques et stéréotypes genrés sur la recherche médicale sur l'anorexie mentale. Nous analysons, d'une part, la manière dont les normes et les pratiques genrées sont abordées de façon explicite et, d'autre part, la manière dont les normes et stéréotypes genrés s'immiscent de façon inconsciente dans la recherche. Pour ce faire, nous avons sélectionné un corpus de 103 articles publiés dans la sphère académique médicale. En ce qui concerne le traitement des normes et pratiques genrées, une problématique centrale émerge dans le cas de la *gender medicine* : l'absence de définition du terme *gender*. Cependant, nos résultats ne rejoignent que partiellement la littérature existante sur le sujet, car si le terme *gender* est souvent utilisé comme un synonyme de *sex*, la discussion des normes et pratiques genrées n'est pas pour autant absente de la majorité des études. Le traitement proposé des normes et pratiques genrées au sein de ces études tend à enrichir la compréhension des EDs pour l'ensemble des personnes concernées, en posant notamment une perspective critique sur certains facteurs de développement de la maladie. Néanmoins, la grande majorité des articles étudiés maintient une focalisation de la recherche sur des populations majoritairement ou exclusivement féminines, entraînant un traitement genré de la maladie. Certaines thématiques de recherche, telles que la tendance au perfectionnisme ou la régulation des émotions semblent être le résultat de biais genrés qui montrent l'influence des stéréotypes de genre au sein de la recherche médicale sur l'anorexie.

ACRONYMES

AN : Anorexia nervosa / Anorexie mentale

APA : American Psychiatric Association

ARFID : Avoidant Restrictive Food Intake Disorder / Trouble de l'alimentation selective et/ou d'évitement

ASD : Autism Spectrum Disorder / Troubles du spectre autistique

BED : Binge Eating Disorder / Trouble de l'hyperphagie boulimique

BMI : Body mass index / Indice de masse corporelle

BN : Bulimia Nervosa / Boulimie

DE : Disordered Eating / Alimentation désordonnée

DEB : Disordered Eating Behaviors/ Comportements alimentaires désordonnés

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAT : Eating Attitude Test / Questionnaire auto administré mesurant la fréquence des attitudes et des comportements caractéristiques des troubles du comportement alimentaire

ED / EDs : Eating disorder(s) / Trouble(s) du comportement alimentaire

recAN : recovered from Anorexia Nervosa / rétabli-e et guéri-e du trouble de l'anorexie mentale

EDI : Eating Disorder Inventory / Questionnaire mesurant les traits psychologiques et symptômes associés aux troubles du comportement alimentaire

SMF ou SMW : Sexual minority Female (s) ou Woman (en) / Femme (s) appartenant à une minorité sexuelle

SMM : Sexual Minority Male(s) / Homme appartenant à une minorité sexuelle

UWCB : Unhealthy Weight Control Behaviors / Pratiques malsaines de contrôle du poids

INTRODUCTION

L'anorexie est mentionnée comme pathologie pour la première fois au 19^e siècle en France et en Angleterre. Le diagnostic se répand ensuite progressivement dans la littérature médicale, essentiellement en Europe et aux États-Unis. Au cours des années 1960, la production scientifique sur la maladie augmente considérablement. La maladie ne fait cependant véritablement son entrée dans l'espace public que dans les années 1970 (Darmon, 2003 ; Godin, 2016). Les recherches s'intéressant à ce trouble s'étendent bien au-delà des disciplines habituellement en lien avec la santé et la maladie mentale. Psychiatrie, psychologie, endocrinologie, neurologie, pédiatrie, nutrition, diététique, sociologie, études féministes, études genre : quelle que soit la discipline, un élément central relie les différentes perspectives, la prévalence de la maladie chez les femmes. Il est courant de lire que 90% à 95% des anorexiques sont des femmes (Brumberg, 1988 ; Godin, 2016 ; Turner, 1990 ; Wolf, 2002). Ce postulat implique donc 5 à 10% de cas masculins, très peu mentionnés dans la littérature. La règle de grammaire française, qui stipule que le masculin l'emporte sur le féminin, ne semble donc pas s'appliquer à l'anorexie. Sans chercher à contester la prévalence des cas féminins sur les cas masculins, nous nous intéressons aux mécanismes qui ont contribué à focaliser l'attention sur les femmes et marginaliser ainsi les hommes touchés. En l'absence d'explication physiologique à l'anorexie, les interprétations de la maladie vont rapidement trouver leur source dans le social, en particulier les rapports et normes de genre. Alors que la majorité des explications psychomédicales de l'anorexie mobilisent les normes de genre pour expliquer la prévalence de la maladie chez les femmes, les chercheuses féministes vont interpréter la maladie comme une conséquence directe des rapports de genre. Plusieurs féministes ont ainsi proposé une perspective genre de l'anorexie en se focalisant sur l'interprétation et les causes de développement du trouble (Godin, 2016).

Dans la continuité du travail réalisé par Godin (2016), notre objet de recherche n'est pas l'expérience des anorexiques, mais ce que la littérature scientifique en dit. L'étiologie multifactorielle et controversée de l'anorexie rend la recherche sur la maladie particulièrement « perméable aux idées, normes et valeurs qui organisent la vie sociale » (Godin, 2016, p.3). Si la recherche a souvent posé la question du rôle des rapports et normes de genre dans les causes et le développement de la maladie, peu de chercheur·se·s semblent avoir interrogé les biais genrés au sein de la recherche. Des études en sciences sociales et en psychiatrie ont cependant soulevé des biais dans le diagnostic de l'anorexie masculine, qui est rendu difficile en raison de l'association de la maladie aux femmes (Corbeil-Serre et al., 2014 ; Godin, 2016 ; Hepworth, 1999). Certaines chercheuses en sciences sociales, telles que Hepworth (1999) et Moulding (2009) ont étudié les pratiques médicales et le discours des professionnel·le·s de santé, dans le cadre du traitement de l'anorexie. Elles ont ainsi relevé des biais genrés dans les processus de traitement et de diagnostic des patient·e·s. Moulding (2009) a étudié les rapports de pouvoir qui régissent les relations entre les psychiatres

hommes et les jeunes femmes anorexiques. Elle a notamment relevé une forte présence des stéréotypes genrés au sein du discours des médecins sur leurs patientes. Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons également aux biais genrés, mais au sein de la recherche médicale sur l'anorexie. Pour ce faire, nous analysons un corpus d'articles publiés dans la sphère académique médicale.

Dans le cadre de ce projet de recherche, le genre, en tant qu'outil d'analyse, vise à souligner les mécanismes d'assignation d'une maladie aux femmes et à comprendre l'influence des normes, pratiques et stéréotypes genrés sur la production des connaissances médicales. Nous nous interrogeons également sur l'usage actuel du terme genre au sein de la recherche médicale sur l'anorexie. Comme nous le verrons au cours de notre revue de la littérature, l'historique du terme a créé une ambiguïté autour de ce dernier (Fassin, 2008). Nous considérons le genre comme une catégorie d'analyse, un outil théorique pour saisir « le système qui produit ces sexes comme deux réalités distinctes » (Bereni et al. 2020, p.33). Nous retenons la définition de Scott (1988) : « le genre est un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir » (p.141). Nous distinguons donc le genre, en tant que système de valeurs et de pratiques, et les femmes et les hommes, en tant que catégories sociales résultant de ce système (Bereni et al. 2020). Afin de ne pas créer de confusion, nous utilisons le terme identité sexuée pour faire référence aux catégories hommes/femmes. Nous considérons que les normes de genre sont « toutes formes de genre, de sexe et de sexualité répétées et/ou imposées » (Alessandrin & Esteve-Bellebeau, 2014, p.47). Les pratiques de genre découlent donc des règles de conduite dictées par ces normes. Les stéréotypes de genre sont des constructions sociales de la réalité exprimant et essentialisant les valeurs et croyances collectives genrées (Alessandrin & Esteve-Bellebeau, 2014).

Nous considérons les troubles du comportement alimentaire, dont l'anorexie mentale ou *anorexia nervosa* (AN) fait partie, tels que définis par l'*American Psychiatric Association* (APA) dans les différentes éditions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Cette définition est retenue dans la grande majorité des études sur les troubles du comportement alimentaire ou *eating disorders* (EDs) en Amérique du Nord et en Europe. Si l'aspect culturellement situé de la maladie est actuellement contesté (Habermas, 2005), notre recherche est de ce fait circonscrite à cette zone géographique qui a produit et continue de produire la majorité des connaissances scientifiques sur les EDs. Il est important de noter que l'AN tient une place particulière au sein des EDs. En effet, l'AN est la première des catégories de diagnostic à être développée à la fin du 19^e siècle, alors que la boulimie ou *bulimia nervosa* (BN) n'apparaît qu'à la fin du 20^e siècle (Godin, 2016). Le DSM-V recense actuellement, dans la catégorie *Feeding and Eating Disorders*, 6 autres catégories de diagnostics. Si l'AN est souvent abordée en lien avec d'autres EDs, leurs historiques distincts, les écarts en termes d'épidémiologie ainsi que l'importante variation dans les taux de létalité associés à chaque ED nous incitent tout d'abord à focaliser notre recherche sur l'AN. Cependant, nous verrons au cours de la sélection de notre corpus d'étude, que les tendances actuelles de la recherche sur les EDs nous amènent à étudier des recherches regroupant plusieurs EDs ou relevant des facteurs de développement communs à différents troubles.

Notre recherche se positionne dans la continuité de divers travaux réalisés par la critique féministe des sciences ainsi que la sociologie de la santé et de la médecine. Dans les années 1970, la critique féministe a d'abord porté son attention sur le manque de femmes dans la science. Elle s'est ensuite penchée sur les effets du genre sur la pratique scientifique (Keller, 1992). Des travaux pionniers de Martin (1991) aux plus récents de Grino (2020), la critique féministe des sciences interroge l'influence du genre sur l'ensemble de la pratique scientifique. Ces travaux contredisent l'idée reçue selon laquelle la science révélerait la réalité matérielle de la nature, indépendamment de la société. La sociologie de la santé et de la médecine a montré comment le genre, en parallèle d'autres systèmes d'inégalités, régit le système de santé et influence la qualité des soins fournis. Le genre est un élément central de la stratification sociale qui affecte les hommes et les femmes en tant qu'acteur·rice·s et bénéficiaires du système de santé (Anspach, 2010). Que ce soit par le biais de la critique féministe des sciences ou celui de la sociologie de la santé, les sciences sociales ont démontré l'emprise des normes, pratiques et stéréotypes genrés sur tous les niveaux du domaine médical : des processus de recherche qui produisent les connaissances médicales aux systèmes de santé qui les mettent en application.

Ces différentes observations nous amènent à poser la question de recherche suivante : Comment les normes, pratiques et stéréotypes genrés influent-ils sur la recherche médicale sur l'AN ? Cette question de recherche nous permet d'adresser deux facettes d'une même problématique en analysant, d'une part, la manière dont les normes et pratiques genrées sont abordées de manière explicite et, d'autre part, la manière dont les normes et stéréotypes genrés s'immiscent de façon inconsciente dans la recherche médicale sur l'AN. Afin de saisir plus en profondeur la pertinence de notre question de recherche, nous effectuerons tout d'abord une revue de la littérature qui explore l'historique et l'application du terme genre au sein des sciences médicales, ainsi que la sociohistoire de l'AN. Après avoir constitué notre problématique, nous présenterons la méthodologie choisie. Par la suite, nous aborderons notre analyse en deux volets principaux : nous étudierons, dans un premier temps, le traitement qui est proposé des normes et pratiques genrées et, dans un deuxième temps, les biais genrés au sein de la recherche médicale sur l'AN. Finalement, nous discuterons des limites de notre étude, ainsi que des pistes de réflexion et futures possibilités de recherche que notre étude soulève.

REVUE DE LA LITTÉRATURE : GENRE, SCIENCES MÉDICALES ET ANOREXIE

Afin de problématiser notre question de recherche, nous proposons une revue de la littérature qui s'articule en deux parties. Nous commencerons par explorer l'historique et l'application du terme genre au sein des sciences médicales. Ensuite nous dresserons une sociohistoire de l'AN et des EDs, en nous intéressant plus spécifiquement à l'influence et au traitement des rapports et normes de genre dans l'interprétation de l'AN.

GENRE ET SCIENCES MÉDICALES

La remise en question des causes biologiques comme fondement de la différence et de la hiérarchisation des sexes par les féministes a non seulement permis de soulever les causes sociales et politiques à l'origine de cette différenciation, mais a également entraîné une relecture plus générale des savoirs constitués. Cette relecture a, entre autres, mis en avant l'androcentrisme régnant dans le milieu scientifique (Devreux, 2016). Le savoir scientifique présenté comme universaliste tend à ignorer l'aspect situé de ce dernier. La science ne doit donc pas être interprétée comme un reflet de la nature, mais comme un discours sur la nature (Keller, 1992). En ce qui concerne plus particulièrement le champ de la médecine, les critiques féministes ont démontré que les processus de définition et de traitement des maladies sont également des processus sociaux et culturels (Anspach, 2010). Nous proposons, dans un premier temps, d'explorer l'androcentrisme du domaine médical, tel que relevé par la critique féministe des sciences, puis, dans un deuxième temps, l'histoire du concept de genre, ses différents usages et, plus spécifiquement, son application actuelle dans le domaine médical.

L'ANDROCENTRISME DU SAVOIR MÉDICAL

Médecine moderne : contrôle des corps féminins vs survalorisation du masculin

De nombreux·ses féministes ont critiqué la mainmise de la médecine sur les corps des femmes, plus particulièrement, sur ses capacités reproductives. Au 18^e siècle, l'adoption du modèle dit des deux sexes entraîne une production de savoirs considérable sur les différences biologiques supposées distinguant les hommes et les femmes (Anspach, 2010). Les femmes deviennent objets du savoir et les hommes producteurs de celui-ci. La santé des femmes, surtout lorsqu'elle touche à la reproduction, est observée de très près. L'idée que les femmes sont biologiquement inférieures aux hommes sert de base à la constitution des connaissances médicales modernes. Les femmes sont alors considérées comme d'éternelles malades et chaque différence biologique observée tend à être pathologisée (Salle & Vidal,

2017). Plus particulièrement, les phases de reproduction : menstruations, ménopause et grossesse sont traitées comme des maladies (Anspach, 2010). Les théories de la médecine moderne se fondent donc sur l'hypothèse d'un corps féminin intrinsèquement malade et biologiquement inférieur à celui de l'homme. La focalisation des sciences médicales sur les femmes traduit une volonté de contrôle de celles-ci et surtout de leurs capacités reproductrices, dans une période pleine de changements sur le plan politique et social.

La critique féministe des sciences a relevé deux tendances qui peuvent paraître contradictoires. Dans un premier temps, nous observons une surexploitation des femmes qui entraîne de nombreux abus au sein des recherches et des traitements réalisés sur ces dernières. À la fin du 18^e siècle, le corps médical strictement masculin établit des maladies exclusivement féminines, dont les causes sont systématiquement imputées aux organes génitaux. Le 19^e siècle voit l'apparition de maladies non plus exclusivement féminines, mais majoritairement féminines : les maladies nerveuses, dont l'hystérie (Edelman, 2000). Malgré la multiplication des recherches réalisées sur les femmes, les connaissances produites sont fortement biaisées et, comme mentionnées précédemment, servent avant tout une volonté de contrôle des corps féminins, plutôt que la recherche d'un meilleur état de santé. Dans un deuxième temps, l'androcentrisme des sciences a entraîné une survalorisation du cas mâle ou masculin. Le masculin s'impose comme le cas général, universel et tend ainsi à mettre au second plan les cas féminins ou femelles (Devreux, 2016). Nous parlons ici de cas féminin ou femelle et de cas mâle ou masculin, car la survalorisation du masculin s'observe également dans l'étude des animaux. Des biais genrés s'infiltrèrent jusqu'au niveau cellulaire (Keller, 1992). La généralisation du modèle masculin engendre, dans certains domaines de recherche, une méconnaissance des symptômes et des manifestations spécifiques aux femmes pour certaines maladies. Ceci entraîne une sous-évaluation de la part de population féminine touchée par ces maladies, ainsi que des difficultés de diagnostic et de traitement. Nous pouvons citer l'exemple des maladies cardiovasculaires (Devreux, 2016).

Des processus de production et de validation des savoirs androcentrés

Au-delà du savoir médical, l'ensemble du savoir scientifique s'est construit et développé comme un domaine strictement masculin, et ce, jusqu'au 20^e siècle. La science s'est construite comme une pratique désincarnée, alors même que les femmes ont été exclues de la pratique en raison de leur corps. L'objectivité, principal critère de scientificité, se définit comme une approche impersonnelle, transcendant l'individualité, mais paradoxalement masculine (Keller, 1992). Si l'association du concept d'objectivité aux hommes peut être imputée aux connaissances erronées sur la différence sexuelle, nous pourrions être amenées à croire que l'inclusion des femmes dans la production scientifique suffirait à rectifier le problème de l'androcentrisme des sciences. Cependant, l'androcentrisme de la production scientifique n'influence pas seulement le contenu de la recherche, mais la définition même des processus de production et de validation des savoirs. La science regroupe un ensemble de pratiques et de connaissances déterminées culturellement. Au cours du processus de production des savoirs, de nombreux facteurs interviennent en plus des forces de la logique dite scientifique (Keller, 1992).

Les *science studies* ont démontré qu'à chaque niveau de la production scientifique des choix s'opèrent. Ceux-ci sont toujours influencés par le contexte social, économique et politique dans lequel ils s'effectuent (Keller, 1992). Du processus de recueil des données à l'interprétation des résultats, aucune étape de la production des savoirs n'échappe à l'influence du social. La science ne s'effectue pas en dehors de la société, elle est, bien au contraire, au centre de celle-ci et cherche à répondre à des besoins politiques et sociaux précis. L'influence des facteurs sociaux, économiques et politiques ne se limite bien évidemment pas au genre. La science, telle que nous la concevons actuellement, s'est également construite dans un contexte de colonisation et donc de hiérarchisation des races. Elle restera longtemps intégralement, et encore partiellement à l'heure actuelle, pratiquée par des individus issus des classes supérieures. La pratique scientifique s'est donc construite à partir de normes et valeurs sexistes, racistes et classistes. Dans son analyse des recherches sur les primates, Haraway (1989) montre comment les scientifiques transposent leur propre vécu et leur culture sur leur recherche. La race, la classe et le genre s'immiscent ainsi dans la pratique scientifique. La misogynie des scientifiques transparait dans l'ensemble des actions réalisées au sein du laboratoire, de la construction des outils de recherche jusqu'au langage servant à retranscrire les résultats des expériences réalisées. L'influence du genre sur la science ne peut donc pas être considérée en dehors des autres systèmes de valeur qui structurent et hiérarchisent le contexte social, tels que le classe et la race.

Langage et science

D'après le site *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment*¹, le langage et les représentations visuelles sont des éléments essentiels à tous les domaines de la production de connaissances scientifiques. Le langage utilisé dans la recherche est loin d'être neutre, il est imprégné des valeurs et des normes propres à la société et à l'époque dans laquelle la recherche est réalisée, comme l'ont prouvé les travaux de Martin (1991). Les analogies et les métaphores employées dans le discours scientifique ne décrivent pas uniquement les résultats, elles construisent également des représentations et véhiculent des conceptions sur l'objet de recherche (Devreux, 2016). Le langage employé par les scientifiques permet d'analyser, entre autres, la perméabilité des recherches aux stéréotypes de genre. L'exemple donné par Haraway (1989), dans son analyse des travaux du primatologue Harlow, est éloquent. Le vocabulaire employé dans la description des expériences fait référence, entre autres, à des mères diaboliques et un portant à viol. Le langage reflète ici le sexisme régnant dans l'ambiance du laboratoire et qui a influencé la construction du dispositif de recherche.

L'expression "les preuves parlent d'elles-mêmes" est couramment employée et celle-ci reflète bien l'absence de réflexivité sur l'impact du langage au sein de la production scientifique, les preuves ne parlant, bien sûr, pas d'elles-mêmes. Plutôt que de poser une démarche réflexive quant aux liens entre langage, culture et science, les scientifiques ont cherché à techniciser leur langage afin de l'éloigner du langage dit courant, imprégné de valeurs culturelles.

¹ <https://genderedinnovations.stanford.edu/>

Le langage employé par les scientifiques, notamment à travers l'usage de métaphores peut introduire des idéologies au sein de la production scientifique, sans que celles-ci soient explicitement discutées (Keller, 1992). Les travaux de Martin (1991) ont montré comment les stéréotypes de genre sont transposés sur les ovules et les spermatozoïdes dans le discours scientifique. Plus récemment, Grino (2020) a soulevé les conséquences des standards androcentrés sur la recherche se focalisant sur la congélation des ovocytes. Si ces auteures soulèvent les conséquences de l'androcentrisme sur la qualité de la recherche, elles montrent également comment celui-ci perpétue la conception selon laquelle le corps féminin est intrinsèquement malade et problématique, réitérant ainsi les stéréotypes de genre.

LE GENRE : UN OUTIL CRITIQUE POUR LA RECHERCHE MÉDICALE ?

Le genre : « entre catégorie normative et outil critique »

Comme le rappelle Fassin (2008), ce n'est pas au féminisme que l'on doit l'invention du concept de genre, mais à la psychologie et à la psychiatrie, plus spécifiquement à la clinique de l'intersexuation et de la transsexualité états-unienne des années 1950 et 1960 (Bereni et al., 2020). Si la notion de genre, telle que développée dans le champ psychomédical, permet une certaine forme de dénaturalisation du sexe, elle ne remet pas pour autant en cause les normes sociales. Lorsque les féministes s'approprient le concept de genre dans les années 1970, elles poursuivent le processus de dénaturalisation tout en renversant l'approche. Elles passent ainsi d'une optique de normalisation à une visée critique. D'après Fassin (2008), ce transfert disciplinaire a créé autour du terme genre une ambiguïté fondatrice :

« Pour autant la notion de genre n'échappera jamais définitivement à cette ambiguïté fondatrice : encore aujourd'hui elle reste prise dans une double logique, potentiellement contradictoire — entre catégorie normative et outil critique. Autrement dit, le genre est, sinon par nature, du moins d'origine, une arme à double tranchant. » (Fassin, 2008, p.378)

Les études genre deviennent un champ d'étude à part entière dans les années 1980 aux États-Unis et, plus tardivement, en France où le champ de recherche sur les rapports entre les sexes n'est désigné par le terme genre que dans les années 2000 (Bereni et al., 2020). Malgré l'opposition que rencontre le genre en tant que concept critique et outil scientifique, tant dans le domaine académique qu'au sein de la société en général, le terme est entré dans le langage courant. Si le concept de genre a ainsi gagné en légitimité, sa banalisation a également multiplié ses définitions et usages :

« Aux États-Unis, il fait désormais partie de "l'usage ordinaire" : on le propose couramment comme synonyme de femmes, de différences entre les sexes, de sexe. Parfois, il signifie les règles sociales imposées aux hommes et aux femmes, mais il ne renvoie que rarement au savoir qui organise nos perceptions de la "nature" » (Scott, 1999, citée par Fassin, 2008, p.385)

Il en est de même en France, où le terme est employé dans les interactions quotidiennes, dans les médias et au sein des institutions. Il fait alors souvent référence à un sexe social ou psychologique et est bien souvent employé au pluriel (Bereni et al., 2020). La banalisation du

terme engendre donc une diminution de sa dimension critique, voire un retour à des fins normatives. Ces observations nous amènent à nous pencher plus spécifiquement sur l'usage du terme au sein de la recherche médicale actuelle.

Gender medicine

La critique féministe des sciences et de la médecine a permis l'émergence d'un champ d'étude que Klinge (2010) nomme la *gender medicine* ou *genderbased medicine*, qui regroupe chercheur·se·s, clinicien·ne·s et responsables politiques :

« Gender Medicine as an innovation of biomedical research focuses on sex, gender and health, and addresses women's and men's health issues in research and clinical practice. The aim of this new research field is to develop a sex and gender sensitive research practice which will lead to an adequate knowledge base for clinical treatment and informed health policies. » (Klinge, 2010, p.17)

Au sein de ce champ d'étude, de nombreuses institutions - telles que *l'International Society of Gender in Medicine* ou encore *Berlin Institute of Gender in Medicine* - et des revues scientifiques spécialisées - telles que *Gender Medicine* - ont vu le jour. La *gender medicine* cherche à réduire les inégalités de santé et à améliorer la qualité de la recherche médicale pour tout·e·s (Klinge, 2010). Ces initiatives se traduisent notamment par la multiplication des *gender matched studies*. Au sein de ces études, les chercheur·se·s tentent de faire correspondre des profils masculins avec des profils féminins dans le but de saisir l'influence de l'identité sexuée sur l'élément étudié.

Néanmoins, l'emploi du terme genre au sein de ce champ pose problème à plusieurs niveaux. Klinge et Singh (2016) ont analysé 74 articles publiés en 2011 dans la base de données *PubMed* comprenant le terme genre et maladie dans le titre. La majorité des études portent sur les maladies cardiovasculaires, mais une variété de domaines de recherche sont représentés dans leur échantillon. Un des éléments soulevés par l'étude est l'interchangeabilité qui semble être de mise entre les termes genre et sexe. Le terme genre est principalement utilisé comme un substitut du terme sexe et, si le terme genre apparaît dans le titre de l'étude, c'est souvent une analyse en termes d'identité sexuée qui est proposée. Les études offrent ainsi une analyse des différences biologiques dans la manifestation des maladies, l'état des patient·e·s et leur traitement. Si l'étude des différences entre hommes et femmes offre de nombreux avantages, notamment l'inclusion des femmes dans certains domaines d'études au sein desquels elles étaient auparavant négligées, elle présente également des inconvénients :

« Cette approche dualiste présente le risque de trop accentuer des différences entre femmes et hommes qui pourraient en réalité être compliquées par des facteurs tels que l'IMC, l'âge, la taille ou le niveau de revenu. » (Klinge & Singh, 2016, pp.54-55)

D'après Klinge et Singh (2016) les analyses dans une perspective genre sont toujours absentes de la littérature médicale, même si quelques articles emploient le terme, le genre en tant que processus social ou relationnel y est peu référencé. De plus, si les analyses proposées peuvent servir à rétablir un équilibre entre les femmes et les hommes dans la production de données médicales pour certaines maladies, elles risquent également de renforcer cer-

tains présumés genrés, ainsi que de mettre de côté d'autres facteurs biologiques et sociaux. La *gender medicine* peut permettre de rectifier certaines inégalités de genre dans le domaine médical. Néanmoins, elle ne pose pas pour autant un regard critique sur les rapports de pouvoir à la base de ces inégalités. La médecine semble avoir donc suivi la mode actuelle qui réduit le concept de genre à un synonyme des différences entre les sexes, voire un simple synonyme de sexe.

ANOREXIE MENTALE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Dans cette deuxième partie de notre revue de la littérature, nous établissons une sociohistorique de l'AN, en nous intéressant plus spécifiquement à la place des normes et rapports de genre au sein de celle-ci. Nous présentons également un bref historique du développement des différents diagnostics qui composent actuellement la catégorie des troubles du comportement alimentaire.

SOCIOHISTOIRE DU DIAGNOSTIC ET ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ANOREXIE

Des premières mentions de la pathologie à l'établissement du diagnostic dans le DSM

La découverte médicale de l'AN est attribuée aux docteurs Gull et Lasègue. En France, en 1873, Lasègue emploie le terme d'anorexie hystérique pour décrire ses cas d'études. Un an plus tard, en Angleterre, Gull emploie le terme d'*anorexia nervosa* (Hepworth, 1999). Tous deux étudient des cas de jeunes femmes hyperactives qui refusent de s'alimenter, sans autres problèmes physiologiques apparents (Godin, 2016). Le Dr Gull relève, à l'époque, des cas d'anorexie chez de jeunes hommes mais, considérant ces cas comme marginaux, ils n'apparaissent pas dans son rapport final (Hepworth, 1999). Au 19^e siècle, avant son établissement en tant que pathologie, le terme anorexie est considéré par les médecins comme un symptôme caractérisé par l'absence d'appétit et pouvant être relié à une variété de maladies organiques et psychiatriques. Ainsi, lorsque le Dr Gull définit l'anorexie en tant que pathologie à part entière, il doit prouver d'une part que la personne atteinte n'est pas folle et d'autre part qu'elle ne souffre pas d'une autre maladie causant le manque d'appétit (Brumberg, 1988). La restriction de la population malade aux jeunes femmes facilite cette distinction.

Dès le début de la construction du diagnostic, l'AN est présentée comme une maladie touchant principalement les femmes, plus spécifiquement celles issues des classes moyennes et supérieures de la société (Hepworth, 1999). La diffusion des écrits de Gull amène d'autres médecins à attribuer des cas de privation alimentaire chez des femmes au même trouble psychique. Le diagnostic se répand ainsi progressivement dans la littérature médicale, essentiellement en Grande-Bretagne. La pathologie est mentionnée pour la première fois aux États-Unis en 1893 (Hepworth, 1999). Même si l'AN continue d'être citée durant la première moitié du 20^e siècle dans le domaine psychiatrique, les écrits restent peu nombreux et dans la continuité des travaux initiaux (Godin, 2016 ; Hepworth, 1999).

C'est en 1968 que l'AN apparaît dans le DSM-II. Dans cette première publication, la pathologie est mentionnée dans une catégorie particulière : « *Special symptoms not elsewhere classified* » (Godin, 2016, p. 11). Si les critères de diagnostic présentés dans le DSM-II ne limitent pas la pathologie aux femmes, la prévalence est indiquée pour les femmes et non pour les hommes. Ce n'est qu'en 1980, dans le DSM-III, que des critères de diagnostic sont rédigés, l'AN prend alors la première place dans la catégorie des troubles alimentaires :

- « A. Intense fear of becoming obese, which does not diminish as weight loss progresses.
- B. Disturbance of Body image, e.g claiming to "feel fat" even when emaciated.
- C. Weight loss of at least 25% of original body weight or, if under 18 years of age, weight loss from original body weight plus projected weight gain expected from growth charts may be combined to make the 25%.
- D. Refusal to maintain body weight over a minimal normal weight for age and height.
- E. No known physical illness that would account for the weight loss. » (APA, 1980, p.69, cité dans Godin, 2016, p.11)

Dans les DSM-III R la perte de poids requise pour un diagnostic passe de 25% à 15% et la prévalence ainsi que le taux de mortalité associés à la maladie sont revus à la baisse. La prévalence passe d'un cas pour 250 femmes âgées de 12 à 18 ans, à une estimation entre 1 cas sur 100 et 1 cas sur 800 femmes âgées de 12 à 18 ans. Le taux de mortalité, située entre 15 et 21% dans les DSM-III, est estimé entre 5 et 18% dans le DSM-III R. Le point D est remplacé par le critère de l'aménorrhée chez les femmes, c'est-à-dire une absence de règles durant au moins trois mois. Le point E du DSM-III est retiré.

Les critères de diagnostic évoluent peu entre le DSM-III R et le DSM-IV. Cependant, le DSM-IV introduit deux sous-types d'AN : le type restrictif et le type accompagné de crises de boulimie/vomissement ou prise de purgatifs (Godin, 2016). Dans le DSM-V, les contraintes quant au poids et le critère de l'aménorrhée sont retirés. Ces modifications permettent d'étendre le diagnostic à certains cas atypiques, mais ne constituent pas un véritable changement dans le diagnostic de la maladie (Godin, 2016). Une nouvelle catégorie nommée « *Other specified feeding or eating disorder* » apparaît. Celle-ci inclut le diagnostic d'AN atypique qui s'adresse aux personnes qui présentent tous les symptômes de l'AN, mais maintiennent un poids normal. Les caractéristiques centrales de l'AN ont peu changé depuis l'établissement de la maladie au 19^e siècle. Les différentes formulations proposées dans chaque version du DSM ont cependant tenté de traduire ces caractéristiques en des critères concis et compréhensifs, tout en cherchant à rendre compte de la diversité des expériences et conséquences de la maladie (Walsh, 2017).

Le débat autour de la continuité historique

Les critères de diagnostic ne font pas l'unanimité dans le domaine de la santé mentale. Un des débats oppose les défenseur-se-s d'une continuité historique entre l'AN et les formes de jeûnes extrêmes pratiqués avant le 19^e siècle et les défenseur-se-s d'une pathologie moderne apparue au 19^e siècle. La principale distinction se situe dans la prise en compte ou non de

certains critères psychologiques, tels que l'altération de la perception de la forme corporelle ou la peur de la prise de poids (Habermas, 2005).

Au 12^e et 13^e siècles, les femmes pratiquant de fortes restrictions alimentaires sont considérées comme des saintes, leur comportement étant associé à une forme d'ascétisme (Darmon, 2008). À partir du 17^e siècle, à la suite des chasses aux sorcières qui se répandent dans toute l'Europe, les femmes pratiquant le jeûne ascétique sont considérées comme possédées par le diable (Hepworth, 1999). Quelle que soit la position revendiquée par rapport à l'historicité de la maladie, nous remarquons un intérêt constant des institutions, qu'elles soient politiques, religieuses ou scientifiques, pour les pratiques alimentaires restrictives des femmes. Leur interprétation semble évoluer avec les valeurs et les normes de la société, notamment à travers sa médicalisation qui entraîne une inscription des jeûnes dans le domaine médical (Darmon, 2008). Ainsi, la focalisation des premiers cas d'études sur les femmes s'inscrit dans une logique historique, l'intérêt pour les pratiques alimentaires féminines ainsi que leur interprétation étant des sujets de débats récurrents dans l'histoire occidentale.

Epidémiologie de la maladie : des difficultés méthodologiques

Au fur et à mesure des publications du DSM, les caractéristiques statistiques qui complètent le diagnostic évoluent. Lasèque et Gull ne présentent que des cas féminins dans leurs écrits et la taille de la population étudiée est restreinte (Hepworth, 1999). Le regain d'intérêt pour la maladie dans les années 1960 marque le début des enquêtes épidémiologiques. Le DSM-III indique un taux de prévalence estimé à 0,4% chez les femmes âgées de 12 à 18 ans. Dans le DSM-III R, il est estimé entre 0,125% et 1%, et dans le DSM-IV entre 0,5% et 1%. D'après l'APA, la prévalence de la maladie augmente, sans que nous puissions savoir si ceci est dû à une réelle augmentation du nombre de cas ou à un meilleur recensement de ces derniers. Le DSM-V affirme que 90% des anorexiques sont des femmes (Godin, 2016).

Au sein de la littérature, les taux de prévalence cités montrent cependant de fortes variations. Wolf (2002) mentionne des chiffres du *National Institutes of Health statistics* estimant une prévalence parmi la population féminine états-unienne située entre 1 et 2%. Brumberg (1988) fait monter ces taux à 5 ou 10%. Les chiffres cités dans la littérature varient donc de manière non négligeable. Les enquêtes épidémiologiques montrent des résultats très disparates, notamment en ce qui concerne la prévalence chez les hommes et les femmes, même si la prévalence chez les hommes est généralement estimée à un dixième de celle chez les femmes (Attia, 2017). Certaines études ne relèvent aucun cas masculin et d'autres proposent des taux de prévalence égaux entre hommes et femmes (Godin, 2016). Si les chiffres présentés dans le DSM confirment une prévalence beaucoup plus forte chez les femmes, nous remarquons, cependant, de fortes fluctuations entre les résultats des différentes enquêtes épidémiologiques qui ne permettent pas de confirmer de manière exacte le portrait statistique de l'AN. Les taux de mortalité de la maladie semblent se maintenir à un niveau élevé. L'AN est, en effet, souvent considéré comme le trouble psychiatrique ayant le taux de mortalité le plus important. Environ 20% des décès liés à l'AN sont causés par des suicides, mais de nouveau Godin (2016) souligne des taux de mortalité parfois sous-estimés ou surestimés

selon les modalités de recension, entraînant des variations non négligeables dans les taux annoncés.

Plusieurs difficultés se posent lors des enquêtes épidémiologiques. Les écarts dans les définitions retenues, la variation des méthodes de diagnostic, les faibles taux d'incidence et de prévalence compliquent le recensement des cas (Darmon, 2008 ; Godin, 2016). Avant même de considérer les difficultés méthodologiques rencontrées lors des enquêtes épidémiologiques, des biais semblent se glisser dans les processus de diagnostic. La littérature met l'accent sur les biais concernant l'ethnicité et la classe sociale :

« L'épidémiologie de la maladie est plombée par un problème d'étiquetage, dans la mesure où l'anorexie et la boulimie sont reconnues plus tôt dans les classes moyennes et supérieures que dans les couches inférieures de la société (...) Un phénomène semblable paraît jouer aussi en ce qui a trait à l'origine ethnique. » (Godin, 2016, pp.19)

Le stéréotype de l'anorexique blanche issue des classes sociales moyennes ou supérieures persiste malgré des enquêtes contredisant cette hypothèse, et continue d'influencer l'étiquetage des anorexiques, tant par l'entourage que par le milieu médical (Godin, 2016). Hepworth (1999) soulève certains de ces biais à travers une série d'entretiens réalisée auprès de membres du personnel médical :

« Nurse V.'s observations are characterized by the diagnosis of endogenous depression (depression arising from causes inside the body) in males rather than anorexia nervosa (...) Nurse V. emphasizes the similarity in the presentation of males and females, yet they become diagnosed differently (...) but the "reason the diagnoses are different" remains unclear to her. » (Hepworth, 1999, pp.72-73)

Sans chercher à remettre en cause une prévalence majoritaire du trouble chez les femmes, elle s'interroge sur la manière dont la construction de l'AN comme une maladie féminine affecte la compréhension des cas masculins parmi les professionnel·e·s de la santé. La plupart des interviewé·e·s mentionnent n'avoir traité que peu ou pas de cas d'AN masculine. Cependant, ils admettent des doutes face à certains cas, voire une incompréhension, lorsque des symptômes similaires à ceux de l'AN aboutissent à un diagnostic distinct. De manière générale, il est très difficile d'estimer le nombre de personnes atteintes d'AN, les personnes touchées minimisent souvent les symptômes, n'acceptent pas nécessairement le diagnostic et quittent souvent abruptement le traitement, voire le refusent entièrement (Attia, 2017).

L'anorexie masculine : des écrits émergents

Les écrits sur l'AN masculine sont peu nombreux et, contrairement à l'AN féminine, ils se limitent principalement au domaine psychiatrique. Même si les études sur le sujet sont limitées, les taux de mortalité semblent se rapprocher de ceux observés chez les femmes (Weltzin, 2017). En 2014, les publications portant sur l'AN masculine sont considérées comme émergentes (Corbeil-Serre et al., 2014). Les études montrent une méconnaissance de l'existence même de l'AN masculine par certains psychiatres dans les années 1980 (Agman & Chambry, 2006). Dans le milieu médical, l'AN masculine est désormais une réalité, mais cette dernière ne semble pas s'étendre en dehors du champ psychiatrique :

« (...) si le débat est bien vivant parmi les épidémiologistes quant à l'incidence, à la prévalence et aux taux de mortalité des troubles alimentaires, ces données semblent peu questionnées par ceux et celles qui s'intéressent à leur dimension socioculturelle. » (Godin, 2016, p.21)

Les articles rédigés sur le sujet confirment une incidence plus faible chez les hommes, mais avancent une sous-estimation due à un diagnostic moins accepté et plus difficilement repérable (Agman & Chambry, 2006). D'après Weltzin (2017), les hommes sont moins susceptibles de reconnaître qu'ils ont un problème, ils ont moins de chance d'être diagnostiqué par un·e professionnel·le de santé, ils sont également moins enclins à rechercher de l'aide ou une forme de traitement, enfin, il est aussi moins probable qu'ils soient adressés à un spécialiste. L'association de la maladie aux femmes a une influence sur les attitudes du corps médical, des patient·e·s et de leur entourage, créant d'importants écarts dans le diagnostic et le traitement des hommes. De manière plus générale, le stigmate qui entoure les troubles psychiatriques pèse plus lourdement sur les hommes que sur les femmes (Weltzin, 2017).

Weltzin (2017), émet l'hypothèse selon laquelle, même si la majorité des hommes atteints de troubles alimentaires seraient hétérosexuels, les homosexuels seraient surreprésentés parmi les hommes diagnostiqués avec un trouble alimentaire. Ceci s'expliquerait, d'après lui, notamment, par une plus forte pression exercée par les pairs à maintenir une certaine esthétique corporelle chez les homosexuels que chez les hétérosexuels.

SOCIOHISTOIRE DE L'ANOREXIE DANS UNE PERSPECTIVE GENRE

L'absence d'une explication biologique au développement de la pathologie amène les chercheur·se·s à se tourner rapidement vers les normes et valeurs culturelles pour interpréter la maladie (Godin, 2016). Sans chercher à émettre des liens de causalité entre les rapports de genre et l'attribution de l'AN aux femmes, nous considérons le genre comme un facteur de renforcement du mécanisme d'attribution de la maladie aux femmes. L'AN est une pathologie multifactorielle (Arnoult, 2015). Cependant, en raison de notre sujet d'étude nous nous concentrons sur les interprétations qui font appel, dans une perspective critique ou non, aux rapports, normes et stéréotypes genrés dans leur argumentation. Nous émettons l'hypothèse que la forte prévalence de l'AN chez les femmes a entraîné un traitement genré de la maladie. Nous explorons dans un premier temps les différentes manières dont les normes et stéréotypes genrés ont affecté la construction et la diffusion du diagnostic, en présentant le contexte social qui entoure les deux moments clefs de l'évolution de l'AN. Dans un deuxième temps, nous parcourons brièvement les interprétations de la maladie qui s'appuient sur, et de ce fait renforcent, les normes et stéréotypes de genre. Dans un troisième temps, nous présentons les interprétations de l'AN qui se fondent sur une approche critique des rapports et normes de genre.

Établissement de la pathologie : entre stéréotypes genrés et bouleversements sociaux

Afin de mieux saisir l'impact des normes de genre sur la construction de la pathologie, nous considérons le système de valeurs en place aux deux moments clefs de l'évolution de l'AN.

L'AN s'inscrit dans la longue liste des pathologies modernes construites par les psychiatres au cours du 19^e siècle. La formulation du diagnostic, dont sa focalisation sur les femmes, résulte de l'influence des valeurs de l'époque (Edelman, 2000). Pour comprendre l'émergence et le développement de l'AN en tant que pathologie moderne, il faut donc considérer le contexte sociohistorique qui entoure la psychiatrie de la fin du 19^e siècle. Comme mentionné précédemment, celle-ci est notamment caractérisée par un corps médical exclusivement masculin et des connaissances médicales sur le corps féminin extrêmement genrées. Les maladies nerveuses, dont l'hystérie, sont au cœur des débats (Edelman, 2000). Même si le diagnostic d'AN est séparé de celui de l'hystérie, des liens apparaissent entre les deux. En effet, le Dr Lasègue réalise ses premières observations de l'AN dans le cadre d'une recherche sur les différentes manifestations de l'hystérie, il emploie d'ailleurs le terme d'anorexie hystérique (Darmon, 2008). Hepworth (1999) montre comment les premiers écrits sur l'AN fondent leurs explications, ainsi que la formulation du diagnostic, sur l'idée d'un manque de rationalité chez les femmes. Ceci explique en partie la marginalisation des cas masculins.

Un contexte social particulier entoure le regain d'intérêt pour la pathologie durant les années 1960. Nous verrons par la suite que ces événements sont repris par certains psychiatres pour expliquer l'augmentation de la prévalence de l'AN. La première vague de féminisme qui se forme à la fin du 19^e siècle se concentre sur l'égalisation des droits entre hommes et femmes, avec l'accès à l'éducation, au marché du travail et au droit de vote. À la fin des années 1960, une deuxième vague de féminisme se constitue, notamment en France, avec la naissance du Mouvement de libération des femmes. Ce mouvement défend une dénaturalisation des rapports de sexe, questionnant ainsi les rôles traditionnels attendus des femmes. Dans les années 1970, une véritable évolution s'observe dans l'ensemble du monde occidental, non seulement la question de l'égalité des droits, mais également la dénaturalisation des rôles attribués aux hommes et aux femmes. Dans la continuité de ces mouvements féministes, les études analysant les rapports de pouvoir entre les sexes entrent dans une phase d'institutionnalisation (Vannouvong, 2017). Ce processus s'amorce aux États-Unis d'où proviendront les premiers écrits féministes sur l'AN que nous présenterons par la suite. Ainsi, les cadres institutionnels qui se forment favorisent l'émergence des écrits féministes et des approches critiques par le genre dans le milieu académique. Nous verrons par la suite que les bouleversements sociaux induits par les mouvements féministes seront désignés comme une des causes du développement de l'AN.

Des interprétations de la maladie qui s'appuient sur les normes et rôles genrés

Dans les années 1960, les interprétations psychiatriques de l'AN considèrent l'AN comme une forme de répression de la sexualité, un défaut du développement sexuel. Le psychiatre Crisp concentre ses explications de l'AN sur le critère de la phobie de la prise de poids. Il interprète celle-ci comme un défaut du développement sexuel :

« La manière dont il [le psychiatre Crisp] évalue la rémission de ses patients est, de ce fait, dépendante de ce qu'il considère comme un développement sexuel normal. Dans ce cadre, la conformité aux rôles sociaux prescrits est cruciale et représente la mesure première du succès de l'intervention thérapeutique » (Godin, 2016, p.77)

Cette interprétation de l'AN se place dans la continuité des travaux des psychanalystes Freud et Charcot qui lient ce qu'ils nomment alors anorexie hystérique à une forme de frustration sexuelle, entre autres (Turner, 1990). Crisp met également l'accent sur la récupération d'un poids normal, afin de remettre en marche le développement hormonal qu'il lie au développement sexuel (MacSween, 1996). Crisp va traiter autant de cas d'AN masculine que féminine. Cependant, lorsqu'il émet des causes quant à l'apparition de ces défauts du développement sexuel, celles-ci sont dirigées vers la transformation des rôles féminins et du modèle dominant de féminité. À l'inverse des théories féministes qui interpréteront par la suite l'AN comme le résultat de la domination des femmes par la société patriarcale, celle du développement sexuel attribue l'AN au bouleversement des rôles féminins qui débute dans les années 1960. D'après Crisp, l'augmentation des cas d'AN est liée au mouvement de libération des femmes. L'entrée des jeunes filles dans l'AN serait une réaction à la perte de repères causée, entre autres, par la contestation des normes de genre et les engagements militants de leurs mères. L'AN est, non seulement, interprétée comme une forme de déviance des normes de genre, mais cette déviance serait provoquée par les bouleversements sociaux induits par les mouvements féministes. D'autres auteur·e·s vont reprendre des arguments similaires. Ces derniers rattachent le développement de l'AN à un rejet de la féminité et un retardement du passage de l'adolescence à l'âge adulte chez les femmes (Hepworth, 1999). Ces discours sont fortement influencés par les écrits de Freud :

« The problem of anorexia nervosa becomes located in the woman's attitude towards sexuality, reducing the analysis to a dichotomy about the rejection/acceptance of heterosexual femininity. This course of thinking is overwhelmingly based on traditional theories about unresolved conflict during psychosexual development. » (Hepworth, 1999, p.49)

De nombreux écrits interprètent ainsi le comportement anorexique comme un moyen de réprimer la sexualité féminine et d'effacer certains signes de l'identité sexuée (Turner, 1990).

Dans les années 1980, la théorie des systèmes familiaux postule l'origine du trouble dans les relations familiales. Elle est nourrie par l'apport de chercheur·se·s dans les domaines de la psychanalyse, de l'approche socioculturelle et du féminisme (Hepworth, 1999). Les écrits de la psychiatre et psychanalyste Hilde Bruch influencent fortement cette approche de l'AN, avec une compréhension des origines du trouble qui s'inscrit plus particulièrement dans la relation mère-enfant (Godin, 2016). La lecture de cette théorie dans une perspective critique peut nous amener à interroger les raisons qui ont entraîné cette focalisation sur le lien maternel. Comme le fait remarquer Hepworth (1999), la focalisation sur la figure maternelle s'explique d'une part à travers les attributions genrées au sein de l'organisation familiale et, d'autre part, à travers une tradition des discours psychanalytiques et psychiatriques à se centrer sur la figure maternelle. En parallèle de la figure maternelle, une figure de la fille modèle se dessine dans l'approche de Bruch :

« In the family history of her anorexic patients the consistent description of the anorexic daughter is of the perfect child – well behaved, academically successful and compliant. » (MacSween, 1996, p.40)

Le rapport au père est aussi mentionné dans le travail de Bruch. Elle dépeint un système d'interaction familiale fortement marqué par les stéréotypes de genre, avec d'un côté une mère contrôlante, protectrice et frustrée, et de l'autre un père narcissique et émotionnelle-

ment distant. Au milieu se trouve une jeune fille modèle victime de ces deux figures. Les écrits de Bruch ont par ailleurs fortement nourri l'imaginaire populaire sur l'AN (Godin, 2016). La théorie des systèmes familiaux, dans la continuité du travail de Bruch, constitue la majorité des écrits en psychologie à partir des années 1980. Les familles anorexiques sont au cœur des analyses. Les interactions familiales sont présentées comme la source du mal-être des jeunes filles anorexiques. Le modèle familial se pense en fonction du partage genré des tâches. L'éducation, la santé et l'alimentation des enfants relevant traditionnellement du rôle de la mère, les explications se tournent donc dans un premier temps sur son comportement. De nouveau, les bouleversements sociaux récents sont mis en cause :

« Si ces mères ne remplissent pas leur rôle adéquatement, si elles sont contrôlantes et rigides, c'est parce qu'elles n'ont pas pu accéder au marché du travail que les femmes ont, à cette époque, entrepris d'investir massivement. Exclues des transformations engendrées par les mouvements féministes et remplies d'amertume, elles rejettent consciemment ou non leur colère sur leurs filles. » (Godin, 2016, p.110)

L'approche par les relations familiales continue à mettre l'accent sur les femmes, avec la mise en lien de deux figures centrales : une mère frustrée et une jeune fille modèle victime des interactions familiales. Sans remettre en question la pertinence clinique des approches par le système familial, nous constatons que ces dernières renforcent les stéréotypes et rôles genrés au sein de la famille.

L'anorexie sous l'angle de la critique des rapports de genre

Les premiers écrits féministes, ainsi que le développement du modèle socioculturel proposent une approche critique des rapports de genre dans leurs interprétations de l'AN. Les inégalités et les pressions normatives genrées deviennent la clef de l'explication. Même au sein de la psychiatrie, certaines interprétations commencent à poser un regard critique sur l'incidence des rôles genrés sur l'AN. Le psychiatre Slade argumente que les pratiques anorexiques émergent au croisement des normes de régulation des corps et des rôles genrés attribués aux femmes :

« Slade then goes on to suggest that when the "ethics of body regulation", as described above, meet the female gender role anorexia becomes even more explicable, for it is the latter, in emphasizing compliance and the need for women to be physically attractive, which causes the pre-anorexic girl to be highly vulnerable to both familial pressures to succeed through personal effort, and social pressures to regulate her body through food control. » (MacSween, 1996, p.34).

Cette explication qui s'appuie sur les rôles genrés, marque un éloignement progressif du déterminisme biologique des explications de Crisp (MacSween, 1996). Les explications de Slade introduisent une forme de critique des normes de genre. Si jusqu'à présent l'AN a été pensée comme le résultat d'un écartement ou d'un dysfonctionnement du système genré qu'il faudrait rectifier, les pressions normatives genrées sont ici considérées comme une des causes du développement de la maladie.

À partir des années 1960, le développement de la critique envers la psychiatrie va progressivement entraîner l'émergence d'un nouveau modèle d'explication de l'AN : le modèle

socio-culturel (Hepworth, 1999). La minceur et la fragilité deviennent des symboles de féminité à la fin du 19^e siècle. Dans les années 1950, ce modèle de minceur est imposé en force (Poulain, 2002). Cette évolution des modèles corporels féminins est progressivement considérée comme une des causes principales de l'AN (Hepworth, 1999). De plus, l'essor des médias de masse à la fin des années 1960 et au début des années 1970 entraîne une diffusion de ce nouveau modèle corporel, notamment à travers le milieu de la mode. Bruch attire l'attention sur le lien entre la diffusion de ces nouveaux modèles de féminité et le développement de l'AN (Hepworth, 1999). La critique se dirige donc vers des modèles corporels féminins considérés comme excessifs. Une attention particulière est portée sur les médias en tant qu'agent de socialisation et les articles associant les médias, l'idéal de minceur et l'AN se multiplient (Godin, 2016). Néanmoins, malgré une considération du rôle que jouent les pressions normatives dans le développement de la maladie, les théories se focalisent sur la symbolique de la minceur, laissant de côté les autres pressions normatives :

« Dans la mesure où l'on fait de la minceur, donc de la beauté, le symbole de la conformité à toutes les exigences qui pèsent aujourd'hui sur l'individu, une exploration plus approfondie du système normatif qui régit nos sociétés paraît superflue. On en fait donc l'économie et on rabat les causes des troubles alimentaires sur une quête avant tout esthétique » (Godin, 2016, p.81)

La focalisation sur l'injonction sociétale de minceur peut à la fois être lue comme une critique des pressions normatives genrées, ainsi qu'un renforcement de celles-ci. L'AN, pensée à partir d'une quête d'esthétique, peut difficilement ou moins aisément s'appliquer aux hommes considérant les normes de genre. La remise en cause de l'injonction sociétale de minceur apparaît davantage comme une critique de la radicalisation des idéaux corporels féminins, plutôt qu'une réelle remise en question des normes de genre.

Les premiers écrits féministes sur l'AN sont publiés dans les années 1980 (MacSween, 1996). Les explications féministes émettent un lien de causalité entre les pressions normatives genrées et le développement de l'AN chez les femmes. Ces normes trouvent leur source dans la société patriarcale et consumériste. Les féministes s'appuient sur la maladie pour formuler une critique de la domination masculine et des exigences qui en découlent (Godin, 2016). La radicalisation des standards esthétiques est pointée du doigt comme dans le modèle socioculturel et plusieurs arguments des interprétations psychiatriques et psychanalystes sont repris. La focalisation sur le lien maternel se retrouve également parmi les explications des chercheuses féministes (Godin, 2016 ; MacSween, 1996). Cependant, les explications féministes poussent la critique des normes au-delà des modèles corporels. Par exemple, la psychanalyste et féministe Lawrence pense l'AN à partir d'une quête de contrôle de la part des anorexiques, qui servirait à compenser le manque d'emprise qu'elles ont sur leur position sociale (MacSween, 1996). Dans sa propre analyse de la pathologie, MacSween (1996) met en avant l'importance d'une approche sociologique de l'AN :

« My contention in this book is that we cannot fully understand the anorexic symptom without an analysis of the structure of social meanings and social practices in bourgeois patriarchal culture; only a collective feminist engagement with those meanings and practices as social can transform the subjection of women which leads anorexia. » (MacSween, 1996, p.254)

Elle incite donc à penser l'AN comme une réponse à la structure sociale et non comme des réactions individuelles qui se trouvent aux croisements de différentes explications. Les normes de genre sont considérées comme incompatibles avec le développement d'un soi autonome. L'appropriation du sujet par les féministes se fait aussi dans un objectif de visibilité des problématiques féminines. Wolf (2002) critique le manque de mobilisation des institutions face à ce qu'elle considère être une épidémie sans précédent. Leur contribution apporte une réelle critique du système de valeurs en place, mais de nouveau celui-ci se focalise sur les normes féminines. Turner (1990) reconnaît l'apport des approches féministes, mais regrette la réduction des causes de l'AN au seul résultat de la culture patriarcale et capitaliste qui omet la complexité du corps et du comportement anorexique. Avec la prolifération des écrits féministes sur la maladie, l'AN n'est plus seulement une maladie des femmes, c'est aussi une problématique féminine et politique.

TROUBLES ALIMENTAIRES : ÉVOLUTION DE LA NOSOGRAPHIE

Nous effectuons une brève présentation des différents troubles alimentaires. Si notre sujet d'étude se centre sur l'AN, il nous semble important de mentionner le développement des autres diagnostics, afin de mieux saisir les mécanismes de catégorisation et de distinction des différents troubles alimentaires.

Apparition de la boulimie dans les années 80

Les premières mentions de la BN sont recensées en France dans les années 1960. Un psychiatre décrit alors les crises de boulimie et les purges réalisées par quelques femmes prenant une pilule de régime. Le nom du trouble est attribué au psychiatre anglais Gerald Russell qui publie un article sur le syndrome en 1979 (Gordon, 2017). C'est en 1980, que la BN apparaît dans le DSM-III. Le trouble étant à l'époque bien moins connu que l'AN, peu d'informations sont données à son sujet. Godin (2016) note d'ailleurs que la première définition de la BN se rapproche de celle du *Binge eating disorder* (BED) établie dans le DSM-V. Gordon (2017) va jusqu'à dire que le diagnostic de BN n'est apparu que dans le DSM-III R, le diagnostic rédigé dans le DSM-III étant en réalité un diagnostic de BED. En effet, l'accent est mis sur les crises d'hyperphagie plutôt que sur les vomissements et autres techniques purgatives. Dans le DSM-III R, les pratiques purgatives sont placées au centre du diagnostic. Dans le DSM-IV la définition se modifie peu, mais l'APA fixe les critères de diagnostic :

- « A. Survenue récurrente des crises de boulimie (« binge eating »). (...)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (Anorexia nervosa). » (APA, 2004, p.260-261, cité par Godin, 2016, p.14)

Comme pour l'AN deux sous-types sont définis : *purging type* et *non purging type*. Dans le DSM-V, aucun changement majeur n'apparaît dans les critères de diagnostic. La fréquence des crises de boulimie passe de deux à une fois par semaine pendant trois mois, permettant d'élargir la population susceptible de recevoir un diagnostic. À travers ces critères, nous constatons comment l'APA distingue la BN de l'AN, tout en s'inspirant du modèle de diagnostic de l'AN, notamment en ce qui concerne les sous-types de diagnostics. L'AN sert de référence et de modèle pour la construction des autres EDs.

Multiplication des troubles du comportement alimentaire

Le nombre d'EDs identifiés augmente au début du 21^e siècle. Cette augmentation est due à la création de nouveaux diagnostics ainsi qu'au regroupement des *feeding disorders* et *eating disorders* (Walsh, 2017). Le DSM-V voit donc l'apparition d'un nouveau trouble : le BED. Il se distingue de la BN par l'absence de comportements compensatoires inappropriés et doit pouvoir être identifié indépendamment d'épisodes d'AN ou de BN, comme il est précisé dans le dernier critère du diagnostic :

« E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa » (APA, 2013, cité par Godin, 2016, p.17)

Le BED était déjà présent dans le DSM-IV en tant que diagnostic provisoire, indiquant que plus de recherches étaient nécessaires à ce sujet (Gordon, 2017).

Dans le DSM-IV trois catégories de diagnostics apparaissent dans la catégorie *Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood* : *pica*, *ruminant disorder*, *feeding disorder of infancy or early childhood*. Ces trois troubles sont déplacés dans le chapitre *Feeding and eating disorders*. Le *feeding disorder of Infancy or early childhood* est renommé *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) (Walsh, 2017). Ce changement de catégorisation s'explique notamment par le retrait du critère de l'âge d'apparition des troubles, fixé à 6 ans au plus tard dans le DSM-IV. L'établissement de ce nouveau trouble alimentaire tente de rassembler les personnes présentant les critères pour le diagnostic du *feeding disorder of Infancy or early childhood* avec un certain nombre de cas qui ne rentraient pas dans les catégories existantes, notamment les comportements d'évitement alimentaire fondés sur des propriétés sensorielles. Le point C des critères de diagnostic de l'ARFID établit une distinction avec l'AN et la BN, notamment à travers l'absence de rapport problématique au corps et au poids (Walsh, 2017). Le trouble alimentaire *pica* renvoie à l'ingurgitation répétée de substances non comestibles et le trouble de *ruminant* renvoie à la régurgitation d'aliments ayant été précédemment avalés. Comme pour l'ARFID les critères d'âge sont retirés de ces catégories, ces troubles ayant été observés en dehors de l'enfance.

Une nouvelle catégorie est créée : *Other specified feeding or eating disorders*. Celle-ci inclut : l'AN atypique mentionnée précédemment, le BED *of low frequency and/or limited duration*, le *purging disorder* qui comprend des pratiques de purges régulières sans crises boulimiques, ainsi que le *night eating syndrome* qui se caractérise par des consommations alimentaires excessives après le repas du soir ou durant la nuit. Le DSM-V inclut également

une catégorie nommée *unspecified feeding or eating disorder* qui permet au personnel médical de poser un diagnostic lorsque les caractéristiques du trouble alimentaire ne sont pas clairement identifiables, notamment en raison d'un manque de données (Godin, 2016 ; Walsh, 2017).

Distinction et continuum entre les différents troubles alimentaires

Si la pertinence clinique de la catégorisation actuelle des EDs est reconnue au sein du milieu médical, un problème majeur est régulièrement mentionné par rapport à la nosographie. En effet, le système de diagnostic des troubles du comportement alimentaire passe par une catégorisation qui distingue les troubles alimentaires les uns des autres, alors que les phénomènes décrits au sein de ces troubles semblent se placer dans un continuum. Les diagnostics sont constitués de manière à créer des groupes homogènes, qui permettent notamment de comparer différentes recherches. Cette catégorisation ne facilite cependant pas le regroupement et l'étude de problématiques similaires au sein de thématiques de recherche plus étendues (Walsh, 2017). Par exemple, l'AN et l'ARFID ont en commun la restriction alimentaire, la BN et le BED sont tous deux caractérisés par les crises de boulimie.

La séniorité du diagnostic d'AN semble lui conférer une place particulière au sein des troubles alimentaires. Comme nous avons pu le constater, de nombreux troubles ne peuvent être diagnostiqués que si les symptômes apparaissent en dehors du contexte de l'AN. La possibilité d'un épisode d'AN doit donc d'abord être exclue avant de pouvoir considérer un autre diagnostic. D'après Keel (2017), 30% des personnes atteintes de BN ont eu une longue expérience de l'AN, cependant la BN ne peut être diagnostiquée que lorsqu'elle apparaît en dehors du contexte de l'AN. L'inclusion de l'ARFID dans les troubles du comportement alimentaire se justifie, entre autres, par l'observation de nombreux cas de restriction alimentaire qui ne coïncident pas avec les critères de diagnostics de l'AN ou de la BN (Bryant-Waugh, 2017). De nombreuses personnes atteintes de EDs rencontrent également des problèmes d'anxiété et de dépression, ainsi que d'autres troubles psychiatriques. Ces comorbidités semblent également relier les différents troubles, sans que les manières dont ces liens opèrent ne soient encore claires (Walsh, 2017).

Comme pour de nombreux troubles psychiatriques un continuum s'opère entre ce qui est considéré comme un comportement normal et ce qui est considéré comme pathologique. Les critères qui permettent le diagnostic évoluent au fur et à mesure de la recherche. Ainsi la modification ou la suppression de certains critères modifie le nombre de personnes susceptibles de recevoir un diagnostic. La ligne de démarcation n'étant pas claire, le diagnostic repose en grande partie sur l'identification par le personnel médical de problèmes cliniquement significatifs. Comme il a été mentionné précédemment pour l'AN, cette situation induit de forts risques de biais dans l'établissement ou non d'un diagnostic.

PROBLÉMATIQUE

Comme nous avons pu le constater au cours de notre revue de la littérature, le genre influence les recherches de différentes manières, qu'il s'agisse de formuler les questions de recherche, choisir les méthodologies, sélectionner les populations étudiées ou encore rendre compte des résultats et les interpréter. À chaque étape de la production des connaissances scientifiques, des choix sont faits. Ceux-ci ne se font pas seulement d'un point de vue cognitif, ils sont également influencés par les techniques disponibles et les valeurs culturelles en place (Keller, 1992). Depuis peu, la médecine a commencé à employer le terme genre au travers de la *gender medicine*, un terme dont l'usage était jusqu'alors limité au champ psychomédical. Cependant, ce champ de recherche est composé majoritairement d'études se focalisant sur les différences biologiques observées dans la manifestation des maladies, l'état des patient·e·s et le traitement. Le terme genre est donc principalement utilisé comme un substitut du terme sexe et perd ainsi sa dimension critique au sein de la médecine (Singh et Klinge, 2016). L'AN et les EDs semblent cependant, dans une certaine mesure, se présenter comme une exception à cette règle.

La littérature montre une construction de l'AN qui s'effectue en deux étapes : l'émergence du diagnostic au sein de la psychiatrie, puis l'extension des écrits sur la maladie à d'autres domaines scientifiques et académiques. La maladie, considérée comme majoritairement féminine par les chercheur·se·s en psychiatrie, induit des conceptions populaires d'une maladie entièrement féminine. Les cas masculins, marginalisés dans les premiers écrits psychiatriques, sont pratiquement absents des autres publications académiques. De plus, les données épidémiologiques produites sont relativement peu remises en question malgré une variation importante des taux d'incidence selon l'identité sexuée entre les différentes enquêtes. En l'absence d'explication physiologique à l'AN, les interprétations de la maladie vont rapidement trouver leur source dans le social, en particulier les rapports de genre. Le contexte de bouleversement social entourant l'entrée de la maladie dans l'espace public dans les années 1960 est utilisé pour justifier l'augmentation supposée des taux d'incidence. L'institutionnalisation des études féministes et des études genre dans le milieu académique anglo-saxon participe à la croissance des écrits sur l'AN dans le domaine des sciences sociales, ainsi qu'à la politisation de la maladie. Les normes et stéréotypes genrés vont à la fois influencer l'attribution de la maladie aux femmes et servir d'explication à la prévalence des cas féminins. Cependant, si de nombreux psychiatres mobilisent les normes et rapports de genre pour expliquer les causes de l'AN et justifier la prévalence de la maladie chez les femmes, les chercheuses féministes, ainsi que quelques psychiatres et psychologues, vont proposer des interprétations de l'AN ancrées dans une perspective critique. D'un côté, nous avons donc un domaine médical qui propose majoritairement une approche en termes d'identité sexuée et de ce fait renforce les normes et stéréotypes genrés. De l'autre, nous avons des chercheur·se·s en sciences sociales, accompagné·e·s d'une minorité de psychiatres et psychologues qui proposent une approche en termes de genre. Les interprétations

de l'AN à partir des rapports de genre s'effectuent donc de différentes manières selon les domaines et les auteur·e·s qui se penchent sur le sujet et démontrent l'étendue de l'emprise des valeurs genrées. La sexualité, les interactions familiales et les idéaux corporels sont pointés du doigt. Quelle que soit la manière dont les normes et rapports de genre sont mobilisés pour expliquer le développement du trouble, les différentes théories se rejoignent dans leur choix d'exclure les cas masculins de leur argumentation.

Si le rôle des rapports et normes de genre dans le développement de l'AN a été beaucoup exploré, les biais genrés au sein de la production scientifique semblent avoir été très peu étudiés. Nous faisons l'hypothèse que la construction sociohistorique de l'AN comme une maladie féminine rend la recherche sur le sujet particulièrement perméable aux biais genrés. La recherche féministe a proposé de nombreuses interprétations critiques des causes, du développement et, dans une moindre mesure, du traitement de la maladie. Néanmoins, elle n'a pas encore posé un point de vue critique sur la recherche médicale. Notre problématique se construit autour de deux axes d'études, visant à saisir deux facettes d'un même sujet.

Dans un premier temps, nous analysons le traitement des normes et pratiques genrées au sein de la littérature médicale sur l'AN. Notre revue de la littérature nous a permis de constater que certaines interprétations de la maladie ont proposé une approche critique des normes et rapports de genre. L'apport des approches critiques en termes de genre sont-elles prises en compte ? La littérature pose-t-elle un regard critique sur le développement, le diagnostic et le traitement du trouble ? Comment le traitement des normes et pratiques genrées a-t-il évolué au sein de la recherche médicale ? Dans un contexte de croissance de la *gender medicine* et d'incitation à son utilisation, nous analysons comment le terme genre est employé au sein de la recherche médicale sur l'AN. Il s'agit donc, dans cette première partie, d'étudier les manières dont les normes et pratiques genrées sont traitées explicitement dans la recherche médicale sur l'AN, ainsi que d'analyser l'usage qui est fait du terme genre.

Dans un deuxième temps, nous posons un regard critique sur la recherche médicale sur l'AN, afin de comprendre comment les stéréotypes de genre s'immiscent dans la recherche. Par quels mécanismes la maladie continue-t-elle d'être associée aux femmes ? En quoi cette association engendre-t-elle un traitement genré de la maladie ? Quels biais genrés résultent de ce traitement ? Quelles sont les potentielles conséquences pour les connaissances et pratiques médicales qui en résultent ? Pour répondre à ces questions, nous analysons les populations étudiées, les formulations des questions de recherche, les hypothèses soutenues, les protocoles de recherche mis en place, ainsi que les conclusions et propositions proposées par les chercheurs. Il s'agit donc, dans cette deuxième partie, d'étudier les biais genrés présents dans la production médicale sur l'AN.

METHODOLOGIE

Cette étude suit une démarche inductive. Nous détaillons dans la partie qui suit, tout d'abord, le processus de sélection du corpus d'étude, puis les procédés mis en place pour effectuer l'analyse de ce dernier.

SÉLECTION DU CORPUS D'ÉTUDE

International journal of Eating Disorders

En parcourant les publications contenant le terme « anorexia nervosa », nous constatons que la recherche médicale sur le sujet est en constante augmentation depuis les années 1960. En effet, on recense sur PubMed.gov seulement 56 publications entre 1911 et 1962, contre 12 553 entre 1962 et 2020. La littérature scientifique sur l'AN ayant déjà été étudiée, notamment par Godin (2016), nous nous intéressons ici à la littérature produite récemment. Depuis 2016, plus de 3126 écrits publiés sur PubMed.gov contiennent le terme « anorexia nervosa ». En parcourant les revues dont sont tirés ces articles, nous remarquons les divers domaines médicaux qui participent à la production scientifique sur l'AN : psychiatrie, neurologie, endocrinologie, pédiatrie, nutrition. Une partie de la recherche sur l'AN est donc publiée dans des revues scientifiques réservées à un champ médical spécifique. Une autre partie des publications provient de revues scientifiques pluridisciplinaires spécialisées dans les troubles alimentaires, telles que *l'International Journal of Eating disorders, Eating and weight disorders – Studies on anorexia, bulimia and obesity, European Eating disorders review, Eating Disorders. The Journal of Treatment and Review*. Une minorité des publications provient de cliniques spécifiques ou de revues médicales générales nationales.

Notre recherche ayant une vocation exploratoire, il ne nous est pas possible d'analyser l'ensemble des productions publiées sur PubMed ces dernières années. Afin de restreindre le matériel à analyser, et ne souhaitant pas privilégier un champ médical plutôt qu'un autre, il nous semble pertinent de sélectionner notre corpus d'analyse parmi une des revues pluridisciplinaires spécialisées dans les EDs. Parmi ces revues, nous cherchons à sélectionner celle qui nous offrira un aperçu le plus large possible de la production médicale sur l'AN. *Eating Disorders, The Journal of Treatment and Review*, étant focalisée, comme son titre l'indique, sur les essais cliniques ainsi que la prévention et le traitement des troubles alimentaires, elle n'inclut donc pas les publications sur l'épidémiologie et l'étiologie de la maladie. La revue *Eating and weight disorders – Studies on anorexia, bulimia and obesity* inclut un éventail plus large de recherches, portant non seulement sur les EDs, mais également sur les troubles du poids. Ceci limite considérablement le nombre d'articles publiés annuellement sur l'AN par rapport à d'autres revues, telles que *l'International Journal of Eating disorders* et la *European Eating Disorders Review*. En comparant ces deux dernières revues, nous remarquons que la

European Eating Disorders Review ne publie que 6 numéros par an contre 12 pour l'*International Journal of Eating Disorders*. Comme pour l'*Eating Disorders, The Journal of Treatment and Review* et le *European Eating Disorders Review* publient principalement des recherches portant sur le diagnostic et le traitement des troubles alimentaires, alors que l'*International Journal of Eating Disorders* publie un éventail plus large de types de recherches, regroupant théorie, méthodologie, étiologie, pratique clinique... Cette dernière revue nous semble donc être la plus pertinente pour notre recherche. De plus, l'*International Journal of Eating Disorders* paraît être le seul journal qui a récemment dédié un de ses numéros exclusivement aux recherches portant sur les EDs chez les hommes. L'intégration de ce numéro spécial à notre corpus d'analyse semble pertinente au vu de notre sujet de recherche.

La revue *International Journal of Eating Disorders* publie les dernières études réalisées en psychologie, en psychiatrie, en nutrition ainsi qu'en diététique dans le but d'avancer les connaissances scientifiques sur la compréhension, le traitement et la prévention des troubles alimentaires. Les articles sont destinés aux professionnel·le·s de la santé, chercheur·se·s et scientifiques.² Comme mentionné précédemment, nous limitons notre analyse aux publications portant sur l'AN. En raison de la nature exploratoire de notre recherche, nous circonscrivons notre étude au volume n°52, composé de 12 numéros, publiés entre janvier et décembre 2019. Cet échantillon ne nous permet pas de donner une vision exhaustive des biais de genre au sein de la littérature sur l'AN, mais nous permet d'esquisser un début de réponse à notre question de recherche et surtout d'esquisser de futures pistes de recherche.

Sélection des articles

Chaque numéro du volume 52 de l'*International Journal of Eating Disorders* comprend entre 5 et 20 articles. Le journal publie 6 types d'articles différents : *original articles* (OA), *brief reports* (BR), *clinical case reports* (CCR), *reviews* (RV), *idea worth researching* (IWR), *commentaries* (CM). Le journal comprend également, dans certains numéros, des éditoriaux présentant le numéro, notamment dans le cas d'un numéro spécialisé autour d'une thématique : *Special issue* ; ainsi que quelques rectifications de précédentes publications. Les OA représentent 56% des articles publiés. Ils présentent en général une ou plusieurs études de manière approfondie. Les BR représentent 22% des articles publiés, comme pour les OA ils présentent généralement une ou plusieurs études de manière plus succincte. Les RV représentent 8% des articles, ils proposent des études fondées sur une revue de la littérature ou une méta analyse. Les CCR représentent 6% du total, ils présentent quelques cas cliniques jugés atypiques ou particulièrement intéressants pour la recherche. Les IWR ne représentent que 4% des éléments publiés et proposent des thématiques de recherche méritant d'être explorées. Les CM ne sont présents que dans un seul numéro : *Special issue Child and Adolescent Feeding and Eating Disorder and ARFID* et seulement 5 y sont présentés. Ils présentent de brefs commentaires sur un sujet.

² <https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/1098108x/homepage/productinformation.html>

Nous avons classé les articles en trois sujets de recherche principaux. 75 articles portent leur attention sur les EDs en général. 38 articles portent sur l'AN en particulier ou proposent un comparatif entre l'AN et un autre ED. 40 articles portent exclusivement sur d'autres EDs, tels que la BM, l'ARFID, le BED...

Notre recherche portant sur l'AN, nous excluons donc de notre corpus d'analyses les 40 articles dont la thématique de recherche se penche sur d'autres EDs. Il nous semble pertinent d'analyser les articles portant exclusivement sur l'AN, ceux proposant un comparatif entre l'AN et un autre trouble alimentaire, ainsi que ceux portant sur les EDs dans leur ensemble, l'AN étant directement concernée par ces articles également. La littérature tend, de plus en plus, à mettre en avant le continuum existant entre les différents EDs (Walsh, 2017) et le nombre d'articles se penchant sur les EDs, dans leur ensemble, reflètent cette tendance. Afin de pouvoir répondre au mieux à notre question de recherche, il est nécessaire d'intégrer ces articles à notre corpus d'analyse et donc de prendre en compte cette tendance de la littérature scientifique sur les EDs. Les CM étant peu nombreux et présents dans un seul numéro nous avons choisi de ne pas les inclure dans notre corpus. De plus, ils ne représentent pas des études à part entière. Les IWR ne sont pas non plus des études à part entière, nous les excluons donc également de notre analyse. Le corpus d'analyse se compose donc de 30 articles portant exclusivement sur l'AN, 7 articles portant sur l'AN et un autre trouble alimentaire et 66 articles portant sur les EDs en général. Parmi les 103 articles sélectionnés se trouvent 62 OA, 24 BR, 11 RV et 6 CCR.

UNE ANALYSE EN DEUX TEMPS

Notre problématique se compose de deux angles d'approche qui, quoique liés, seront abordés successivement au cours de notre analyse. D'un côté, nous analysons le traitement proposé des normes et pratiques genrées, ainsi que les biais genrés mentionnés par les chercheur-se-s. De l'autre, nous étudions l'influence des normes et stéréotypes genrées sur la recherche, afin de relever les biais genrés qui devraient être pris en compte.

Analyse du traitement des normes et pratiques genrés

Notre premier axe d'étude se centre sur le traitement des normes et pratiques genrées au sein de la recherche médicale sur l'AN. Nous nous focalisons donc sur les études qui proposent une analyse de l'AN par le biais de l'identité sexuée ou qui discute de manière explicite des normes et pratiques genrées. Une grille d'analyse nous permet de systématiser l'étude de chaque article. L'analyse s'effectue sur une sélection limitée d'articles, à travers la grille d'analyse : Traitement des normes et pratiques genrées (voir annexe n°1). Les articles inclus dans cette partie de l'analyse répondent à au moins l'un des deux critères suivants :

- 1.l'article comprend le terme *gender* ou *sex* dans le titre
- 2.l'article propose au moins une hypothèse centrée sur les normes et/ou pratiques genrées, le sexe ou la sexualité

Nous ne limitons pas les articles étudiés dans cette partie à l'inclusion du terme genre en raison de la tendance de la littérature médicale à utiliser le terme genre comme un substitut du terme sexe (Singh et Klinge, 2016).

Analyse des biais genrés

Notre deuxième axe d'étude se focalise sur l'influence des stéréotypes de genre sur la production des connaissances médicales sur l'AN. Nous analysons cet effet à travers différentes interrogations, fondées sur les recommandations du site *Gendered innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and environment*³. Quelles sont les populations étudiées ? Comment sont formulées les questions de recherche ? Quel langage est utilisé pour rendre compte des résultats et les interpréter ? Nous cherchons à établir comment les valeurs et stéréotypes genrés s'immiscent dans la recherche et leur influence sur les études analysées. L'analyse des biais genrés s'effectue sur l'ensemble du corpus d'articles, grâce à la grille d'analyse : Biais genrés (voir annexe n°2).

●
³ <http://genderedinnovations.stanford.edu/methods/language.html>

ANALYSE DU CORPUS D'ARTICLES SCIENTIFIQUES

LE TRAITEMENT DES NORMES ET PRATIQUES GENRÉES DANS LA LITTÉRATURE ACTUELLE

Notre revue de la littérature nous a permis de constater que les normes et rapports de genre tiennent une place centrale dans la recherche sur l'AN. Au cours des 19^e et 20^e siècles, les rapports de genre ont fortement influencé la construction de la pathologie, puis les normes de genre ont nourri, de diverses manières, les théories visant à expliquer l'origine et le développement du trouble. Nous cherchons à comprendre comment cette place a évolué, à travers notre sélection d'articles. Comme mentionné dans la partie méthodologie, nous nous intéressons dans cette première partie de l'analyse aux articles répondant à l'un des deux critères suivants : l'article comprend le terme *gender* ou *sex* dans le titre ou l'article propose au moins une hypothèse centrée sur les normes et/ou rapports de genre, l'identité sexuée ou la sexualité. Sur les 103 articles de notre corpus, 13 articles répondent à au moins l'un de ces critères. 1 article comprend le terme *sex* dans le titre, 5 articles incluent le terme *gender* et 7 articles proposent une étude en lien avec les normes et/ou rapports de genre, l'identité sexuée ou la sexualité.

Ces articles ne représentent qu'environ 13% de notre corpus total. Cela semble peu à la vue de ce que notre revue de la littérature a soulevé, de plus aucun article traitant exclusivement de l'AN ne répond aux critères de sélection. Face à ce constat, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses. Tout d'abord, la récente tendance de la littérature à mettre en avant le continuum existant entre les différents troubles alimentaires (Walsh, 2017) peut expliquer, en partie, l'absence d'articles étudiant exclusivement l'AN. Les études cherchant à mieux saisir les causes et le développement des EDs auraient donc tendance à privilégier l'analyse de différents EDs simultanément. Ensuite, les articles sur l'AN au sein de notre corpus se focalisent majoritairement sur l'efficacité des modalités de traitement de la maladie ainsi que l'étude des différents symptômes et comorbidités associés au trouble. La recherche des facteurs de développement de la maladie ne semble donc pas être le point focal actuel de la recherche. Le 20^e siècle ayant fourni une multitude de théories sur le sujet, certaines, telles que celles de la psychiatre Hilde Bruch, sont par ailleurs référencées dans les articles du corpus. Enfin, l'AN a un taux de mortalité élevé, le taux de suicides liés à la maladie étant souvent considéré comme le plus élevé de tous les troubles psychiatriques (Godin, 2016). Il paraît donc logique que la recherche se concentre sur les modalités de traitement de la maladie.

Nous cherchons à comprendre comment les normes et pratiques genrées sont abordées au sein des études sur les EDs. Quelles thématiques sont traitées en lien avec ces éléments ? Les normes et pratiques genrées sont-elles abordées dans une perspective critique ? Comment l'identité sexuée est-elle abordée par le prisme de la *gender based medicine* ?

Quels sont les apports et les limites de ces approches ? Notre partie de la revue de la littérature explorant le traitement historique des rapports et normes de genre au sein de la recherche sur l'AN, nous permettra également d'observer dans une certaine mesure l'évolution de ce traitement dans le champ d'études des EDs. Pour ce faire, nous analysons tout d'abord les études relevant du champ de la *gender medicine*. Puis, nous analysons les différentes manières dont la sexualité est abordée dans l'étude des EDs. Enfin, nous nous penchons sur l'apport des études analysant les effets de l'identité sexuée dans l'étude du lien entre les interactions familiales / sociales et les EDs.

GENDER MEDICINE : DÉFINITIONS, APPORTS ET LIMITES

La *gender medicine* est de plus en plus présente dans la recherche (Salle & Vidal, 2017) et est encouragée à travers divers fonds de recherche et publications spécifiques, tels que le GenderBasic project (Klinge, 2007). Elle a pour but d'étudier les différences et inégalités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé, que celles-ci relèvent de différences d'ordre biologiques ou sociétales. Les études réalisées ont généralement permis l'inclusion des femmes dans des domaines d'études au sein desquels elles étaient auparavant négligées. Néanmoins, la majorité des études se limitent généralement à une analyse des différences biologiques dans la manifestation des maladies, l'état des patient·e·s et le traitement de ces dernier·e·s, laissant ainsi de côté ce que Klinge (2007) considère comme l'aspect le plus intéressant de la *gender medicine* :

« The most interesting areas of study are not the differences per se, but the studies on how differences develop. » (Klinge, 2007, p.63)

Malgré cette limitation, l'emploi de la *gender medicine* dans le cas des EDs semble particulièrement pertinent au vu de la longue association de la maladie aux femmes et des difficultés de diagnostic et de traitement que rencontrent les hommes.

Notre corpus d'articles comprend 7 études de ce type, toutes à l'exception d'une incluent le terme *sex* ou *gender* dans leur titre. Parmi ces études, nous retrouvons deux *gender matched studies* focalisées sur l'influence de l'identité sexuée. Celles-ci corrélaient des profils d'hommes et de femmes sur plusieurs variables, tels que l'âge, la durée de la maladie ou encore le traitement reçu, afin d'exclure au maximum l'influence d'autres variables. Les autres articles étudient un nombre similaire d'hommes et de femmes, sans pour autant proposer une corrélation précise du profil des participant·e·s, comme c'est le cas pour les *gender matched studies*.

Nous cherchons tout d'abord à analyser les différents usages des termes *gender* et *sex*. Par la suite, nous nous intéressons aux biais genrés mentionnés dans certaines études. Nous étudions également les différentes manières d'employer la variable de l'identité sexuée. Finalement, nous évoquons les limites de la *gender medicine* dans le domaine des EDs.

Genre Vs genres : une absence de définition problématique

Nous relevons ici les différents termes employés au sein des études de notre corpus, dans le champ lexical du genre et du sexe. Afin de pouvoir mieux saisir le cadre dans lequel les termes sexe et genre sont employés, nous ne nous limitons pas aux études relevant de la *gender medicine*. Nous cherchons à comprendre à quoi font référence ces termes et s'ils sont interchangeables, pour ensuite évaluer les conséquences des différents termes employés sur l'interprétation des résultats. Le tableau n°1 recense ainsi les différents termes dérivés de *gender* et *sex* relevés au sein des 13 articles de notre corpus.

Tableau 1 : Recensement des termes sex et gender

| | Gender (s) / gender identity | Sex (es) | Gender differences | Sex differences | Gender specific expressions | Gendered body ideals / gendered standards of beauty | Gender role expectations gender norms gender-specific relationships | Gender socialization gender socialization process | Gender Bias |
|-----------------------------|------------------------------|----------|--------------------|-----------------|-----------------------------|---|---|---|-------------|
| Schaefer et al. (2019) | X | | X | | | X | | | X |
| Bardone-Cone, et al. (2019) | X | | | | | | X | | |
| Jones et al. (2019) | | X | | | | | | | |
| Tylka & Calogero (2019) | | | | | | | | | |
| Fergus et al. (2019) | | X | | | | | | | |
| Cortés-García et al (2019) | X | | X | | | | X | | |
| Porras-Garcia et al. (2019) | X | | X | | | | | | |
| Strobel et al. (2019) | X | | X | | X | | | | X |
| Quadflieg et al. (2019) | X | X | | | | | | | |
| Perko et al. (2019) | | X | | X | | | | | |
| Hochgraf et al. (2019) | X | X | X | | | X | X | X | |
| Forrest et al. (2019) | X | | X | | | X | | X | |
| Pistella et al. (2019) | X | | | | | | | | |

Le tableau n°1 nous permet de constater une tendance à utiliser le terme *gender* plutôt que *sex* lorsqu'il s'agit de nommer les identités sexuées, confirmant ce qui a été soulevé par Singh et Klinge (2016). Trois études font référence à l'identité sexuée des patient·e·s en utilisant le terme *sex* et deux études emploient les deux termes au sein du même article. Ce recensement nous permet également de confirmer le fait que les études ne se limitent pas à l'observation des différences biologiques entre hommes et femmes. Elles abordent également des problématiques en lien avec des processus sociaux genrés. Nous retrouvons des concepts issus des sciences sociales, tels que *standards, ideals, norms, role expectations, socialization process...* Deux études mentionnent également des biais genrés.

En sciences sociales, l'emploi du terme genre au pluriel est déconseillé, ce afin d'éviter toute confusion entre le genre en tant que rapport social et les catégories sociales hommes / femmes qui découlent de ce rapport (Bereni et al., 2020). Il n'en va pas de même au sein de notre corpus, où dans un même article nous retrouvons le terme *gender* au pluriel et au singulier. De la même manière, nous retrouvons les termes *gender* et *sex* utilisés tour à tour au sein d'un même article, pour faire référence aux identités sexuées. L'étude de Porrás-García et al. (2019) est intitulée « *The influence of gender and body dissatisfaction on body-related attentional bias: An eye-tracking and virtual reality study* ». Le titre et la thématique de l'étude nous incite à penser que c'est bien le genre en tant que processus social auquel les chercheur·se·s font référence. Cependant, le terme est également employé au pluriel pour référencer les identités sexuées :

« Likewise, BD seems to be strongly associated with an attentional preference toward idealized bodies over other types of bodies in both genders (Cho & Lee, 2013; Joseph et al., 2016) (...) This novel gender-based study provides new evidence on gender differences in visual selective attention toward specific body parts, in which women showed a clear AB toward weight-related body parts in comparison with men. » (Porrás-García et al., 2019, p.1188)

S'il n'est clairement pas question de différences d'ordre biologique, les différents usages du terme *gender* portent à confusion. L'absence de définition du terme et son usage récurrent au sein des différents discours pour référencer l'identité sexuée des patient·e·s soulève une problématique importante : une utilisation polysémique du terme.

Dans l'étude de Hochgraf et al. (2019) le terme *gender* est employé comme un synonyme de sexe. Les chercheur·se·s testent les hypothèses suivantes :

« (a) Both mothers' and fathers' perceptions of the extent of their adolescents' overweight will predict higher levels of adolescent weight concerns the following year; and (b) interparental conflict and gender will moderate these associations, such that higher levels of interparental conflict will strengthen the association between parents' perceptions and adolescents' weight concerns, particularly for females. » (Hochgraf et al., 2019, p.906)

L'identité sexuée des patient·e·s est utilisée comme une variable. Cependant, les hypothèses proposées sont développées à partir des théories sur les processus de socialisation genrés :

« Gender socialization and sociocultural theories of eating disorders suggest that parents' concerns about daughters' overweight are part of a gender socialization process through which females learn about the objectification of their bodies, and differences in perceptions of males' and females' weight may stem from gendered standards of beauty (McHale, Corneal, Crouter, & Birch, 2001; Smolak, 2004). » (Hochgraf et al., 2019, p.905)

Comme pour l'étude de Porras-Garcia et al. (2019), s'il est bien question de l'influence des normes et rapports de genre sur les perceptions du corps, le terme *gender* est employé de façon polysémique, faisant tour à tour référence à l'identité sexuée et au processus social. Si notre corpus confirme la tendance de la littérature à substituer le terme genre à celui de sexe, une majorité des études propose néanmoins une approche qui s'appuie en partie sur le concept de genre en tant que processus social. Ces études sont repérables dans le tableau 1 grâce à l'usage, au sein de l'article, de termes autres que *gender* et *sex*. Sur les 13 études de notre sélection, 7 d'entre elles emploient un terme faisant plus spécifiquement référence au genre en tant que rapport social.

Les articles de Jones et al. (2019) et Fergus et al. (2019) emploient uniquement le terme *sex* pour nommer les identités sexuées. Les études de Pistella et al. (2019) et Quadflieg et al. (2019) ne font pas référence au concept de genre en tant que processus social. Lorsque le terme *gender* est employé, il est interchangeable avec le terme *sex* et semble faire uniquement référence aux identités sexuées. Perko et al. (2019) emploient le terme *sex* pour nommer les identités sexuées, mais ils font également référence dans l'article à ce qu'ils nomment *sex differences*, nous verrons dans la partie suivante que ce terme ne fait cependant pas uniquement référence aux différences biologiques. L'article de Tylka et Calogero (2019) ne mentionne ni le terme *sex* ni le terme *gender*, l'étude se focalisant sur la pression ressentie par les femmes à maintenir un corps mince au sein des couples hétérosexuels.

Nos observations de l'usage du terme *gender* démontrent qu'au sein de notre corpus le terme est utilisé à la fois comme un synonyme de sexe et pour faire référence aux normes et rapports sociaux. Ceci crée une confusion au sein de certains articles, mais aussi, comme nous le verrons par la suite, entre les différentes études. Il est ainsi souvent difficile de saisir si les chercheur·se·s font référence à des différences d'ordre biologique ou des effets des rapports de genre. Le *GenderBasic Project* promeut une recherche médicale qui porte son attention tant sur les différences d'ordre biologiques « *sex differences* », que sur les effets des rapports de genre « *gender effects* » (Klinge, 2007, p.63). Pour ce faire, il semble nécessaire de définir clairement les concepts et, dans la mesure du possible, uniformiser les termes employés au sein des études relevant du même champ. La distinction proposée par le *GenderBasic Project* entre les différences d'ordre biologique et les différences découlant des rapports de genre peut s'avérer relativement complexe à effectuer en pratique. Néanmoins, une première distinction entre l'identité sexuée et les rapports de genre semble impérative, et ce, afin d'améliorer la précision des études ainsi que leur compréhension.

Nommer les biais genrés : entre réticences et avancées

La multiplication des termes employés complique la compréhension des hypothèses formulées par les chercheur·se·s. Plusieurs études semblent soulever une même problématique : des biais genrés dans les outils de diagnostic et de traitement à disposition du personnel médical. Schaefer et al. (2019) se penchent sur l'efficacité des outils de mesure des EDs. Les chercheur·se·s emploient les termes « *gender based differences* » et « *gendered body ideals* » :

« As accumulating research suggests gender based differences in body image concerns (Murray, Griffiths, & Mond, 2016) and the specific behaviors enacted to achieve gendered body ideals (Mitchison & Mond, 2015), investigators have begun to question the appropriateness of existing measures for assessing ED concerns in men (Schaefer et al., 2018). » (Schaefer et al., 2019., p. 1047)

Les termes employés sont similaires à ceux utilisés en sciences sociales, l'étude faisant référence aux idéaux corporels, nous pouvons donc supposer que le terme *gender based differences* fait bien référence aux différences qui découlent des normes de genre. Les conclusions de l'étude mentionnent explicitement la possibilité de biais genrés :

«Despite regular use in male samples, measures of ED symptomatology have typically been developed and validated within female samples (e.g., Eating Attitudes Test-26 [EAT-26]; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982), introducing substantial potential for gender-based measurement bias in the resulting scales (Mitchison & Mond, 2015). For example, existing measures primarily assess thinness-oriented concerns (e.g., dieting behavior, fears of fatness, and weight gain), which may not fully reflect the muscularity oriented body image and eating concerns that are more common among males (Murray et al., 2017). Prior psychometric examinations of self-report ED measures suggest the possibility of gender bias in these scales. » (Schaefer et al., 2019., pp. 1047-1048)

L'étude de Strobel et al. (2019) porte son attention sur les taux de rémission sur le long terme d'hommes et de femmes atteint·e·s d'AN et de BN. L'étude relève une meilleure rémission des hommes, avec des scores plus bas au Eating Disorder Inventory (EDI) dans les parties concernant la recherche de la minceur, la boulimie, l'insatisfaction corporelle, le perfectionnisme et la conscience intéroceptive. Cependant, les effets mesurés ne sont que d'intensité faible à moyenne et les auteur·e·s soulignent que les outils de mesure peuvent avoir influencé la validité de ces résultats :

« The EDI subscales' drive for thinness and body dissatisfaction are not particularly suited to assess drive for muscularity. It is possible that males would have had no better outcome of body image disturbance if both drive for thinness and drive for muscularity would have been considered. » (Strobel et al., 2019, p.1361)

Les chercheur·se·s emploient le terme *gender-specific expressions* qui peut être interprété de plusieurs manières. Si l'expression fait bien référence à des symptômes ou comorbidités qui seraient spécifiques aux hommes ou aux femmes, et peut donc être de nouveau interprété comme un synonyme du terme *sex*, le terme peut également être interprété comme une référence à des symptômes qui ne sont pas le résultat de différences biologiques, mais bien celui des normes sociales :

« Additional studies on drive for muscularity and drive for thinness comparing males and females are needed to decide if there are really gender-specific expressions of ED. » (Strobel et al., 2019, p.1361)

Comme dans l'étude de Schaefer et al. (2019) les chercheur·se·s concluent sur la possibilité de biais genrés :

«Existing treatment protocols rely almost exclusively on research with females (Mitchison & Mond, 2015; Murray et al., 2016). To what extent this gender bias is relevant for the treatment of males is not known. From our data, it seems that existing treatment is effective in males as it is in females. Further research should address these issues by employing gender-specific study designs. » (Strobel, et al., 2019 a, p.1362)

La conclusion de l'article soulève bien des problématiques liées à l'association des EDs aux femmes. Les outils de mesure ayant été créés et testés majoritairement pour et sur des femmes, ils ne prendraient donc pas en compte l'impact des normes de genre sur les modalités de réponse des patient·e·s. De plus, les écarts dans les taux de perfectionnisme et de méfiance interpersonnelle, même s'ils ne semblent pas prouvés, peuvent également être interprétés comme des conséquences des normes de genre.

Ces observations devraient nous amener à interroger de manière plus générale l'influence des normes de genre sur l'établissement du EDI. Les chercheur·se·s attirent l'attention sur la nécessité d'étudier les répercussions des normes de genre sur les modalités d'expression de l'AN et de la BN, dans ce qu'ils nomment *gender-specific expressions of ED*, mais les normes et pratiques genrées n'influencent pas uniquement les patient·e·s. Elles ont probablement également influencé les expert·e·s ayant développé l'EDI. L'importance du lien entre perfectionnisme et AN a-t-il été surévalué en raison de la focalisation de la recherche sur les femmes ? D'autres traits de personnalité ont-ils été écartés ou sous-évalués ? Nous aborderons plus en détails ces interrogations dans notre deuxième partie d'analyse, consacrée aux biais genrés.

Dans une étude similaire, Perko et al. (2019) s'intéressent aux théories sur l'interconnectivité entre les symptômes des EDs. Iels cherchent à tester leur validité sur les hommes à travers une étude comparative. Dans cet article c'est le terme *sex differences* qui est employé, le terme *gender* n'apparaît qu'une seule fois pour faire référence aux personnes qui ont été exclues de l'étude, après avoir déclaré s'identifier comme non binaires. Le format et le but de l'étude est ainsi similaire à celle de Strobel et al. (2019), les termes *gender-specific* et *sex differences* étant clairement interchangeables au sein des deux études. L'emploi du terme *sex differences* par Perko et al. (2019), alors qu'il semble bien question de différences découlant des rapports sociaux et non de différences biologiques, peut être interprété de plusieurs manières. Une première hypothèse considère que les auteur·e·s de l'article perçoivent les différences soulevées par leur recherche comme relevant purement de différences d'ordre biologique. Une deuxième hypothèse interprète ce choix comme un rejet du terme *gender*, actuellement associé aux sciences sociales et portant une forte connotation politique (Bereni et al., 2020). L'exclusion des personnes s'identifiant comme non binaires, sans justification de la part des chercheur·se·s, nous pousse à privilégier la deuxième hypothèse.

Sur les trois études de notre corpus qui soulèvent des biais genrés, deux les nomment comme tels et font clairement référence aux rapports de genre en employant des termes empruntés aux sciences sociales. L'autre étude privilégie le terme *sex differences*. Ces trois études montrent des divergences dans le langage employé par les chercheur·se·s au sein d'études pourtant similaires et soulignent à nouveau un besoin de définition et d'uniformisation des termes employés. Ces divergences peuvent également être interprétées comme une réticence de la part de certain·ne·s chercheur·se·s à nommer les biais genrés, voir même à utiliser le terme *gender*. Les études présentées soulèvent également un apport considérable de la *gender medicine* : la possibilité de mettre à jour certains biais genrés dans les outils de diagnostic et de traitement des EDs. Les biais genrés mentionnés soulignent des

biais de diagnostic et de traitement des hommes. Néanmoins, aucune des trois études n'offre une perspective critique sur la manière dont les outils de diagnostic et de traitement semblent reproduire et renforcer les stéréotypes de genre. Les chercheur·se·s encouragent la prise en compte de normes de genre masculines, mais ne considèrent pas la possibilité que le traitement genré des outils a également pu affecter la qualité des pratiques de diagnostic et de traitement des femmes. Comme relevé précédemment par Klinge et Singh (2016), nous remarquons que si la *gender medicine* met à jour certaines inégalités de traitement dans le domaine médical, elle tend également à renforcer les normes de genre et le traitement binaire des patient·e·s.

L'identité sexuée comme variable : quels usages et quels apports ?

Deux manières d'employer l'identité sexuée comme variable apparaissent au sein de notre corpus. D'une part, nous avons des études qui se focalisent principalement sur la variable de l'identité sexuée. À travers les critères de sélection des participant·e·s, les chercheur·se·s tentent d'exclure au maximum l'influence d'autres variables. Trois études proposent un protocole de ce type, dont deux *gender matched studies*. Dans le cas des *gender matched studies*, les chercheur·se·s tentent de faire correspondre chaque profil masculin avec un profil féminin dans le but de comparer des populations d'étude aux profils similaires. Ici, l'âge, la durée de la maladie, la durée de traitement, les catégories et sous-catégories de diagnostic sont pris en compte. Les deux *gender match studies* de notre corpus s'intéressent respectivement à l'interconnectivité des symptômes (Perko et al., 2019) et à l'efficacité des traitements sur le long terme (Strobel et al. 2019). Les chercheur·se·s testent ainsi l'efficacité des modèles théoriques et des traitements sur les hommes. Schaefer et al. (2019) proposent une étude similaire, à la différence près que les critères de sélection de la population étudiée n'en font pas une *gender matched study*. L'étude proposée cherche à analyser l'efficacité des outils de mesure des EDs. Ces trois études ont donc pour but principal de rattraper un retard des connaissances sur le diagnostic et le traitement des EDs chez les hommes.

D'autre part, nous avons des études qui analysent l'influence de l'identité sexuée en lien avec d'autres variables, telles que celle réalisée par Pistella et al (2019). Pistella et al (2019) s'intéressent au lien entre la victimisation et les Unwealthy Weight Control Behaviors (UWCB) chez les adolescent·e·s. Iels étudient, entre autres, les effets de l'identité sexuée et de l'orientation sexuelle sur ce lien. L'étude prend en compte de nombreuses autres variables : l'âge, l'ethnicité, le poids, l'activité physique, l'existence d'un soutien parental... L'identité sexuée est donc une variable parmi d'autres au sein de l'étude. Le but ici n'est donc pas de rattraper un retard en termes de connaissances, mais de comprendre comment l'identité sexuée peut influencer le développement de pratiques alimentaires problématiques, pouvant déboucher sur des EDs. D'autres études au sein de notre corpus proposent un usage similaire de la variable de l'identité sexuée. Cortés-García et al. (2019) étudient ainsi le lien entre l'attachement aux parents et les risques de développement d'un ED chez les adolescent·e·s et cherchent à comprendre comment l'identité sexuée des parents et des enfants affecte ce lien. Hochgraf et al. (2019) cherchent à mesurer les effets de l'identité sexuée et du conflit interparental sur le lien entre la perception des parents du poids de leur enfant et le dévelop-

pement d'inquiétudes de la part des adolescent·e·s à propos de leur poids. Contrairement aux premières études mentionnées, ces trois études ne cherchent donc pas à comprendre l'influence directe de l'identité sexuée sur la maladie. Elles s'intéressent à l'influence de l'identité sexuée, en parallèle d'autres variables, sur des possibles facteurs de développement de la maladie, tels que le lien parental, le harcèlement et la perception du poids par les parents.

L'étude menée par Porras-Garcia et al. (2019) propose un format d'étude qui se situe au croisement des deux modalités d'usage de la variable de l'identité sexuée, mentionnées précédemment. Comme pour les études de Schaefer et al. (2019), Strobel et al. (2019) et Perko et al., (2019), la comparaison entre hommes et femmes est au centre du protocole d'étude. Cependant, comme pour les études de Cortés-García et al (2019), Hochgraf et al. (2019) et Pistella et al. (2019), ce ne sont pas les EDs qui sont étudiés, mais les facteurs de développement de ces derniers.

Subséquentement, nous observons plusieurs façons d'aborder la *gender medicine* et la variable de l'identité sexuée. Elle peut être le focus principal de l'étude ou une variable parmi d'autres. Dans le premier cas, les chercheur·se·s tentent d'éliminer au maximum l'influence d'autres variables. Dans le deuxième cas, iels cherchent à analyser l'interaction de l'identité sexuée avec d'autres variables. La *gender medicine* peut se focaliser sur l'étude du diagnostic, du traitement et du développement des EDs ou sur l'étude des facteurs de développement de ces derniers. Ces différentes manières d'aborder la *gender medicine* offrent de nombreux et divers intérêts pour la recherche sur les EDs, qu'il s'agisse de soulever des biais genrés, d'analyser la diversité des modalités d'expression et de développement de la maladie chez les patient·e·s, de repérer les populations les plus à risque de développer un ED ou encore de comprendre comment les facteurs de développement des EDs affectent différemment les hommes et les femmes. C'est ainsi que Pistella et al. (2019), en analysant les liens entre l'identité sexuée, l'orientation sexuelle et la victimisation, soulèvent un risque élevé d'UWCB chez les hommes homosexuels victimisés. Porras-Garcia et al. (2019) observent, quant à elleux, d'importantes différences entre hommes et femmes dans les biais attentionnels qu'iels portent sur les différentes parties de leur corps, avec un biais attentionnel plus marqué chez les femmes envers les parties du corps associées au poids et chez les hommes vers les parties du corps associées à la musculature. À travers la variable de l'identité sexuée, les études soulèvent l'influence des rapports, normes et pratiques genrés sur divers aspects des EDs, même si cette influence n'est pas toujours explicitement mentionnée.

Limites : éviter les stéréotypes et dépasser l'opposition genre vs sexe ?

Si la *gender medicine* présente comme nous avons pu le remarquer de nombreux apports pour l'étude des EDs, elles comportent également bon nombre de limitations et de risques. Un des principaux risques pour les chercheur·se·s pratiquant la *gender medicine* est d'ignorer ou de sous-estimer l'influence d'autres facteurs biologiques et sociaux. Comme nous l'avons vu au sein des études de notre corpus, si certaines variables, telles que l'âge, la durée de la maladie ou encore l'ethnicité sont souvent pris en compte, d'autres, telles que la classe sociale sont souvent absentes des études. Les études focalisant leur analyse sur l'influence de

l'identité sexuée sur la maladie sont plus à risque de rencontrer ce type de limitations, par rapport aux études analysant l'interaction de l'identité sexuée avec d'autres facteurs sociaux et biologiques.

La focalisation sur l'identité sexuée des patient·e·s peut aussi renforcer certains présupposés genrés (Singh et Klinge, 2016). Nous pouvons prendre pour exemple la notion de *gender-specific expressions of ED* mentionnée par Strobel et al. (2019). Cette notion est développée suite à un potentiel biais genré repéré dans l'EDI qui, privilégiant la quête de la minceur, ignore celle du développement musculaire. Avec leur étude des biais attentionnel Porras-Garcia et al. (2019) confirment d'ailleurs cette tendance à une quête du développement musculaire plus prononcé chez les hommes, que celle de la minceur. La nécessité d'adapter l'EDI aux normes de genre semble donc pertinente. Le risque ici, si la notion de *gender-specific expressions of ED* n'est pas utilisée avec précaution, est de renforcer une vision stéréotypée de l'expression des EDs chez les hommes et les femmes. Avec d'un côté des femmes qui ne cherchent que la minceur, et de l'autre des hommes qui ne recherchent que le développement musculaire. Le développement d'une vision binaire de l'expression des EDs risque de compliquer le diagnostic et le traitement des personnes dont l'expression de la maladie s'éloigne des normes de genre. Comme le souligne d'ailleurs plusieurs études de notre corpus, si des biais genrés apparaissent bien dans les outils de diagnostic et de traitement, les premières études comparatives entre hommes et femmes montrent plus de similitudes entre ces dernier·e·s que de différences, tant dans le développement de la maladie, que l'efficacité des traitements (Perko, et al., 2019 ; Schaefer et al., 2019 ; Strobel et al., 2019). Il ne semble donc pas y avoir une nécessité de repenser tous les outils de diagnostic et de traitement pour les hommes, mais simplement d'élargir les outils existants afin de les rendre plus inclusifs pour tou·te·s. La *gender medicine* doit donc chercher à élargir les connaissances médicales dans le but de produire des outils de diagnostics et de traitements plus performant pour tou·te·s, sans pour autant créer des distinctions systématiques entre hommes et femmes, pouvant entraîner un traitement stéréotypé des patient·e·s.

Le risque de renforcement des normes et stéréotypes genrés est réel et se traduit également par un renforcement de la binarité des catégories sociales employées pour identifier les participant·e·s aux études. En effet, la majorité des études de notre corpus propose un traitement binaire des identités sexuées, voire, dans le cas de Perko, et al. (2019), excluent les personnes s'identifiant comme trans ou non binaires. En limitant les études aux personnes cis-genres, non seulement les chercheur·se·s délaissent une partie de la population touchée par les EDs, mais iels renforcent la binarité des rapports de genre qu'ils cherchent à étudier.

Nos observations des usages des termes *gender* et *sex* au sein des articles ont soulevé une nécessité de définition et d'uniformisation des termes. Cependant, la distinction qui semble acceptée au sein du domaine médicale avec d'un côté le biologique « sex differences » et de l'autre la culture « gender effects » pose problème :

« The problem with sex/gender is not nature against nurture...but to look for a more complex analysis in which an individual's capacities emerge from a web of mutual interactions between the biological being and the social environment » (Fausto-Sterling, citée par Klinge, 2007)

Si l'absence de définition du terme *gender* et son usage polysémique compliquent la compréhension des études que nous avons analysées, L'établissement d'une distinction claire entre les différences relevant du biologique et celles relevant des rapports sociaux semble difficile et illusoire. Comment alors les chercheur-se-s peuvent-iels dépasser l'opposition nature/culture, tout en améliorant la compréhension du développement des EDs chez les hommes et les femmes ? Les études, telles que celles de Pistella et al (2019), nous donnent un exemple de possibilité : en s'éloignant d'une simple recension des différences entre hommes et femmes, les chercheur-se-s analysent l'influence et les liens entre différents facteurs sociaux et biologiques sur le développement des EDs.

SEXUALITE ET TROUBLES ALIMENTAIRES

Comme les concepts de sexualité et de genre sont intrinsèquement liés, les identités sexuées et les normes de genre se construisent au sein du cadre hétéronormatif. En tant qu'institution, la sexualité participe à la hiérarchisation entre les catégories sociales hommes/femmes. Elle est donc un enjeu central du genre, même si l'articulation entre les concepts de sexualité et de genre a fait et fait encore débat au sein des sciences sociales. S'il semble nécessaire de distinguer les deux concepts, leur articulation permet de comprendre comment les effets dus à la sexualité interagissent avec les effets liés aux identités sexuées :

« Si la réalité sociale du genre ne peut toute entière être saisie par le prisme de la sexualité ni la réalité sociale de la sexualité par celui du genre, il est néanmoins important de souligner que les normes de féminité et de masculinité, les déviations sexuelles, les rapports de pouvoir entre sexualités façonnent de nombreuses manifestations du genre — au-delà des seules pratiques sexuelles. » (Clair, 2013, p.109)

« J'envisage plutôt la sexualité comme un foyer possible de la fabrique du genre : non seulement un de ses « sites privilégiés » (key site) de manifestation (Jackson 2005, p. 15) mais une source d'organisation de la complémentarité (et donc d'asymétrie) entre les groupes de sexe. » (Clair, 2013, p.111)

Il nous semble donc nécessaire d'accorder une place dans notre analyse aux études qui s'intéressent plus spécifiquement à la sexualité, que nous considérons, comme Clair (2013), en tant qu'espace de manifestation et d'organisation du genre. Nous étudions dans cette partie l'ensemble des modalités d'expression de la sexualité, de ses formes intimes à celles institutionnelles (Galibert, 2018). La prise en compte de la sexualité, nous semble d'autant plus nécessaire que certaines théories psychiatriques sur l'AN développées au cours du 20^e siècle lient le trouble à un défaut du développement sexuel. Cette notion de développement sexuel doit être pensée en rapport aux normes et pratiques sexuelles hétéronormatives et donc comme un défaut de conformité à l'institution qu'est la sexualité. Nous cherchons à explorer les différentes manières à travers lesquelles la sexualité est abordée en lien avec les EDs au sein de notre corpus.

Sexualité : des facteurs de développement des EDs ignorés ?

Tylka et Calogero (2019) aborde la thématique de la sexualité en se penchant sur les pressions à la minceur de la part des conjoints, telles que perçues par les femmes au sein des

couples hétérosexuels. Elles estiment que l'étude des facteurs de développement des EDs liés aux conjoints a été négligée par la littérature, celle-ci s'étant concentrée sur l'influence des médias, de la famille et des pairs. Elles proposent donc d'analyser deux potentiels facteurs de développement des EDs : les pressions à la minceur des conjoints telles que perçues par les femmes et la consommation de pornographie par les partenaires. La focalisation sur les partenaires masculins est justifiée par la littérature existante sur le sujet. En effet, les femmes semblent percevoir plus de pression à la minceur de la part des partenaires masculins que féminines. La pression éprouvée tend à se traduire par l'internalisation d'un idéal de minceur, seulement lorsqu'il s'agit de partenaires masculins (Tylka & Calogero, 2019). Les normes de genre rendraient donc les femmes hétérosexuelles plus vulnérables à ce facteur spécifique de développement des EDs. Les résultats de l'étude confirment l'hypothèse initiale des chercheuses :

« Perceived partner thinness-related pressure was uniquely associated with all ED symptoms investigated. Importantly, standardized coefficients revealed that partner pressure was stronger than friend pressure and often family pressure, and as strong as media pressure, in explaining women's ED symptoms. Although extensive research has been conducted on media pressure (Holland & Tiggemann, 2016), relatively little work has been conducted on partner pressure. » (Tylka & Calogero, 2019, p.192)

Les résultats dépassent même les pronostics initiaux en révélant une influence plus forte du conjoint, comparée à celle de la famille ou des ami·e·s, et similaire à celle des médias, dans le processus d'internalisation d'un idéal corporel de minceur. Les limites de l'étude sont nombreuses et bien couvertes par les auteures, celles-ci concluant qu'il n'est pas possible d'établir un lien de causalité entre la pression ressentie de la part du conjoint, ainsi que sa consommation de pornographie, et le développement de symptômes. Cependant, ce qui semble intéressant dans cette étude est l'écart soulevé par les chercheuses entre le nombre d'études se focalisant sur la pression des médias et celles se focalisant sur le conjoint. Les conséquences de cet oubli sur la prévention et le traitement des EDs ne sont pas négligeables, comme le soulignent les auteures. Les résultats de l'étude attirent l'attention sur l'intérêt que présente l'inclusion des conjoints dans les sessions de thérapies, afin de pouvoir discuter des pressions ressenties par les patientes. De manière plus générale, les auteures soulèvent une nécessité d'informer la population des conséquences que peuvent avoir les pressions liées au poids au sein des couples.

Si les auteures proposent une conclusion intéressante pour l'avancée de la prévention et du traitement des EDs chez les femmes, il est regrettable qu'elles ne mentionnent pas l'intérêt qu'il pourrait y avoir à étendre ce protocole d'étude aux hommes, alors même que les statistiques montrent qu'ils représentent une part non négligeable de la population atteinte de EDs. En effet, si les chercheuses justifient la limitation aux femmes hétérosexuelles, des études antérieures ayant montré une pression moindre et ne résultant pas en une internalisation d'un idéal de minceur au sein des couples lesbiens, elles ne justifient pas la limitation de l'étude aux femmes et surtout ne proposent pas d'étendre le protocole d'étude aux hommes.

Tylka et Calogero (2019) n'abordent pas non plus les potentielles raisons pour lesquelles la recherche s'est focalisée sur l'injonction à la minceur dans les médias, plutôt qu'au sein des couples. Si ces deux injonctions sont bien sûr reliées, la focalisation sur les médias a

influencé le développement des moyens de traitement et de prévention, comme mentionné précédemment. Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses pour expliquer cet écart. Tout d'abord, la popularisation du modèle de l'injonction sociétale de minceur dans les années 1980, tant dans le champ académique que dans les publications à destination du grand public (Godin, 2016), a contribué à la focalisation de la recherche sur les médias. De même, le développement au sein du milieu psychiatrique des théories liées à la famille, notamment l'accent sur le rôle de la mère, a pu engendrer l'omission d'autres agent-e-s pouvant influencer les facteurs de développement des EDs, tels que les conjoint-e-s. Finalement, l'âge de développement des EDs, souvent associés à l'adolescence et donc à des personnes qui ne sont généralement pas en couple, peut en partie expliquer ce désintérêt pour l'influence des partenaires au profit de la famille, des pairs et des médias.

Nous pouvons aussi supposer que des biais genrés ont affecté le choix des thématiques de recherche. Comme nous l'avons mentionné au cours de notre revue de la littérature, l'AN en tant que premier trouble développé au sein des EDs a fortement influencé la construction et l'étude des autres EDs. L'image de l'anorexique type : une jeune fille blanche issue des classes supérieures et dont le développement sexuel serait en porte-à-faux a pu compliquer l'inclusion de la sexualité dans les études sur les EDs en général. L'ethnicité, la classe sociale, l'âge et l'identité sexuée de la majorité des participant-e-s aux études ne constituent pas une population habituellement associée à la sexualité. Au contraire, cette population a longtemps été soumise à une obligation de retenue et de chasteté (Bereni et al., 2020). Ainsi, que les jeunes filles soient actives ou non sexuellement, nous pouvons supposer que l'imaginaire social entourant la population recrutée a pu retarder la prise en compte des facteurs liés aux pratiques et normes sexuelles.

LGBTQI+ : des populations à risque ?

De récentes études se sont penchées sur l'étude des risques de développement des EDs chez les personnes s'identifiant comme des *sexuals minorities* (SM). Pistella et al. (2019) s'intéressent en particulier au risque d'UWCB chez les *sexual minority males* (SMM). La prévalence des UWCB chez les SMM serait plus élevée que chez les hommes hétérosexuels. Cette différence s'expliquerait de par un risque d'exposition important à différentes formes de victimisation. Cette hypothèse s'éloigne de celle de Weltzin (2017) qui imputait la surreprésentation des hommes homosexuels parmi les hommes atteints d'EDs à la pression exercée par les pairs à maintenir un physique mince. Avec cette hypothèse, Weltzin (2017) semble avoir transféré l'injonction sociétale à la minceur s'appliquant aux femmes, sans prendre en compte la complexité des rapports de pouvoir exercés sur les SMM. Pistella et al. (2019) analysent comment l'identité sexuée et l'orientation sexuelle influence le lien entre la victimisation et les UWCB, ces derniers pouvant aboutir au développement d'un ED. D'autres variables sont prises en compte au cours de l'étude : l'âge, l'ethnicité, le poids corporel, l'activité physique, le soutien de la part d'adultes. Seule une triple interaction entre harcèlement, orientation sexuelle et identité sexuée s'est révélée statistiquement significative pour les personnes s'identifiant comme *SMM*. D'autres liens ont été relevés entre les différentes variables, mais n'impliquent pas une interaction entre les trois variables principales sur le risque d'UWCB.

Même s'il est difficile de savoir exactement qui s'identifie aux SMM, les études ne détaillant pas la variété des orientations sexuelles incluses dans cette catégorie, nous pouvons supposer qu'il s'agit principalement d'hommes s'identifiant comme homosexuels ou bisexuels. Cette population serait donc plus à risque de développer des EDs que les hommes hétérosexuels. Pistella et al. (2019) notent que leur résultat diffère de la seule étude précédente du même type. Ils soulignent ainsi l'influence que peut avoir le contexte socioculturel sur les risques de victimisation et d'UWCB chez les SMM :

« Specifically, our findings suggest that bullying experiences may heighten the vulnerability of SMM, with consequences for basic health behaviors. This finding for SMM was not present in the New York City sample (Thapa & Kelvin, 2017); other studies have shown that sexual minority youth (Kosciw et al., 2016), especially males (Lingiardi et al., 2016), may be more vulnerable in socially conservative settings. » (Pistella et al., 2019)

Jones et al. (2019) s'intéressent quant à elle plus spécifiquement aux *sexual minority women* (SMW). Ici ce ne sont pas simplement les UWCB qui sont auto déclarés par les participant·e·s, comme dans l'enquête de Pistella et al. (2019), les participantes répondent à l'*Eating Attitude Test 26* (EAT-26). Ce questionnaire auto administré permet de mesurer la fréquence des attitudes et des comportements caractéristiques des EDs. Si le questionnaire ne permet pas de poser un diagnostic, il donne une idée du niveau de risque de développement d'un ED de manière plus précise que pour les UWCB.

Au sein de la population étudiée, Jones et al. (2019) relèvent tout d'abord chez les SMW un BMI moyen plus élevé, une plus grande insatisfaction corporelle et un score plus élevé au EAT-26 que chez les femmes hétérosexuelles. Ces résultats vont à l'encontre de la première hypothèse testée par les chercheur·se·s. En effet, ces dernier·e·s s'attendaient à trouver une insatisfaction corporelle plus faible et un score plus bas au EAT-26 pour les SMW par rapport aux femmes hétérosexuelles. Par la suite, les chercheur·se·s ont également testé les liens existant entre l'insatisfaction corporelle, le BMI et le développement de comportements caractéristiques des EDs : *eating pathology*. Peu importe l'orientation sexuelle, le BMI est corrélé positivement à l'insatisfaction corporelle, elle-même corrélée positivement à l'*eating pathology*, cependant le BMI n'est pas corrélé à l'*eating pathology*, une fois que l'insatisfaction corporelle a été prise en compte. L'absence de différence entre les deux groupes de femmes infirme une autre hypothèse initiales qui avait prédit une atténuation des effets de l'insatisfaction corporelle sur l'*eating pathology* chez les SMW. Finalement, Jones et al. (2019) ont également analysé l'influence de la race sur les différentes corrélations. Ils remarquent que la race modifie le lien entre l'orientation sexuelle et l'*eating pathology*, les femmes blanches s'identifiant comme minorité sexuelle ayant les résultats les plus élevés au EAT-26 de tous les groupes. Les femmes noires SMW présentent quant à elles des taux au EAT-26 similaires aux femmes hétérosexuelles, et ce, malgré une insatisfaction corporelle similaire à celle des femmes blanches SMW. L'étude, qui est la première à prendre en compte l'influence de la race, démontre des interactions complexes entre l'orientation sexuelle, la race, l'insatisfaction corporelle et le développement de comportements caractéristiques des EDs chez les femmes. Elle confirme également le fait que les femmes SMW subissent une pression sociale similaire aux femmes hétérosexuelles à maintenir un corps mince.

Les deux études présentées dans cette partie montrent que les personnes s'identifiant comme une minorité sexuelle, peu importe leur identité sexuée, sont potentiellement plus à risque de développer des EDs. Comme le souligne les auteur·e·s des deux études, une des principales limites de leurs enquêtes est la binarité des catégories d'identification proposées, tant pour l'orientation sexuelle que pour l'identité sexuée :

« Finally, we were limited to a dichotomous measure of gender (male/female). Further research should use inclusive measures that distinguish sex from gender identity, and include different categories, such as genderqueer, transgender, gendernonconforming, and other contemporary gender identities. » (Pistella et al. 2019., p.600)

« Second, we were unable to examine sexual minority subgroups (i.e., lesbian and bisexual) separately due to insufficient power. » (Jones et al., 2019, p.733)

Il y a un réel besoin au sein de la recherche de rendre les catégories d'analyse plus inclusives. Les chercheur·se·s courent le risque actuellement, non seulement de laisser de côté une partie de la population, mais également de passer à côté de certaines modalités d'interactions entre sexualité, genre et EDs.

Si les minorités sexuelles semblent plus à risque de développer des EDs, les facteurs à l'origine de ce risque semblent varier en fonction de l'identité sexuée des personnes. En effet, Pistella et al. (2019) ont trouvé une corrélation entre la victimisation, l'orientation sexuelle et les UCWB uniquement chez les hommes. Ces études soulignent donc des interactions complexes entre sexualité et genre, ainsi que d'autres éléments, tels que la race. Bien que certaines populations semblent plus touchées que d'autres par les EDs, ce sont surtout les facteurs de développement qui paraissent varier d'une population à une autre. Au-delà de déterminer quelle population est la plus à risque, l'intérêt de ces études est de montrer comment différentes caractéristiques sociales peuvent influencer ou non les facteurs de développement des EDs, afin que la prévention et le traitement des EDs puissent s'enrichir et s'adapter aux divers profils des personnes concernées. Ces études nous permettent de constater les effets de l'interaction des différents systèmes d'inégalités et, de ce fait, d'observer la manière dont les rapports de pouvoir et les normes sociales affectent les parcours de vie individuels, dans le cadre du développement des EDs.

Comportements sexuels à risque : une comorbidité ?

Une dernière étude de notre corpus s'intéresse à la sexualité à travers le prisme des pratiques sexuelles considérées comme risquées chez les femmes. L'étude de Fergus et al. (2019) étudie le lien entre les EDs / *disordered eating behaviors* (DEBs) et les comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes. Les chercheur·se·s justifient tout d'abord la limitation de l'étude aux jeunes femmes de par la prévalence plus élevée des EDs/DEBs au sein de cette population. Iels rappellent, par la suite, les liens existant entre EDs/DEBs et d'autres troubles psychiatriques, risques physiologiques et pratiques dangereuses. Iels mentionnent ainsi la dépression, les problèmes cardiaques et la consommation de substances dangereuses, telles que l'alcool, le tabac et la drogue. C'est à travers ces associations qu'un potentiel lien semble être proposé dans la littérature récente entre les EDs/ DEBs et les comportements sexuels à risque. En effet, les comportements mettant en danger la santé tendent

à se regrouper. Si le choix de la thématique d'étude et de la population étudiée sont justifiés par la littérature existante, nous discuterons plus en détail dans la deuxième partie de notre analyse consacrée aux biais genrés, des biais qui ont pu influencer à la fois le choix de la thématique et la constitution du protocole d'étude.

L'enquête confirme l'hypothèse initiale des chercheur·se·s en relevant plus de comportements sexuels à risque chez les femmes déclarant un ED/DEB, d'après les critères sélectionnés, c'est-à-dire le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de préservatifs. Le premier critère apparaît comme particulièrement problématique, étant donné qu'il pose un jugement de valeur plus qu'il ne mesure un réel danger pour la santé des personnes concernées. Le deuxième critère pose également une limite non négligeable à l'étude, qui est par ailleurs soulignée par les auteur·e·s. En effet, si l'étude a été réalisée au sein d'une population de femmes non mariées, l'enquête ne questionne pas les participant·e·s sur le statut de leur relation en-dehors du mariage. Ainsi, une jeune femme dans une relation exclusive et n'utilisant pas un préservatif avec son ou sa conjoint·e est automatiquement considérée comme ayant un comportement sexuel à risque. Il est d'ailleurs important de noter qu'aucune corrélation n'a été trouvée entre les EDs/ DEBs et les infections sexuellement transmissibles.

Du choix de la thématique à l'interprétation des résultats, en passant par le protocole d'étude, l'article de Fergus et al. (2019) pose de nombreuses problématiques, que nous discuterons plus en détails par la suite, en termes d'éthique de recherche et de biais genrés. Nous nous focalisons ici sur la manière dont la sexualité est abordée, afin de rester dans la thématique de cette première partie d'analyse, qui vise à comprendre la place accordée aux normes et pratiques genrées de manière consciente par les chercheur·se·s étudiant les EDs. Le choix d'aborder les pratiques sexuelles des jeunes femmes atteintes d'EDs à travers le prisme du danger peut paraître en opposition avec l'absence de prise en compte de la sexualité mentionnée précédemment. De fait, la recherche passe de l'observation d'une absence de pratique sexuelle chez les personnes atteintes d'AN à l'établissement d'un lien entre les EDs et une pratique sexuelle jugée excessive et dangereuse. Cependant, dans les deux cas c'est à travers le rapport à la norme que la sexualité est abordée, sans que celle-ci ne soit jamais discutée, malheureusement, avec d'un côté, une sexualité considérée comme déviante de par son absence, et de l'autre, une sexualité déviante de par son excès. Ce n'est donc pas l'influence de la sexualité sur les EDs ou les facteurs de développement de ces derniers qui sont étudiés, comme dans les études mentionnées précédemment. Même si l'étude ne permet pas d'établir un lien de causalité, les comportements sexuels à risque sont considérés comme une possible comorbidité pour certains EDs. Une des explications fournies par la littérature existante pour lier les EDs et les comportements sexuels à risque est le trait de personnalité de l'impulsivité. Nous retrouvons là des éléments soulignés dans notre revue de la littérature sur le traitement historique des femmes dans la médecine occidentale. En effet, les femmes sont considérées comme déviantes par nature, incontrôlables, avec une sexualité qui doit être maîtrisée, voire dans le cas de notre étude pathologisée, la déviance à la norme découlant sur un risque d'ED. Les auteur·e·s soulignent également un possible lien bidirectionnel entre les comportements sexuels à risque et les EDs, une activité sexuelle plus fréquente pourrait engendrer une augmentation des préoccupations corporelles. Les chercheur·se·s ne proposent cependant pas de réelle hypothèse ou d'argumentation pour expli-

quer le lien qu'ils avancent, se contentant de citer des études précédentes contredisant parfois leurs propres résultats :

« One theory suggests that purging behaviors are associated with sexual risk through the personality trait of impulsivity (Culbert & Klump, 2005), although findings have been mixed. One study found no difference in the likelihood of engaging in sexual intercourse or age of onset of sexual activity among restricting versus binge/purge subtypes of anorexia nervosa (Pryor, Wiederman, & McGilley, 1996). In contrast, we find that purging behaviors are associated with fewer new sexual partners. The explanation for this finding is not entirely clear. One prior study examining the association between eating disorders/disordered eating and reproductive health outcomes similarly found contrasting findings in Add Health versus a regional sample in Utah (Tabler, Schmitz, Geist, Utz, & Smith, 2018). (...) We did not find an association between binge eating and sexual risk behaviors, similar to one previous study (Culbert & Klump, 2005), which posited that binge eating is not a particularly risky behavior (except for long-term weight gain). » (Fergus et al., 2019, p.1313)

De manière surprenante, les rapports et normes de genre sont complètement absents des discussions autour du lien entre EDs et comportements sexuels à risque dans cet article. Aucune mention n'est faite des stigmates ou des attentes sociales qui pèsent sur la sexualité des femmes. L'étude semble considérer les normes concernant les pratiques sexuelles comme des faits de santé, plutôt que des normes sociales changeantes, sujettes à interprétation et nécessitant une contextualisation sociohistorique. Si des recherches futures venaient à confirmer un lien entre les EDs et les comportements sexuels à risque, il semblerait indispensable de considérer les stigmates et les normes qui pèsent sur la sexualité féminine et donc sur ce lien hypothétique.

INTERACTIONS FAMILIALES, SOCIALES ET RAPPORTS DE GENRE

À la fin du 20^e siècle, la théorie des systèmes familiaux domine les approches psychanalytiques de l'AN (Hepworth, 1999), avec notamment une forte influence des écrits de la psychiatre et psychanalyste Hilde Bruch (Godin, 2016). Cette dernière se focalise en particulier sur la figure maternelle et la relation mère-fille, comme nous l'avons mentionné au cours de notre revue de la littérature. Le modèle familial et les interactions étudiées au cœur de celui-ci se pensent alors dans des rapports de genre traditionnels, avec une forte influence des normes et stéréotypes genrés sur la manière d'aborder les relations familiales et leur conséquence sur l'AN. Au sein de notre corpus, nous avons relevé deux études abordant les interactions familiales dans une perspective d'analyse des effets de l'identité sexuée. L'étude de Cortés-García et al. (2019) se penche sur le rôle de l'attachement aux parents et aux pairs dans le développement du *disordered eating* (DE) chez les jeunes adolescent·e·s. L'étude de Hochgraf et al. (2019) analyse les conséquences du conflit interparental et de la perception du poids par les parents sur l'évolution des préoccupations liées au poids chez les adolescent·e·s. Les deux études se placent dans le champ de la *gender medicine* et cherchent à saisir l'influence de l'identité sexuée, en parallèle d'autres variables, sur de potentiels facteurs de développement de la maladie. Les deux études élargissent donc l'analyse des interactions familiales, en sortant de la focalisation sur la relation mère-fille, les pères et les fils étant également inclus dans les deux études. Nous cherchons à comprendre ce que cet ajout apporte

aux connaissances sur le rapport entre les interactions familiales et les EDs, ainsi qu'à définir le rôle attribué aux normes et pratiques genrées au sein de ces interactions.

Une relation à la mère toujours centrale ?

Hochgraf et al. (2019) s'intéressent aux préoccupations liées aux poids chez les adolescent·e·s et cherchent à comprendre les répercussions de la perception du poids des adolescent·e·s par les parents sur l'évolution de ces préoccupations. Au sein de leur étude, iels analysent également l'influence du conflit interparental sur ce lien. Nous aborderons, dans un second temps, l'influence du conflit interparental. Les chercheur·se·s testent deux hypothèses principales :

« (a) Both mothers' and fathers' perceptions of the extent of their adolescents' overweight will predict higher levels of adolescent weight concerns the following year; and (b) interparental conflict and gender will moderate these associations, such that higher levels of interparental conflict will strengthen the association between parents' perceptions and adolescents' weight concerns, particularly for females. » (Hochgraf et al., 2019, p.906)

Seule une partie de l'hypothèse (a) a été confirmée par les résultats de l'étude. En effet, la perception du poids des adolescentes par les pères est corrélée positivement à l'augmentation des inquiétudes liées au poids l'année suivante chez les adolescentes concernées. Il est important de noter que la perception du poids par le père n'a un effet que sur les jeunes femmes se trouvant dans des familles présentant un faible niveau de conflit interparental. Les adolescentes se trouvant dans une famille avec un niveau de conflit interparental élevé rapportent une augmentation des préoccupations liées au poids, peu importe la perception du père. Comme relevée par les auteur·e·s, cet apport est important considérant le peu d'études s'étant penchées sur le rôle des pères. Les chercheur·se·s soulèvent un point essentiel : la perception du poids des adolescent·e·s varie peu d'un point de vue statistique entre les mères et les pères. Iels en concluent que l'effet sur les préoccupations corporelles des adolescentes n'est pas lié à une surévaluation du poids de la part des pères, mais dû à la valeur différentielle accordée à la perception du père et de la mère. Deux hypothèses sont proposées pour expliquer ces différences de traitement :

«Prior research suggests that parents spend more time with their same-sex child, and parent-child shared time tends to decrease across adolescence for mother-daughter, mother-son, and father-daughter dyads, but not father-son dyads (Lam, McHale, & Crouter, 2012). Given that higher order interaction effects revealed that fathers' perceptions were important for females' weight concerns but not males', it may be that fathers' attitudes toward daughters' weight are especially salient due to females limited shared time with fathers. In addition, as suggested by Hochgraf et al. (2018), females may use their fathers' perceptions about their weight as a reference for how males in general perceive them. Given that ideals of beauty for Caucasian/European American women favor a slim physique and that females typically begin to engage in romantic relationships with males during adolescence, females may monitor and value their fathers' perceptions of their weight to a greater degree than they do their mothers'. » (Hochgraf et al., 2019, p.910)

Les deux hypothèses s'ancrent dans les rapports de genre au sein de la famille et dans le cadre plus large des rapports hétéronormatifs. Cependant, nous pouvons supposer que le sexisme intégré par les jeunes adolescentes donne plus de valeur aux perceptions mascu-

lines quel que soit le contexte, que cela soit au sein des rapports familiaux, dans le processus de construction des rapports affectifs et sexuels, comme dans la société en général. Les conclusions de l'étude viennent donc contredire ou du moins nuancer l'importance qui a été mise jusqu'à présent sur la perception du poids des adolescentes par leur mère. La focalisation se déplace donc de la relation mère-fille à la relation père-fille, dans le cadre des préoccupations concernant le poids. L'étude ne relève ainsi pas d'effet significatif de la perception du poids par les parents, mère ou père, sur les préoccupations liées au poids des jeunes hommes. Les auteur·e·s invitent les recherches à se focaliser sur d'autres éléments pouvant influencer les préoccupations corporelles des adolescents :

« Additional research should examine other family processes, such as appearance-related sibling differential treatment, that may better predict males' weight concerns. »
(Hochgraf et al., 2019, p.911)

Cortés-García et al (2019) étudient le lien bidirectionnel existant entre le DE et l'attachement parental, dans une perspective de *gender medicine*. Si la littérature a, jusqu'à présent, principalement exploré le rôle de l'attachement maternel chez les jeunes filles, quelques études ont souligné que les mères auraient plus d'influence sur les filles et les pères sur les fils. En plus de proposer une analyse des effets de l'attachement aux mères, pères et pairs, Cortés-García et al (2019) innove en considérant non seulement les effets de la qualité de l'attachement sur le DE, mais également les effets du DE sur l'attachement aux proches. Iels étudient donc l'influence réciproque des deux éléments dans le temps. Les résultats de l'étude confirment tout d'abord que la qualité de l'attachement maternel a un effet positif sur la diminution des risques de DE chez les filles et les garçons. Cependant, l'effet est plus prononcé et plus durable chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons :

« Actually, for girls, the influence of attachment to mother showed a prospective protective effect on disordered eating across the four time points. Furthermore, better attachment to mother had also a protective influence among boys; however, this predictive effect was smaller than in their counterparts and trailed off by mid-adolescence. (...) The results dovetail with the gender-specific relationships that girls and boys are expected to have with their mothers (Margolese, Markiewicz, & Doyle, 2005). Thus, although it is expected that girls have close relationships with their mothers, males tend to become more autonomous and to decrease the reliance on mothers with age (Delgado-Gallego, Oliva, & Sánchez-Queija, 2011). » (Cortés-García et al., 2019, p.931)

Les chercheur·se·s estiment donc que les normes de genre qui structurent sur les rapports familiaux expliquent l'écart entre filles et garçons. Un effet négatif du DE est aussi relevé sur la relation mère-fille, mais avec un effet considérablement moins important que dans le sens inverse.

En ce qui concerne l'attachement au père, l'influence sur les risques de DE varie en fonction de l'identité sexuée de l'enfant :

« Cross-lagged associations between attachment to father and disordered eating emerged only from T1 to T2 in both genders, but in different directions. In particular, for girls, better attachment to father at T1 predicted less disordered eating at T2; whereas for boys, conversely and unexpectedly, disordered eating at T1 predicted better attachment to father at T2. » (Cortés-García et al., 2019, p.931)

La qualité de la relation père-fille semble moins affecter les risques de DE par rapport à la relation mère-fille, mais a tout de même une influence non négligeable dessus. Quant à l'effet inverse mesuré pour les garçons les auteur·e·s proposent deux explications :

« Recent evidence has found that fathers serve as a buffer in the discrepancy between the ideal body size and the perceived actual body sizes for boys (Michael et al., 2014). Considering our results, it could be hypothesized that boys who deal with disordered eating tend to rely on their fathers in order to cope with their difficulties, including eating pathology. It is also plausible that, given the age of boys (10 years), fathers might become a point of reference to their sons as a gender-specific role model (Buist, Dekovic, Meeus, & van Aken, 2002). However, given that this effect was counterintuitive and small, it should be interpreted with caution and needs further replication. » (Cortés-García et al., 2019, p.931)

Comme pour l'étude de Hochgraf et al. (2019) les rapports de genre intrafamiliaux servent à expliquer ces différences.

Si les études de Cortés-García et al (2019) et Hochgraf et al. (2019) ne contredisent pas l'importance de la relation à la mère comme facteur de développement des EDs, elles la nuancent et surtout enrichissent la compréhension des relations familiales dans leur ensemble dans une perspective genre. Jusqu'à présent les normes de genre ont incité les chercheur·se·s à se focaliser sur la relation mère-fille. En incluant les fils dans leur étude, Cortés-García et al (2019) démontrent que la qualité de la relation mère-fils est également un facteur de risque pour les EDs. Du côté de la relation père-fille, les deux études soulignent son effet sur le développement des EDs au cours de la préadolescence et de l'adolescence. Les études enrichissent considérablement les connaissances sur la place des interactions familiales dans le développement des EDs et démontrent que celles-ci ne peuvent être considérées en dehors des rapports, normes et pratiques genrées qui les structurent. Les normes de genre et familiales sont en constante évolution, il est donc important de considérer comment ces évolutions peuvent affecter les liens entre la qualité des relations familiales et les EDs. L'implication croissante des pères au sein des foyers, dans des tâches auparavant réservées aux femmes, continuera sûrement à faire évoluer ce lien. De même, la diversification croissante des structures familiales et des modèles parentaux affectera également le lien entre interactions familiales et EDs. La limitation aux familles biparentales et hétéronormatives constitue d'ailleurs la principale limite des deux études, comme les auteur·e·s le mentionnent dans leurs conclusions respectives.

Conflit interparental, rôles et espaces genrés

En plus de l'influence de la perception du poids par les parents, Hochgraf et al. (2019) ont étudié l'influence du niveau de conflit interparental sur le développement des EDs chez les adolescent·e·s. D'après les résultats, les jeunes filles exposées à de hauts niveaux de conflit interparental sont plus à risque de développer des préoccupations concernant leur poids, indépendamment de la perception de leur poids par leurs parents. Le niveau de conflit interparental apparaît donc comme un facteur plus important que la perception du poids par les parents, en ce qui concerne les préoccupations corporelles. Il n'en va pas de même pour les jeunes garçons, pour lesquels le niveau de conflit interparental ne semble pas accroître leurs

préoccupations corporelles. Les chercheur·se·s estiment que cet écart confirme une tendance aux préoccupations corporelles plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. D'après les chercheur·se·s, les EDs seraient donc un moyen privilégié par les jeunes filles pour réguler le stress entraîné par le conflit interparental.

Si les auteur·e·s n'élaborent pas davantage les arguments pouvant expliquer l'écart relevé entre filles et garçons, nous proposons trois façons de l'interpréter. Premièrement, les jeunes hommes utilisent peut-être d'autres moyens pour réguler le stress causé par le conflit interparental. Cette hypothèse va dans le sens de la littérature existante sur le sujet. Deuxièmement, il est possible que les normes de genre modifient le rôle que les jeunes filles et les jeunes hommes s'attribuent respectivement dans la gestion du conflit interparental. Les jeunes filles développeraient une plus forte implication dans les relations familiales et s'attribueraient donc la responsabilité de maintenir la qualité de ces dernières. Troisièmement, la perception du niveau de conflit interparental peut varier en fonction de l'identité sexuée des enfants. Comme pour la deuxième hypothèse, les normes de genre déterminent les rôles attribués au sein de la famille, ce qui rendrait les jeunes filles plus sensibles au conflit interparental. La dernière hypothèse rejoint une limite soulevée par Hochgraf et al. : iels estiment qu'il est nécessaire, à l'avenir, de tester l'influence du conflit interparental, tel que rapporté par les enfants. En effet, cela nous permettrait de savoir si le genre conditionne la perception des enfants du niveau de conflit interparental. Plusieurs questions se posent à la lecture des résultats de l'enquête. Les jeunes garçons perçoivent-ils le conflit interparental différemment des jeunes filles ? Le conflit interparental engendre-t-il moins de stress chez les jeunes garçons ou ces derniers font-ils simplement appel à d'autres moyens pour réguler ce stress ? Le genre affecte la manière dont les jeunes femmes et les jeunes hommes interagissent au sein du système familial, mais il influe également sur leur niveau d'implication au sein de celui-ci et l'importance accordée aux relations familiales. Il est fort probable que les trois hypothèses présentées contribuent, dans des proportions variables, à l'écart mesuré entre garçons et filles.

La mesure de l'attachement aux pairs dans l'étude de Cortés-García et al. (2019) confirme des disparités entre filles et garçons dans l'importance accordée aux différents types de relations socioaffectives durant l'adolescence. Les résultats montrent un lien positif entre l'attachement aux pairs et le risque de développement de DE chez les jeunes adolescents. Ce lien, quoique de faible intensité, n'a pas été observé chez les jeunes femmes :

« Among boys aged 10–12 years old, a positive, although small, significant effect of attachment on disordered eating emerged. More proximity and communication to peers predicted more pronounced disturbed eating two years later. In preadolescence, boys start paying more attention to their own bodies in terms of body performance and muscularity. When they perceive their body as physically less developed compared to their peers, they may take corrective measures and engage in unhealthy eating behaviors (Ricciardelli, 2012). In addition, during this developmental stage, there is a heightened susceptibility to peer pressure or influence (Steinberg & Monahan, 2007). It is known that comments made by peers such as encouragements to become more muscular (McCabe & Ricciardelli, 2003) or to lose weight (Ricciardelli, 2012; Vincent & McCabe, 2000) predict purging and/or binge eating in boys. (Cortés-García et al., 2019, p.931)

Cette observation corrobore l'hypothèse selon laquelle les jeunes filles s'impliquent et valorisent davantage les relations familiales, à un moment du développement socioaffectif où les jeunes garçons accordent, quant à eux, plus d'importance aux relations avec les pairs. Cette hypothèse va dans le sens des normes de genre qui attribuent traditionnellement le maintien des relations familiales, qui sont de l'ordre de l'espace privé, aux femmes et les relations avec les pairs, qui sont de l'ordre de l'espace public, aux hommes (Bereni et al., 2020). Les différences observées confirment une tendance précoce des personnes à s'impliquer dans l'espace social qui leur est traditionnellement attribué.

Ces deux études nous permettent de voir une évolution dans la manière dont les rapports, normes et rôles genrés sont abordés au sein des relations familiales dans le cadre de l'étude des facteurs de développement des EDs. Les normes de genre qui ont auparavant entraîné une focalisation sur le lien mère-fille, laissant la plupart du temps de côté les pères et les fils, permettent maintenant de saisir les différences entre filles et garçons dans leur rapport à l'espace familial. Si le genre influence le rapport que les jeunes adolescent·e·s entretiennent avec les différents espaces au sein desquels ils évoluent, il doit cependant être utilisé comme une clef de lecture des différences relevées et non comme un motif d'exclusion des personnes de l'étude des espaces qui ne leur sont pas traditionnellement attribués.

Les résultats des études sont limités de par la restriction de la population étudiée aux familles biparentales et hétéronormatives. Cependant, l'importance relevée du conflit interparental dans le risque de développement des EDs chez les jeunes filles peut nous amener à supposer que ce facteur de risque s'étend aux familles biparentales homoparentales. Nous rejoignons donc les auteur·e·s dans leurs incitations à ouvrir ce type d'enquêtes à d'autres modèles familiaux. De même, il semble nécessaire d'étendre l'étude des facteurs de développement des EDs à d'autres processus familiaux qui affectent peut-être davantage les jeunes hommes. Hochgraf et al. (2019) citent comme exemple le traitement différentiel entre frères et sœurs en lien avec l'apparence physique. La littérature ayant majoritairement privilégié l'étude des interactions familiales dans une perspective mère-fille, certains processus familiaux affectant davantage les pères et les fils ont pu être négligés par la recherche.

DISCUSSION AUTOUR DU TRAITEMENT DES NORMES ET PRATIQUES GENRÉES

Notre première partie d'analyse nous a amené à étudier une sélection d'articles de notre corpus qui abordent les normes et pratiques genrées ou qui proposent une approche par l'identité sexuée des EDs, dans le but de mieux saisir comment ces différents éléments sont abordés, ainsi que les apports et les limites des approches proposées.

Parmi ces articles, la *gender medicine* tient une place importante, confirmant l'accroissement de ce champ d'étude dans le domaine médical. Une problématique centrale apparaît au sein des articles relevant de la *gender medicine* : l'absence de définition du terme *gender*, qui a pour conséquence un emploi polysémique du terme. Que ce soit au sein du même article ou entre des études explorant des sujets similaires, la confusion qui entoure le terme complique la compréhension des études. Si le terme *gender* est souvent utilisé comme un synonyme du terme *sex*, comme il a été relevé dans d'autres domaines médicaux (Singh

et Klinge, 2016), la discussion des normes et processus de socialisation genrés n'est pas pour autant absente de la majorité des études proposées. La *gender medicine* emploie l'identité sexuée comme une variable, mais l'argumentation qui sert à construire les hypothèses initiales et à expliquer les résultats s'appuie bien souvent sur les normes et pratiques genrées. Elle présente des intérêts considérables et variables pour l'étude des EDs, que la variable de l'identité sexuée soit étudiée en lien avec d'autres variables ou non. Qu'il s'agisse de rattraper un retard des connaissances des EDs chez les hommes, de soulever des biais genrés dans les outils de diagnostic ou encore de saisir l'impact de l'identité sexuée sur les facteurs de développement des EDs, les résultats des différentes études peuvent servir le diagnostic, la compréhension et le traitement des EDs pour l'ensemble des patient·e·s. Pour ce faire, la *gender medicine* doit à tout prix éviter une répétition des stéréotypes de genre dans l'application de ses résultats. Les observations récoltées doivent nourrir une compréhension plus inclusive des EDs et ne surtout pas binariser les modalités de diagnostic et de traitement en fonction de l'identité sexuée des patient·e·s. Pour ce faire, elle doit proposer une approche critique globale des effets des normes de genre sur les EDs et ne pas se limiter à une simple extension des modalités de diagnostic et de traitement aux normes et pratiques masculines dominantes.

La sexualité tient une place considérable, quoique peu discutée, dans le traitement médical l'AN. Qu'il s'agisse de faire référence à l'institution que représente la sexualité au sein de la société ou des pratiques sexuelles à proprement parler, la sexualité a toujours été perçue comme problématique chez les anorexiques. Les théories visant à expliquer l'AN présentent souvent les anorexiques comme des personnes cherchant à interrompre leur propre développement sexuel, rejetant les normes sexuelles et sexuées imposées aux femmes ou encore réagissant au chamboulement de celles-ci. Au sein de notre corpus, les 4 articles étudiant la sexualité proposent des manières variées et novatrices d'aborder le sujet. L'orientation sexuelle est étudiée comme un facteur de risque de développement des EDs pour les hommes et les femmes. L'effet de la pression des conjoints à maintenir un corps mince sur le développement des EDs est soulevé comme un élément précédemment négligé par la recherche. Les comportements sexuels à risque sont étudiés en tant que possible comorbidité. L'intérêt de l'ensemble de ces études pour la compréhension des EDs n'est pas négligeable, cependant leur manière de traiter l'interaction entre sexualité et identité sexuée varie fortement. Alors que certaines études adoptent une perspective critique permettant d'enrichir la compréhension de cette interaction sur les EDs, d'autres semblent renforcer les normes et stéréotypes genrés qui pèsent sur la sexualité féminine. Ces variations mettent en avant la nécessité de prendre en compte l'influence des normes et pratiques genrées sur ce que nous définissons comme une sexualité saine. L'étude des liens entre sexualité et EDs ne peut s'effectuer de manière pertinente sans prise en compte du genre dans une perspective critique.

Les deux études abordant la thématique des interactions familiales innove de par leur inclusion des hommes dans leur population d'étude, qu'il s'agisse des fils ou des pères. Cette inclusion permet non seulement de nuancer l'importance auparavant accordée à la relation mère-fille, mais plus généralement d'enrichir la compréhension de l'influence des interactions familiales sur le développement des EDs, à travers notamment une prise en compte des

normes et pratiques genrées les affectant. Si les études présentent de nombreuses limites, les pistes avancées par les chercheur·se·s pour explorer les liens entre interactions familiales et EDs à l'avenir vont dans le sens d'une approche plus inclusive et pertinente des interactions familiales dans le domaine des EDs.

Dans l'ensemble, les articles étudiés montrent une prise en compte des normes de genre et de l'identité sexuée qui tend à enrichir la compréhension des EDs pour l'ensemble des personnes concernées. Si d'importants problèmes de définition apparaissent dans toutes les études, la pertinence des résultats ne doit pas être sous-estimée pour autant. De même, si la binarité des catégories d'identification et le manque de diversité dans le type de populations étudiées n'est pas sans conséquence, certain·e·s chercheur·se·s semblent prendre conscience de ces problématiques. La majorité des articles analysés dans cette première partie montre une évolution de la prise en compte des normes et pratiques genrées dans la recherche sur l'AN qui tend à proposer une démarche plus critique que celle soulevée au cours de notre revue de la littérature. Les thématiques d'études abordées sont plus variées, des biais genrés sont occasionnellement mentionnés et une perspective critique est proposée sur certains facteurs de développement de la maladie. Cependant, nous devons garder à l'esprit que ces articles constituent à peine plus de 10% de notre corpus. Qu'en est-il du reste de la recherche médicale sur l'AN ? Ceci nous amène donc à transitionner vers la deuxième partie de notre analyse.

BIAIS GENRÉS DANS LA RECHERCHE MÉDICALE SUR L'ANOREXIE ET LES TROUBLES ALIMENTAIRES

Nous nous intéressons dans cette deuxième facette de notre analyse aux biais genrés au sein de notre corpus d'articles. Nous interrogeons la composition des populations étudiées et les thématiques de recherche proposées. Nous cherchons à comprendre comment ces choix sont justifiés ou non, afin de saisir comment le genre influe sur les décisions des chercheur·se·s.

SÉLECTION ET CATÉGORISATION DES POPULATIONS ÉTUDIÉES

Comme nous l'avons observé au cours de notre revue de la littérature, les études se penchant sur l'AN sont généralement, et ce depuis les premières mentions de la pathologie, focalisées sur les femmes. Les cas masculins sont considérés comme minoritaires et les hommes ne sont que rarement inclus dans les populations d'études. L'association de la maladie aux femmes est telle que, dans les années 1980, certains psychiatres ignorent l'existence même de l'AN masculine (Agman & Chambry, 2006). S'il est communément accepté que 90% des anorexiques sont des femmes, les portraits statistiques de la maladie fluctuent fortement d'une enquête épidémiologique à une autre. Les 10% d'hommes touchés ne sont cependant pas représentés de manière équitable, avec seulement 1% des études se penchant sur cette population (Murray, Griffiths et al., 2019). Les écrits sur l'AN masculine étant considérés comme émergents au début du 21^e siècle, nous proposons d'analyser la composition des

populations étudiées, les modalités de recrutement de celles-ci et les modalités de catégorisation des identités sexuées proposées au sein de notre corpus.

Des populations étudiées qui tendent vers la mixité ?

Nous avons classé les populations étudiées dans notre corpus en six catégories : population exclusivement féminine, population exclusivement masculine, population mixte, population animale femelle, non précisée et pas de population étudiée. Ces classements se basent sur les catégorisations proposées dans chaque étude. Les critères de classification de l'identité sexuée peuvent varier d'une étude à une autre et ne sont généralement pas détaillés dans la publication.

Tableau 2 : Catégorisation des populations étudiées

| | Population exclusivement féminine | Population exclusivement masculine | Population mixte | Population animale femelle | Non précisé | Pas de population étudiée | Total |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------|----------------------------|-------------|---------------------------|-------|
| Articles traitant exclusivement de l'AN | 16 | 0 | 9 | 1 | 3 | 1 | 30 |
| Articles traitant de l'AN et d'autres Eds | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| Articles traitant des Eds en général | 16 | 5 | 39 | 0 | 0 | 6 | 66 |
| Total | 34 | 5 | 52 | 1 | 4 | 7 | 103 |

Comme nous pouvons le constater dans le tableau n°2 ci-dessus, environ 50% des publications de notre corpus étudient une population mixte. Au sein de cette catégorie, nous trouvons principalement des classifications binaires hommes/femmes (49), ainsi que quelques classifications non binaires, incluant au moins une autre catégorie (3). Cependant, les publications catégorisées comme mixtes n'impliquent pas nécessairement une représentation équitable des hommes et des femmes au sein des populations étudiées. Les neuf publications portant sur l'AN et étudiant des populations mixtes incluent entre 3,2% et 16% d'hommes dans leur population globale. Sur les deux RW sur l'AN étudiant des populations mixtes, une inclut seulement deux études mixtes sur les 48 études analysées et l'autre seulement 4 sur un total de 64.

Les publications s'intéressant exclusivement aux femmes arrivent en deuxième position, représentant 33% des articles du corpus. En comparaison, seuls cinq articles font le choix

d'étudier des populations uniquement composées d'hommes. Il est également important de noter que la seule étude portant sur une population animale a fait le choix d'étudier uniquement des femelles. Ceci contraste avec la tendance habituelle de la science à considérer le cas mâle ou masculin comme la norme et démontre que l'association historique de la maladie aux femmes perdure et se transpose dans les choix de population d'étude, même animale. Trois études ne précisent pas l'identité sexuée des participant·e·s. Dans ces trois études, l'accent est mis sur l'âge de la population étudiée, voire des comparatifs entre différents groupes d'âge : enfants, adolescents et adultes. Sept études ne présentent pas de population d'étude. Elles proposent à la place une analyse des expériences et avis de divers expert·e·s ou l'étude de diverses technologies et logiciels visant à faciliter l'identification, le diagnostic et le traitement des EDs.

Ce premier aperçu des populations étudiées au sein de notre corpus montre une tendance de la littérature à privilégier la mixité au sein des études sur l'AN et les EDs. Un gros écart apparaît au sein des études s'intéressant à une identité sexuée en particulier, 87% de ces études portant sur des femmes. La récente reconnaissance de la part du milieu médical de l'incidence des EDs chez les hommes (Weltzin, 2017) ne semble donc pas se traduire par une augmentation des études sur cette population spécifiquement. Les études tendent de plus en plus à inclure ou du moins à tenter d'inclure les hommes dans les populations étudiées, mais cette volonté de mixité semble se confronter à des problèmes de recrutement.

Des modalités de recrutement qui définissent l'identité sexuée des populations

Lorsque nous observons les modalités de recrutement des populations étudiées, nous remarquons que la part d'hommes et de femmes présent·e·s au sein de celle-ci semble être directement liée aux critères de sélection des populations. Si les différents types d'études présents dans notre corpus sont extrêmement variés, deux modalités de recrutement se distinguent de par le contraste qui transparaît dans la composition des populations recrutées. D'un côté, nous avons les études qui recrutent leur population au sein d'hôpitaux, cliniques ou centres de traitement. Les critères de recrutement se fondent alors principalement sur le suivi d'un *inpatient* ou *outpatient treatment* par les participant·e·s. Toutes les personnes sélectionnées au sein de ces études ont donc été diagnostiquées par un spécialiste médical à un moment donné, qu'elles soient hospitalisées ou non, et ont accepté de suivre un traitement. D'un autre côté, nous avons des études qui recrutent leur population au sein de larges panels d'étude, de populations spécifiques ou aléatoires, telles que les universités et les écoles, elles emploient donc diverses modalités de recrutement. Si les critères et modalités de recrutement varient fortement d'une étude à une autre, elles ont en commun de ne pas limiter la population sélectionnée à des personnes ayant été diagnostiquées par un·e professionnel·le de santé. Des personnes diagnostiquées avec un ED peuvent prendre part à ces études, cependant le diagnostic est souvent auto déclaré ou posé par les personnes en charge de l'étude à partir des informations relevées au cours de celle-ci.

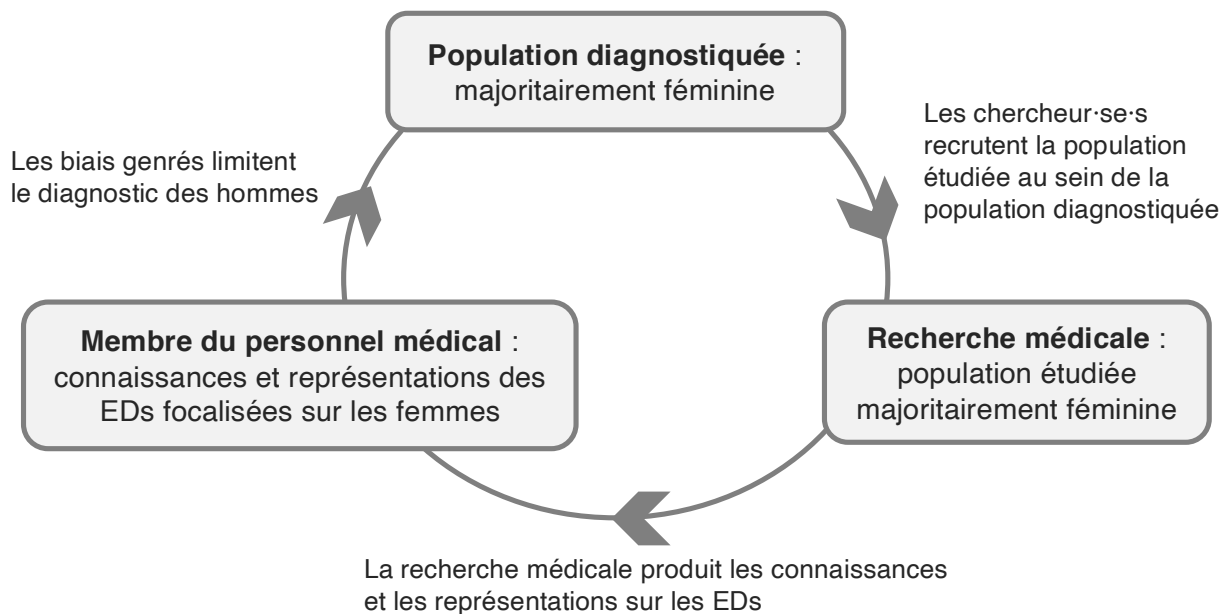
Nous avons donc classé les études mixtes en deux catégories : celles présentant une population dite « diagnostiquée » et celles présentant une population dite « élargie ». Ce classement nous permet de soulever un gros écart dans la part d'hommes et de femmes recru-

té·e·s au sein de ces deux catégories. En effet, les articles étudiant une population dite « diagnostiquée » comportent entre 73,8% et 98,6% de femmes, avec une moyenne de 90,9%. Deux études font exception et ne sont pas comptabilisées dans cette moyenne, car ce sont des *gender matched studies*, c'est-à-dire que les participant·e·s sont sélectionné·e·s dans le but de faire correspondre le nombre d'hommes et de femmes participant·e·s à l'étude. Les articles étudiant une population dite « élargie » présentent un rapport homme/femme plus égalitaire, la majorité des études comprenant entre 48% et 97% de femmes. Avec une moyenne de 62% de femmes, la majorité des études est donc composée d'un rapport homme/femme représentatif. Cependant, cinq études sortent du lot avec des pourcentages allant de 79,5% à 97%. Dans l'article de Hart et al. (2019) ce sont les parents qui sont étudiés, le recrutement à travers des crèches et autres institutions de la petite enfance majoritairement fréquentées par des femmes expliquent cet écart avec 97% de mères et seulement 3% de pères participant à l'étude. Dans l'article de Fox et al. (2019), le recrutement des participant·e·s s'effectue à travers des forums en ligne liés aux psychopathologies, aux troubles du comportement alimentaire et à l'automutilation non suicidaire. Dans l'article de Fitzsimmons-Craft, Balantekin, Graham et al. (2019) les participant·e·s sont recruté·e·s après avoir complété un formulaire de détection des troubles du comportement alimentaire. L'article de Fitzsimmons-Craft, Balantekin, Eichen et al. (2019) a, quant à lui, volontairement ciblé les femmes dans ses modalités de recrutement, même si la participation à l'enquête reste ouverte à tou·te·s. Mc Lean et al. (2019) ont focalisé leur étude sur les personnes cherchant de l'aide ou un traitement pour un trouble du comportement alimentaire en ligne. À travers ces cinq articles, nous pouvons constater comment les modalités de recrutement affectent le ratio homme/femme au sein des études. Lorsque les modalités de recrutement tendent à se diriger vers des personnes portant leur intérêt sur les EDs, les femmes sont surreprésentées au sein des études. Ceci s'explique, entre autres, de par la forte association des EDs aux femmes, qui entraîne une difficulté de reconnaissance et d'acceptation des troubles chez les hommes (Weltzin, 2017).

Les populations « diagnostiquées » et « élargies » représentent différents intérêts en termes d'apport pour la recherche sur les EDs. Les populations « élargies » sont généralement recrutées pour analyser l'influence de potentiels facteurs de développement ou des moyens de prévention mis en place, alors que les populations « diagnostiquées » permettent une meilleure connaissance des EDs : comorbidités, symptômes, évolution des troubles, efficacité des traitements... Les écarts relevés dans les parts d'hommes et de femmes composant les populations « diagnostiquées » n'est pas sans conséquence sur les connaissances produites par la recherche sur les EDs. Elles renforcent le traitement genré de l'AN et des EDs, non seulement au sein de la recherche, mais également dans la pratique médicale. Un cercle vicieux se met en place entre la recherche médicale, les professionnel·le·s du domaine de la santé et la population diagnostiquée. En effet, les liens qui unissent ces trois ensembles renforcent l'association des ED aux femmes et induisent des prophéties autoréalisatrices. Les représentations participent à la production de la réalité (Staszak, 2008), dans le cas de la recherche médicale sur l'AN les représentations sur les EDs, mais aussi sur la population touchée, sont en partie nourries des représentations que s'en font les chercheur·se·s. La prophétie autoréalisatrice dans le cas de l'AN est la prévalence de la maladie chez les femmes.

Nous pouvons observer les mécanismes de renforcement de biais de diagnostic à l'origine de cette prophétie autoréalisatrice dans le schéma présenté ci-dessous.

Schéma : Mécanismes de renforcement des biais de diagnostic



Comme nous le verrons par la suite, cette prophétie autoréalisatrice n'influe pas seulement sur le type de personne qui est amené à recevoir un diagnostic et un traitement, mais également sur le traitement de la maladie au sein de la recherche.

La binarité des modalités de catégorisation

Nous nous intéressons maintenant aux modalités de catégorisation des identités sexuées au sein des études ayant recruté une population mixte. Sur les 51 publications concernées, seules trois d'entre elles proposent un classement non binaire. Ces trois publications portent sur les EDs en général. Trompeter et al. (2019) utilisent les données issues de la première vague de l'étude *Everybody*, un questionnaire longitudinal interrogeant les adolescent-e-s australien-ne-s sur les EDs et les *body image concerns*. L'étude en question propose trois modalités d'identification sexuée aux participant-e-s : *girls*, *boys* et *nonbinary*. Fitzsimmons-Craft, Balantekin, Graham et al. (2019) offrent également, à travers leur questionnaire en ligne (diffusé sur le site du National Eating Disorders Association (NEDA) durant 6 mois), trois possibilités d'identification aux participant-e-s : *female*, *male* et *other*. Fitzsimmons-Craft, Balantekin, Eichen et al. (2019) proposent à travers l'*Internet-based Healthy Body Image (HBI) Program* déployé dans 28 universités états-uniennes cinq modalités d'identification : *female*, *male*, *transgender*, *gender nonconforming* et *preferring not to answer/feeling as though none of the above applied*. Ces trois publications ont en commun d'étudier une très large population. Au sein de ces études entre 2,9% et 0,5% de la population étudiée s'identifie en dehors de la classification binaire homme/femme.

Il est regrettable que la grande majorité des études, notamment celles étudiant de larges populations, limitent la possibilité d'identification sexuée aux catégories hommes et femmes. Même si les personnes ne s'identifiant pas aux catégories homme/femme ne représentent qu'une petite partie de la population générale, compte tenu de la place qu'ont occupée historiquement l'identité sexuée et les normes de genre dans l'analyse des causes et du développement de l'AN, ainsi que les théories qui en ont découlé, il est surprenant de voir qu'au sein de notre corpus, aucune étude ne s'intéresse spécifiquement à des personnes ayant contesté l'identité sexuée qui leur a été assignée à la naissance. En effet, certaines théories psychiatriques ont identifié l'AN comme un refus du développement sexuel et donc de l'identité sexuée féminine (Godin, 2016 ; MacSween, 1996 ; Turner, 1990). De plus, Cibich et Wade (2019) estiment que les EDs sont plus fréquents chez les personnes souffrant de dysphorie de genre : « The 12-month prevalence for anorexia nervosa and bulimia nervosa in young females is 0.4% and 1–1.5%, respectively, with a much lower prevalence among males (estimated 1:10 male-to-female (MtF) ratio; American Psychiatric Association, 2015). In comparison, a retrospective chart review conducted by Feder et al. (2017) suggested that 7% female-to-male (FtM) and 3% MtF clients with gender dysphoria met the criteria for a comorbid eating disorder. Given the higher prevalence of eating disorders among the people with gender dysphoria, as well as the reported fears and difficulties of this population seeking psychological treatment for eating disorders (Duffy, Henkel, & Earnshaw, 2016), developing our knowledge about the effective psychological treatment of eating disorders within the context of gender dysphoria is vital. » (Cibich & Wade, 2019, p.602)

Un CCR rapporte un cas de BN dans le contexte d'une dysphorie de genre, cependant l'article ne traitant ni de l'AN ni des EDs en général, il n'a pas été sélectionné dans notre corpus. Les auteures soulignent, cependant, la nécessité d'adapter certains aspects des protocoles de traitement aux insatisfactions corporelles spécifiques à cette population (Cibich & Wade, 2019). Cette absence dans la littérature montre un manque de perspective critique sur la binarité des normes de genre. L'AN a été majoritairement étudiée sous l'angle des normes et pressions sociales féminines. Si la recherche sur les EDs inclut de plus en plus les normes masculines dans l'établissement des diagnostics, des traitements et l'étude des causes, l'incapacité de la majorité des chercheur·se·s à déconstruire la binarité des identités sexuées se traduit, entre autres, par l'exclusion des personnes qui sèment le trouble dans les approches binaires proposées.

JUSTIFICATION DES POPULATIONS NON-MIXTES

Si un peu plus de 50% des articles de notre corpus étudient des populations mixtes, environ 38% font le choix de recruter des populations non-mixtes, avec seulement 5 articles proposant une population exclusivement masculine. Nous cherchons à comprendre si ces choix de population sont volontaires ou le résultat de biais de recrutement. Dans le cas où le choix est volontaire, est-il justifié et, si oui, comment ?

Un choix de population pas toujours explicité

Nous avons catégorisé les articles étudiant des populations non-mixtes en trois catégories. La première catégorie regroupe les études faisant le choix intentionnel d'étudier des popula-

tions non mixtes, que ce choix soit justifié ou non au sein de l'article. La deuxième catégorie rassemble les études subissant des biais de recrutement et qui, malgré l'ouverture des études à tou-te-s, se retrouvent avec une population non mixte. La troisième catégorie regroupe les études qui ne précisent pas si la composition de la population recrutée est le résultat d'un biais de recrutement ou d'un choix intentionnel. Nous n'incluons pas les six cas cliniques dans cette catégorisation. Comme ces études présentent des populations de petites tailles, nous en discuterons dans un deuxième temps.

Tableau 3 : Catégorisation des articles étudiant des populations exclusivement féminines ou masculines

| | Choix intentionnel | | Biais de recrutement | Non précisé | Total |
|---|--------------------|----------|----------------------|-------------|-------|
| | Non justifié | Justifié | | | |
| Articles traitant exclusivement de l'AN | 4 | 1 | 3 | 2 | 10 |
| Articles traitant de l'AN et d'autres Eds | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Articles traitant des Eds en général | 4 | 14 | 3 | 0 | 21 |
| Total | 10 | 15 | 6 | 2 | 33 |
| Pourcentage | 30% | 45% | 18% | 6% | 100% |

Comme nous pouvons le constater dans le tableau 3 ci-dessus, la grande majorité (75%) des publications étudiant une population non-mixte, résulte d'un choix intentionnel de la part des chercheur-se-s. Seuls 18% des populations non-mixtes découlent d'un biais de recrutement en faveur d'une population féminine. Parmi les études choisissant d'étudier une population féminine ou masculine, la majorité d'entre elles (60%) justifie son choix à travers la littérature ou la spécificité de la recherche, tel que dans le cas de la prévalence des EDs au cours de la grossesse (Chan et al., 2019). Cette tendance ne s'applique pas cependant à tous les types d'articles. Si les choix de population dans les articles traitant des EDs en général sont très largement justifiés, ceux traitant de l'AN exclusivement ou en association avec un autre ED ne justifient pas systématiquement leur choix de population. De plus, les cinq articles étudiant une population masculine justifient leur choix, alors que seulement 60% de ceux étudiant une population féminine en font de même. L'association de l'AN et des EDs aux femmes allant de soi, une partie non négligeable des publications n'estime ainsi pas nécessaire de justifier l'exclusion des hommes de sa recherche. Ces publications maintiennent et renforcent l'association des troubles concernés aux femmes, montrant ainsi une absence

de perspective critique sur le développement historique de l'AN et des EDs. Contrairement à ce qui a été relevé dans le domaine scientifique et médical par la critique féministe des sciences, le cas général ici est féminin et non masculin.

En ce qui concerne les études classées dans la catégorie « non précisé », il est regrettable que les chercheur·se·s ne détaillent pas leurs modalités et choix de recrutement. Cependant, les deux études concernées traitant exclusivement de l'AN et étudiant une population exclusivement féminine, nous pouvons émettre l'hypothèse que le choix était intentionnel et qu'aucune justification n'a semblé nécessaire, en raison de la prévalence de la maladie chez les femmes, comme c'est le cas pour la majorité des articles faisant le choix de limiter le recrutement aux femmes.

Justification des populations féminines VS masculines

Parmi les articles justifiant le choix d'une population féminine, une partie d'entre eux basent leur choix sur la prévalence plus élevées de la maladie chez les femmes :

“We focused on females given the higher prevalence of ED in women (Lahteenmaki et al., 2014; Mangweth-Matzek & Hoek, 2017; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012; Sweeting et al., 2015), estimated to be 1.6% compared to 0.1% in males, as reported in a Swedish sample (Goodman, Heshmati, Malki, & Koupil, 2014)” (Olivo et al., 2019, p.168)

“Young women disproportionately engage in disordered eating behaviors compared to young men (Stephen, Rose, Kenney, Rosselli-Navarra, & Weissman, 2014).” (Fergus et al., 2019, p.1310)

Certaines publications mettent l'accent sur la gravité de la maladie au sein de cette population :

“Eating disorders in young women are serious, disabling, and costly mental illnesses (Agras, 2001; Simon, Schmidt, & Pilling, 2005) which can be chronic, show high rates of comorbidity (Allen, Byrne, Forbes, & Oddy, 2009; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011), and result in increased suicide attempts (Mandelli, Arminio, Atti, & De Ronchi, 2018; Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen, & Bulik, 2013) and mortality rates (Fichter & Quadflieg, 2016).” (Mehl et al. 2019, p.817)

Dans les exemples mentionnés ci-dessus, seules les statistiques sur les EDs servent de justification au choix de la population d'étude. L'étude de Tylka et Calogero (2019) va plus loin dans la justification de son choix de population :

“Women within Western cultures experience considerable weight related pressure, a known ED risk factor (Stice, 2002). Sociocultural models of disordered eating, such as the tripartite influence model, typically investigate three sources of this pressure—media, peer, and family (Keery, van den Berg, & Thompson, 2004). Male partners may be another source, but have received relatively little research attention (Ramirez, Perez, & Taylor, 2012).” 2_part12 (Tylka & Calogero, 2019, p.189)

Ici, ce n'est pas simplement la prévalence de la maladie parmi les femmes qui est soulignée, mais également les causes sociales susceptibles d'être à l'origine de cette prévalence. Tylka et Calogero (2019) focalisent leur recherche sur la pression des partenaires masculins sur les femmes hétérosexuelles, estimant que cette pression sociale a été délaissée au sein de la

littérature, majoritairement dominée par l'étude de la pression des médias, des pairs et de la famille.

Une partie des articles justifiant leur choix de population d'étude exclusivement féminine s'intéresse à une sous-catégorie de la population féminine : les femmes athlètes (Stewart et al., 2019), les femmes non-hétérosexuelles (Jones et al., 2019) et les femmes entre 40 et 60 ans (Thompson & Bardone-Cone, 2019). Ces populations sont considérées soit comme plus à risque de développer un ED, dans le cas des athlètes de haut niveau, soit comme des parties des populations sous-étudiées, dans le cas des femmes de plus de 40 ans et de celles ne s'identifiant pas comme hétérosexuelles. Une recherche porte son intérêt sur la quête d'un corps plus musculaire chez les femmes :

"Although muscularity concerns among women have been documented for some time (Karazsia, Murnen, & Tylka, 2017), an intensification of the pursuit toward a toned (i.e., lean muscularity) appearance ideal has been noted more recently (Bozsik, Whisenhunt, Hudson, Bennett, & Lundgren, 2018). However, shifts in women's appearance ideals toward greater muscular leanness bring about new research questions regarding the potential costs of pursuing these ideals." (Cunningham et al., 2019, p.1326)

Dans ce cas ce n'est pas la prévalence par rapport aux hommes qui justifie le choix de la population d'étude, mais une potentielle modification des idéaux esthétiques féminins. Si nous ne remettons pas en question la validité des justifications proposées par les publications mentionnées ci-dessus, nous regrettons, cependant, qu'un glissement semble bien souvent se faire entre la population féminine et la population générale. En effet, lorsque les chercheur-se-s justifient leur choix de population uniquement à travers les différences de prévalences entre hommes et femmes, les conclusions des études semblent être généralisées à l'ensemble de la population atteinte par le ou les troubles étudiés. Les limites discutées dans les articles n'abordent pratiquement jamais la problématique de l'application des résultats aux hommes. Seule l'étude de Stephen et al. (2019) appelle à la reproduction de l'étude au sein d'une population masculine :

"However, the current study investigated only perceptions of high versus low adiposity bodies, and only in women. While this was appropriate for an initial investigation, given that BSSM and BD are particularly common among women (Mond et al., 2013), future studies should seek to establish a role for visual attention in BSSM in men, including misperception of muscularity." (Stephen et al., 2019, p.85)

Comme mentionné précédemment les cinq articles étudiant une population exclusivement masculine justifient leur choix de population de manière beaucoup plus détaillée que les études portant sur des populations féminines. Un, voire plusieurs, paragraphes au sein de l'article sont consacrés à justifier le choix de la population, là où pour les femmes, il y a rarement plus d'une phrase ou deux. De plus, il est important de noter que l'intégralité des articles portant leur attention exclusivement sur les hommes est issue du numéro spécial consacré aux EDs chez les hommes. Ce numéro est également composé d'un éditorial spécial, qui lui-même défend la nécessité d'augmenter le nombre d'études se focalisant sur les hommes. L'attention est portée sur le manque d'étude concernant les hommes, qu'il s'agisse de la validité des outils de diagnostic (Compte et al., 2019 ; Murray, Brown et al, 2019), de l'identification des symptômes les plus récurrents chez les hommes (Forrest et al., 2019), des taux de mortalité au sein de cette population (Quadflieg et al., 2019), ou encore de la défini-

tion des critères de rétablissement (Bardone-Cone et al., 2019). Ces cinq études soulèvent l'absence de données en mesure de confirmer ou d'infirmer la validité des connaissances actuelles chez les hommes :

« Preliminary examinations of comprehensive definitions of recovery have received support (e.g., Bardone-Cone et al., 2010), but most recovery research has focused on female samples. Recovery must be examined among men to avoid assuming that what applies to women applies to men and because the prevalence of eating disorders in men is much higher than originally thought, with recent estimates yielding a 1:2 to 1:5 men-to-women ratio (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Udo & Grilo, 2018) compared with the historical 1:9 ratio (American Psychiatric Association, 1994). » (Bardone-Cone et al., 2019, p.1371)

Un glissement semble s'effectuer dans l'application des résultats provenant d'études réalisées sur des populations exclusivement ou en grande majorité féminines à la population malade générale. Nous retrouvons ici une problématique similaire, bien qu'inversée, à celle causée par l'androcentrisme des sciences. Pour l'AN ce n'est pas le masculin, mais le féminin qui s'impose comme cas général, passant les cas masculins au second plan. Si des manifestations spécifiques aux hommes existent, elles ne semblent susciter qu'un intérêt minime au sein de la recherche actuelle. Comme pour les maladies cardiaques, le glissement effectué a des conséquences importantes sur le diagnostic et le traitement des hommes atteints de ED :

« A focus on the thin ideal in theoretical models of eating disorder psychopathology has contributed to a historical under-recognition of disordered eating and body dissatisfaction among men (Murray et al., 2017). This empirical inattention to male eating disorders has likely impacted the selection of current diagnostic criteria, including a focus on specific types of maladaptive weight control behaviors (e.g., extreme restriction of overall caloric intake, purging). This in turn has guided the content in assessments of disordered eating. Notably, a lean and muscular physique characterizes the ideal male body (Murray et al., 2017). Reflecting this, male body image-related concerns are more commonly oriented toward muscularity than thinness (Compte, Sepulveda, & Torrente, 2015; Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012). Importantly, concerns revolving around the desire for both muscularity and leanness (i.e., low body fat) may give rise to a unique constellation of eating-related attitudes and behaviors in men with eating disorders (Lavender, Brown, & Murray, 2017; Murray et al., 2017). Only part of this constellation may be captured in traditional assessments of disordered eating, leaving them poorly suited to measure disordered eating problems experienced by men. » (Murray, Brown et al., 2019, p.1389)

Malgré la reconnaissance d'un sous-diagnostic chez les hommes, comme notre corpus le démontre, beaucoup d'études continuent à se focaliser sur des populations féminines et à considérer leurs résultats comme applicables à l'ensemble de la population concernée par les EDs. Nous faisons l'hypothèse que ce focus des études sur les femmes n'a pas pour seule conséquence un sous-diagnostic et une méconnaissance des différents troubles chez les hommes. En effet, historiquement les populations masculines ont été privilégiées dans l'étude de certaines maladies, car le corps masculin a été, et est encore, considéré comme neutre. À l'inverse, le corps féminin est considéré comme l'autre, le corps sexué. Nous pouvons donc supposer que le maintien du focus sur les populations féminines entraîne un traitement genré de la maladie. Nous explorons plus en détail cette hypothèse lors de notre analyse des thématiques de recherches.

Le cas de l'anorexie : entre biais de sélection et choix volontaire

Nous portons maintenant notre attention sur les articles traitant exclusivement de l'AN. Sur les 30 articles présents dans notre corpus, plus de 50% d'entre eux portent leur intérêt sur une population exclusivement féminine. Parmi ces articles, se trouvent les 6 CCR de notre corpus : aucun cas clinique masculin n'est donc présenté. Sur les 10 articles restants, 5 études circonscrivent volontairement leur population d'étude aux femmes, 3 études se retrouvent avec une population féminine en raison des biais de recrutement et 2 études ne précisent pas les raisons pour lesquelles leur population est exclusivement composée de femmes.

Parmi les études présentant une population féminine due à un biais de sélection, nous retrouvons une RW de Dahlenburg et al. (2019) qui regroupe 23 études avec une population totale de 3561 femmes. Cette méta-analyse étudie le lien entre perfectionnisme et AN. La population exclusivement féminine qui compose cette étude peut être interprétée comme la continuité d'un intérêt de la recherche pour les femmes, dû, entre autres, à une facilitation du diagnostic chez ces dernières par rapport aux hommes. Nous pouvons aussi interroger le lien entre perfectionnisme et AN comme le résultat d'un biais genré que nous aborderons dans la partie suivante de notre analyse. Dinkler et al. (2019) analysent les capacités de reconnaissance des émotions faciales de femmes adultes ayant souffert d'AN durant leur adolescence et étant considérées comme guéries. La population de départ comprend 48 femmes et trois hommes, les trois hommes ont quitté l'étude en cours de route et ne sont donc pas inclus dans l'analyse finale. Si nous ignorons les raisons pour lesquelles ces derniers n'ont pas participé à l'étude dans son intégralité, plusieurs possibilités d'interprétation s'offrent à nous en se référant à la littérature existante. Le stigmatisme entourant les troubles alimentaires chez les hommes et les difficultés d'acceptation du diagnostic soulevés par Weltzin (2017) peuvent être un frein à la participation aux études sur la maladie ou, dans le cas mentionné, les amener à quitter une étude en cours. Dans l'article de Dalle Grave et al. (2019) analysant les effets d'une forme de thérapie cognitive, la *CBT-E (Enhanced cognitive behavioral therapy)*, sur des adolescentes souffrant d'AN, les critères de recrutement de départ ne limitent pas l'étude aux femmes, mais la population sélectionnée finale est exclusivement féminine. Ces trois études ont en commun de toutes sélectionner une population dite « diagnostiquée ». Comme mentionné précédemment, l'absence d'hommes au sein de ces populations est une conséquence logique des problèmes de diagnostic et de traitement que ces derniers rencontrent (Weltzin, 2017).

Sur les 5 études qui recrutent volontairement une population exclusivement féminine, une seule d'entre elles justifie explicitement ce choix :

« We focused on females given the higher prevalence of ED in women (Lahteenmaki et al., 2014; Mangweth-Matzek & Hoek, 2017; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012; Sweeting et al., 2015), estimated to be 1.6% compared to 0.1% in males, as reported in in a Swedish sample (Goodman, Heshmati, Malki, & Koupil, 2014). » (Olivo et al., 2019, p.168).

Une seule des 4 études restantes mentionne la prévalence de la maladie chez les femmes, sans pour autant relier cette prévalence aux critères de sélection de la population. Comme mentionné précédemment, la majorité des études ne discute pas de l'identité sexuée de la population étudiée dans les limites de l'étude. L'âge et la taille de la population sont plus sou-

vent mis en avant. Seul·e·s Berner et al. (2019) mentionnent l'identité sexuée des participantes dans les limites, sans pour autant encourager l'inclusion d'hommes dans les recherches à venir :

« Study limitations should be acknowledged. The generalizability of our findings is limited by our modestly sized, treatment-seeking samples of adult women, and the potential roles of current comorbid disorders and medications in our IAN sample cannot be conclusively determined. » (Berner et al., 2019, p.1320)

L'absence de discussion autour des problématiques que pose l'étude de populations non-mixtes encourage un glissement entre la population étudiée (exclusivement féminine) et la population malade générale (mixte). Dans l'article de Harrisson et al. (2019), l'intitulé de l'étude : *An experimental investigation into the use of eye-contact in social interactions in women in the acute and recovered stages of anorexia nervosa*, précise l'identité sexuée de la population étudiée. Néanmoins, dans la conclusion on ne parle plus de femmes mais de *people* :

«In conclusion, this experimental study found that people with AN use their eye-gaze differently to controls in the context of static, moving social stimuli, and real-life social interactions and these moderate sized reductions in the frequency and duration of fixations on the key eyes, nose, and mouth ROI may contribute to explaining the social difficulties reported by patients with AN. » (Harrisson et al., 2019, p.69)

Les CCR présentent des cas cliniques jugés atypiques ou particulièrement intéressants pour la recherche. Au sein de notre corpus, ils présentent les cas d'une à trois patientes par article. Si les CCR ne déterminent pas des critères de sélection explicites, une sélection se fait cependant quant à quels cas sont présentés ou non. De nouveau, le sous-diagnostic de l'AN chez les hommes peut en partie expliquer l'absence de cas clinique masculin, mais on ne peut pas exclure une sélection biaisée du côté des clinicien·ne·s rédigeant les articles, lorsqu'il s'agit de décider quels cas médicaux méritent d'être présentés. Des problématiques similaires à celles remarquées dans les articles portant sur les EDs en général apparaissent dans la sélection et la justification des populations étudiées au sein des recherches portant exclusivement sur l'AN. Nous remarquons néanmoins une tendance plus marquée des chercheur·se·s à limiter la population étudiée aux femmes et, qui plus est, à ne pas justifier cette limitation. Environ 53% des articles traitant exclusivement de l'AN présentent une population exclusivement féminine, ce pourcentage descend à 29% pour les articles traitant de l'AN et d'un autre ED, puis à 24% pour les articles traitant des EDs en général. Quand nous nous penchons sur le pourcentage d'articles justifiant la limitation de l'étude aux femmes, nous observons également d'importants écarts. Des biais de recrutement sont également observés, mais ils représentent seulement 19% des articles présentant une population exclusivement féminine et traitant de l'AN. Seul 20% des études traitant exclusivement de l'AN et présentant une population féminine justifient ce choix. Les deux articles traitant de l'AN et d'une autre ED présentant une population féminine ne justifient pas non plus leur choix. En comparaison environ 70% des articles traitant des EDs et étudiant une population féminine justifient leur choix. Des disparités conséquentes apparaissent en ce qui concerne le traitement de l'AN par rapport aux autres ED qui ne peuvent pas être exclusivement expliquées par les biais de recrutement. Nous pouvons nous demander si ces disparités reflètent de réels écarts dans les populations touchées par les différents EDs ou si l'association de l'AN aux femmes

perdure en raison de la construction sociohistorique singulière du diagnostic et des représentations sur la maladie que celle-ci a engendrées. Il semble y avoir une certaine remise en cause de la prévalence des EDs chez les femmes, mais qui peine à s'appliquer à l'AN.

DES THEMATIQUES DE RECHERCHE GENREES

Si la composition des populations d'étude affecte la compréhension, le diagnostic et traitement des EDs, elle influe également sur l'élaboration des recherches dans leur ensemble, qu'il s'agisse du choix de thématiques de recherche, de la formulation des hypothèses ou encore des protocoles d'étude mis en place. Dans cette partie nous analysons certains choix effectués par les chercheur·se·s en ce qui concerne les sujets de recherche, les hypothèses testées et les protocoles d'étude, afin de comprendre comment des biais genrés s'immiscent dans les articles de notre corpus.

Perfection, anorexie et femmes

De nombreuses études se sont penchées sur le lien entre AN et perfectionnisme, bien plus que pour d'autres EDs et troubles mentaux (Dahlenburg et al., 2019). Au sein de notre corpus deux articles explorent les liens entre AN et perfectionnisme. Le BR de Duffy et al. (2019) étudie les effets indirects des traits de personnalités qui caractérisent l'AN : une forte tendance à l'évitement de la souffrance, une faible capacité à l'autonomie et une forte tendance au perfectionnisme. Dahlenburg et al. (2019) proposent une méta analyse rassemblant les études ayant comparé les tendances au perfectionnisme chez les personnes atteintes d'AN aux mêmes tendances chez les personnes atteintes d'un autre ED, des personnes saines et des personnes diagnostiquées avec un autre trouble psychiatrique. Nous cherchons à comprendre si ce choix de thématique d'étude est justifié à la vue des connaissances actuelles ou si la focalisation sur l'AN, au détriment d'autres EDs et troubles mentaux, peut être le résultat de biais genrés.

Dahlenburg et al. (2019) soulignent le fait que, malgré une abondante littérature étudiant le lien entre perfectionnisme et AN, l'absence de méta analyse comparant les tendances au perfectionnisme dans l'AN par rapport à d'autres ED et troubles mentaux, ne permet pas d'établir si le perfectionnisme est un facteur affectant l'AN en particulier, les ED en général ou encore un ensemble plus large de troubles mentaux. Les chercheur·se·s s'intéressent aux différentes tendances au perfectionnisme entre les deux sous-types d'AN : AN-R (type restrictif) et AN-BP (type hyperphagie boulimie/prise de purgatifs) et tentent également de différencier ce qu'ils nomment « *maladaptive perfectionism* » et « *adaptive perfectionism* ». Après avoir brièvement détaillé les principaux résultats, nous verrons en quoi cette étude, sans pour autant en discuter explicitement, soulève de potentiels biais genrés dans la recherche sur l'AN.

Les résultats ne confirment qu'une partie des hypothèses initiales de l'article. L'étude conclut que la recherche existante ne démontre pas de différence statistiquement significative entre les tendances au perfectionnisme chez les personnes atteintes d'AN et de BN. En ce

qui concerne la comparaison des tendances au perfectionnisme chez les personnes atteintes d'AN et celles atteintes d'autres troubles mentaux, même si les résultats confirment l'hypothèse de départ, les différences entre les deux groupes semblent moins importantes qu'initialement prévu :

"The results indicated that maladaptive perfectionism levels differed between individuals diagnosed with AN and another psychological disorder; however, the publication bias result suggested that at best, there is only a small effect for these group differences. There were no statistically significant differences in maladaptive perfectionism between individuals diagnosed with AN and BN. The results from the metaanalysis also supported the hypothesis that the AN group was more perfectionistic compared to the non-clinical group, and the effect size was large. This result was the same for both maladaptive and adaptive perfectionism. » (Dahlenburg et al., 2019, p.225)

Seul l'écart entre les tendances au perfectionnisme chez les personnes atteintes d'AN et le groupe sain confirme le lien entre AN et perfectionnisme. Les résultats montrent d'ailleurs des effets inattendus quant à la différence entre les deux sous-types d'AN :

« AN-BP analysis yielded a small effect and indicated people diagnosed with AN-BP are more perfectionistic, relative to people diagnosed with AN-R. This result came as a surprise as people diagnosed with AN-R are generally assumed to display more perfectionistic tendencies by nature of the diagnosis." (Dahlenburg et al., 2019, p.226)

Dans les limites de l'étude, les chercheur-se-s soulèvent l'absence d'hommes et le manque de données quant à l'ethnicité des personnes étudiées, encourageant la reproduction des protocoles d'étude sur une population plus diverse. Comme nous le verrons par la suite, ces deux problématiques sont des conséquences des représentations associées à l'anorexique type, qui est non seulement une femme, mais également blanche.

Les résultats de l'étude remettent donc en question l'hypothèse selon laquelle il y aurait une plus forte association du perfectionnisme à l'AN par rapport à d'autres EDs, même potentiellement par rapport à d'autres troubles mentaux. Les chercheur-se-s ne discutent jamais des potentiels biais à l'origine de cette association, mais sa remise en question doit nous amener à interroger les caractéristiques associées aux personnes atteintes d'AN et celles associées aux personnes atteintes d'autres troubles. Si la tendance au perfectionnisme n'est pas plus marquée chez les personnes atteintes d'AN, pourquoi la recherche s'est-elle tant focalisée sur ce lien en particulier ? L'antériorité du diagnostic d'AN par rapport aux autres EDs, peut en partie expliquer cette constatation. Cette tendance peut également s'expliquer de par l'association de la maladie à une personne « type » : une jeune fille modèle, blanche et issue des classes sociales moyennes ou supérieures. Si cette typologie de l'anorexique s'est construite dès les premières mentions de la pathologie (Hepworth, 1999), elle a été fortement renforcée par les travaux de la psychiatre Hilde Bruch, qui est d'ailleurs citée dans l'introduction de l'article :

« Extremely high levels of perfectionism, especially in childhood, are a risk factor for anxiety, depressive disorders and eating disorders (Bulik et al., 2003; Flett et al., 2016). Concerning AN, one of the ED pioneers, Hilde Bruch (1978) described even young AN sufferer as striving to achieve extreme levels of self-perfectionism. »

Il est clair que les stéréotypes associés aux jeunes femmes blanches issues des classes moyennes et supérieures ont joué un rôle dans la focalisation de la recherche sur le lien entre

perfectionnisme et AN. Si la population associée au trouble avait été majoritairement composée de jeunes hommes issus des classes populaires ou encore de jeunes femmes noires, la recherche aurait-elle exploré le lien entre AN et perfection avec la même intensité ? Un lien a bien été établi entre des tendances poussées au perfectionnisme et le développement de certains troubles mentaux, cependant nous formulons l'hypothèse que la focalisation de la recherche sur l'AN, plutôt que d'autres troubles, est due, en partie, aux représentations associées à la population originellement liée au trouble. Godin (2016) soulevait déjà les problèmes épidémiologiques que posent certains stéréotypes sur l'anorexique type :

« En fait, il semble que l'on rencontre aujourd'hui par rapport à l'appartenance ethnique les mêmes problèmes que posait hier la classe sociale. On a longtemps pensé que les troubles alimentaires étaient présents avant tout dans les couches aisées de la population, ce qui a fortement influencé le regard porté sur le phénomène. Malgré l'accumulation d'enquête épidémiologiques qui montrent le contraire, cette idée circule encore (...) Le stéréotype dominant semble à cet effet tenir de la prophétie auto réalisatrice, en ce qu'il a un impact non négligeable sur le profil des personnes susceptibles d'être identifiées comme anorexique ou boulimiques et de trouver une place au sein des portraits statistiques. » (Godin, 2016, p.18)

Le BR de Duffy et al. (2019) étudie les effets indirects des traits de personnalités qui caractérisent l'AN : une forte tendance à l'évitement de la souffrance, une faible capacité à l'autonomie et une forte tendance au perfectionnisme.

« High harm avoidance, low self-directedness, and high perfectionism are temperamental and personality features that characterize anorexia nervosa (AN; Cassin & Von Ranson, 2005; Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini, & Abbate Daga, 2004; Klump et al., 2004). Harm avoidance represents a tendency to inhibit behavior to avoid punishment (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993) and may manifest as food restriction, as weight and fat are perceived as harmful and provoke anxiety in AN (Fairburn & Harrison, 2003). Self-directedness is the degree to which the self is viewed as autonomous and integrated (Cloninger et al., 1993). Low self-directedness has been hypothesized to increase susceptibility to social pressures for thinness (Fassino et al., 2004). » (Duffy et al., 2019, p.201)

Nous retrouvons donc de nouveau le lien entre perfection et AN, qui est noté comme une des caractéristiques principales de la maladie. La formulation employée dans l'extrait ci-dessus est atypique, car elle personnifie le trouble. En effet, les auteur·e·s parlent des traits de personnalité qui caractérisent la maladie et non qui l'accompagnent ou y sont associés. Il aurait semblé plus exacte de mentionner les traits de personnalité présents chez les personnes atteintes d'AN. Les choix de rédaction des chercheur·se·s produisent un glissement entre la maladie et les malades. Un trouble qui prend donc les traits de la personne malade type avec tous les stéréotypes associés à celle-ci. Cette personnification de la maladie tend à transposer les représentations associées aux patientes sur le trouble et renforcent ainsi le traitement genré de la maladie, ce ne sont plus seulement les patientes qui sont traitées comme des femmes, mais l'AN qui devient féminine. Cette tendance à la personnification de l'AN transparaît également dans les modalités de traitement mis en place par les thérapeutes ainsi que dans les discours des malades (D'Annunzio, 2018). Une personnification de la maladie qui peut paraître contre-productive dans le processus de guérison, alors même que les chercheur·se·s mentionnent « low self-directedness » comme un des traits de caractère influençant le développement de la maladie. En personnifiant la maladie dans la représentation

des patient·e·s, celle-ci n'est plus un trouble dont iels doivent guérir, mais une personne qui les domine.

Considérant ce qui a été relevé par la méta analyse de Dahlenburg et al. (2019), le postulat selon lequel une forte tendance au perfectionnisme est l'un des traits de personnalité qui caractérisent les personnes atteintes d'AN mérite d'être interrogé. La tendance au perfectionnisme est-elle seulement l'apanage des personnes atteintes d'AN ou ne serait-elle pas associée à d'autres EDs et troubles mentaux ? Le stéréotype dominant n'aurait-il pas dans une certaine mesure pu mettre en place une prophétie autoréalisatrice maintenant le lien entre AN et perfectionnisme ?

Malgré l'évolution des connaissances sur l'AN et les EDs, certaines associations semblent persister. Dans le cas du lien entre AN et perfectionnisme, la focalisation de la recherche sur cette thématique peut être interprétée comme une persistance des stéréotypes sur l'anorexique type chez les chercheur·se·s. Comme mentionné par Godin (2016), les stéréotypes dominants ont des conséquences non négligeables sur le profil des personnes susceptibles d'être diagnostiquées et peuvent déboucher sur l'établissement et le maintien d'une prophétie autoréalisatrice. Nous pouvons également supposer que c'est l'héritage d'une littérature scientifique biaisée qui, n'ayant pas fait l'œuvre d'une critique, maintient des biais genrés au sein de la recherche actuelle. En effet, si la communauté scientifique et médicale semble reconnaître l'influence du stéréotype dominant sur l'épidémiologie de la maladie (Godin, 2016), peu de personnes semblent avoir relevé l'influence que celui-ci a pu avoir sur les hypothèses formulées au sein de la recherche. L'article de Dahlenburg et al. (2019) présente un cas intéressant, car même s'il n'en discute pas de manière explicite, les résultats soulèvent des biais genrés et racistes dans la recherche sur l'AN. Nous ne remettons bien évidemment pas en question l'intérêt des études ayant exploré le lien entre AN et perfectionnisme. Cependant, les biais étant à l'origine de la focalisation sur l'AN soulèvent d'une part une nécessité d'étendre la recherche sur le perfectionnisme aux autres EDs et troubles mentaux. D'autre part, ils devraient également nous amener à questionner les autres traits de personnalités qui ont pu être omis par la recherche, en raison de leur non-adéquation au stéréotype dominant.

Émotions et interactions sociales

D'après la littérature, les personnes atteintes d'AN présentent généralement des difficultés à percevoir, exprimer et réguler leurs émotions ; la restriction alimentaire et le poids pondéral bas qui en résultent ont pour conséquence une répression des émotions. Elles cherchent en particulier à éviter les émotions négatives (Dahlenburg et al., 2019). Le traitement des émotions est donc un sujet de recherche qui apparaît régulièrement dans la littérature. Nous nous intéressons à deux études traitant de ce sujet au sein de notre corpus. Comme nous l'avons mentionné au cours de notre revue de la littérature, la médecine moderne s'est construite à partir de l'idée que les femmes étaient sous l'influence de leurs émotions, dans l'incapacité de les maîtriser, contrairement aux hommes. Un stéréotype qui perdure dans la société actuelle. Depuis la théorie antique des tempéraments, les émotions sont considérées comme relevant du féminin et généralement mises en opposition à la raison, qui relève du masculin

(Boquet & Lett, 2018). Il nous semble donc pertinent d'analyser comment le traitement des émotions est approché par les articles étudiant une population exclusivement féminine, l'une par choix (Brockmeyer et al., 2019), l'autre due à un biais de recrutement (Dinkler al., 2019). Il est important de noter que les cinq articles étudiant une population exclusivement masculine n'abordent ni le sujet des émotions, ni celui des capacités d'interactions sociales.

Brockmeyer et al. (2019) ont recruté 27 femmes atteintes d'AN et 26 femmes saines du même âge, afin de comparer leurs réactions à des clips vidéo censés provoquer la peur, la tristesse, l'amusement ou un état émotionnel neutre. Les réactions sont mesurées à travers le clignement des yeux, un test psychologique et une auto évaluation des participantes de leur état émotionnel. L'étude se focalise sur les émotions négatives : la tristesse et la peur, qui ont été peu étudiées jusqu'à présent. Ce qui attire notre attention d'une perspective genre est le choix des émotions négatives étudiées : la peur et la tristesse. Ces deux émotions sont considérées en occident comme relevant du féminin (Boquet & Lette, 2018). Les chercheur-se-s se fondent sur les limitations des études précédentes, soulignant le fait que celles-ci ne distinguaient pas les différents types d'émotions négatives. Iels soulignent également le fait que l'anxiété est censée être réduite par la restriction alimentaire, mais pas la tristesse :

« Furthermore, previous studies on startle response in AN did not differentiate between different types of negative emotions. However, previous research and psychobiological models of AN suggest that starvation and low weight may particularly reduce anxiety but not sadness (Kaye, 2008; Kaye et al., 2003). » (Brockmeyer et al., 2019, p.271)

Le choix des auteur-s d'étudier la peur et la tristesse est donc justifié par les hypothèses existantes sur la répression des émotions négatives chez les personnes atteintes d'AN. Les articles mentionnés : « (Kaye, 2008 ; Kaye et al., 2003) » justifient le choix des émotions étudiées à travers les taux élevés de troubles de l'anxiété, de la dépression et obsessionnels-compulsifs chez les personnes atteintes d'AN avant, pendant et après la maladie. Il nous semble cependant important de questionner la limitation à ces deux émotions négatives. Pour quelles raisons d'autres émotions négatives, telles que la colère, le dégoût ou encore la déception, ne sont-elles pas étudiées ? Si les troubles de l'anxiété et de la dépression sont en effet plus souvent diagnostiqués chez des femmes, la recherche a soulevé des biais genrés dans ces diagnostics (Tremblay et al., 2007). L'association de la tristesse et de la peur aux femmes affecte les outils de diagnostic :

« Une étude réalisée auprès de la communauté Amish au Pennsylvanie (Egeland & Hostetter, 1883 dans Cochran & Rabinowitz, 2000) rapporte des taux comparables de dépression chez les hommes et les femmes après avoir ajusté les critères pour mieux correspondre aux normes culturelles. Dans la même veine, Maruphy, Sobol, Neff, Olivier et Leighton (1984 dans Cochran & Rabinowitz, 2000) concluent, à la suite de leur étude menée dans les provinces maritimes, que lorsque l'on utilise des questionnaires plus sensibles aux dimensions de genre (gender-fair), les écarts entre les taux de dépression chez les hommes et ceux notés chez les femmes diminuent considérablement. En fait, plusieurs études suggèrent que la symptomatologie de la dépression varie sensiblement selon le genre, l'âge, la classe sociale, le groupe ethnique, les valeurs religieuses tant en ce qui concerne l'expression de la dépression (et donc le diagnostic) que le fait d'en parler et de demander de l'aide (Cochran & Rabinowitz, 2000). » (Tremblay et al., 2007, p.4)

Les résultats de l'étude de Brockmeyer et al. (2019) montrent une réaction moins prononcée aux clips vidéo censés provoquer la peur chez les personnes atteintes d'AN par rapport au groupe sain, mais pas de différence notable face aux clips vidéo censés provoquer la tristesse, confirmant ainsi les hypothèses existantes. Cependant, la focalisation de la recherche sur des émotions considérées comme féminines et des troubles généralement associés aux femmes ne risque-t-elle pas de renforcer les biais de diagnostic pour l'AN ? De nouveau, nous ne remettons pas en question la prévalence des troubles mentionnés chez les personnes atteintes d'AN, mais la limitation de l'étude à deux émotions négatives ne nous permet pas de confirmer ou d'infirmer le traitement des autres émotions négatives. Dans les limites de l'étude, l'extension de la recherche à d'autres types d'émotions négatives n'est, par ailleurs, pas mentionnée.

La capacité des personnes atteintes d'AN à reconnaître les émotions faciales basiques a été beaucoup étudiée. Les recherches existantes ne soulignent pas de difficulté de reconnaissance de la joie, mais les émotions négatives, telles que la peur, le dégoût ou encore la colère, semblent donner des résultats variables (Dinkler et al., 2019). Dinkler et al. (2019) ont recruté 26 femmes considérées comme guéries de manière durable (recAN), dont 6 se trouvant également sur le spectre autistique (ASD), et 31 femmes saines. Un test leur est présenté dans le but de mesurer leurs capacités à identifier les émotions faciales, ainsi que leur comportement oculaire. Les résultats de l'étude montrent qu'il ne semble pas y avoir de déficit de reconnaissance des émotions faciales chez les femmes recAN et non ASD par rapport au groupe sain. Cependant, les femmes recAN et ASD présentent des difficultés à reconnaître les expressions faciales à moyenne et forte intensités, par rapport aux femmes recAN non ASD, mais obtiennent un meilleur score lorsqu'il s'agit d'identifier les expressions faciales à faible intensité. L'étude met en avant la possibilité que des ASD, un trouble sous-diagnostiqué chez les femmes, passe inaperçu dans certains cas d'AN :

« Our data indicate that a previous AN condition alone does not lead to deficits in FER ability and visual scanning behavior during FER. However, they suggest that it might be important to know whether AN women have comorbid ASD, as AN with or without ASD might be two qualitatively different conditions, with ED being the manifestation of different underlying pathologies, consequently requiring different treatment approaches (Kinnaird, Norton, & Tchanturia, 2017; Tchanturia, Larsson, & Adamson, 2016). » (Dinkler et al., 2019, p.697)

À la vue des résultats présentés dans l'article, ainsi que de la littérature mentionnée, nous pouvons nous interroger sur les raisons qui ont poussé la production scientifique à étudier de manière extensive la capacité des personnes atteintes d'AN à reconnaître les émotions faciales. L'article soulève la possibilité que ce ne soit pas l'AN, mais la présence d'un ASD non-diagnostiqué, qui affecte les capacités de lecture des expressions faciales.

Dans une thématique similaire, nous retrouvons un intérêt de la recherche pour les capacités d'interaction sociale des anorexiques :

« During acute illness, these interpersonal difficulties provoke significant social adversity which may be as severe as in schizophrenia and can persist into recovery (Arkell & Robinson, 2008; Harrison, Mountford, & Tchanturia, 2014; Tiller et al., 1997). Possible factors underlying these social difficulties include a tendency to attend to rejecting social stimuli (Cardi, Matteo, Corfield, & Treasure, 2013), diminished facially expressed emotion (Da-

vies et al., 2016), difficulties managing emotions in social situations (Harrison, Genders, Davies, Treasure, & Tchanturia, 2011), difficulties inferring others' emotional states from their body movements (Lang et al., 2015), a reduced desire to seek out and experience pleasure from social interactions (social anhedonia; Harrison et al., 2014) and fears related to food in social contexts (Courty, Godart, Lalanne, & Berthoz, 2015).» (Harrison, et al., 2019, p.62)

Comme pour l'article de Dinkler et al. (2019) mentionné dans la partie précédente, Harrison et al. (2019) étudient les capacités d'interaction sociale. Elles sont mesurées à travers la reconnaissance des émotions faciales et le comportement oculaire. L'étude se concentre cependant davantage sur les interactions sociales, en mesurant et comparant le comportement oculaire de femmes anorexiques, de femmes guéries et de femmes saines, pas seulement face à des images et des clips vidéo, mais également lors d'un entretien en personne. Les résultats contredisent ceux de Dinkler et al. (2019), les femmes guéries présentant un profil intermédiaire et non similaire aux femmes saines :

« Recovered participants' frequency and duration of eye-contact with the eye ROI of the static and moving social stimuli and the interlocutor during the real-life social interaction were significantly increased relative to the acute AN group and significantly reduced relative to non-AN controls, with medium to large effect sizes. Taken together, these data suggest that people with AN and, (to a notable but lesser extent relative to those with acute illness), those recovered from AN, use their eye-contact differently to those with no history of the illness in the context of social stimuli, spending less time focused on the eyes of static and moving actors and of an interlocutor during a real-life social interaction » (Harrison, et al., 2019, p.68)

La présence récurrente de la thématique des émotions dans la recherche, qu'il s'agisse d'étudier la perception, la régulation ou l'expression de celles-ci par les personnes atteintes d'AN, semble refléter les attentes sociales genrées qui pèsent sur les femmes. L'expression de leur mal-être passe par l'évitement de certaines émotions considérées comme féminines : la tristesse et la peur. La maladie se traduit par une incapacité à reconnaître certaines émotions négatives, même si cette hypothèse ne semble pas être prouvée à l'heure actuelle. Dans les années 1960, de nombreux travaux rattachent le développement de l'AN à un rejet de la féminité et un retardement du passage de l'adolescence à l'âge adulte chez les femmes (Hepworth, 1999). L'AN est alors perçue comme un défaut du développement sexuel, une forme de répression de l'identité sexuée. Si les théories psychiatriques ont évolué depuis, il semble cependant possible de faire un parallèle entre ce qui été avant perçu comme un refus de l'identité sexuée et qui semble maintenant être étudié comme une "défaillance" de certaines caractéristiques sociales attendues des femmes. Que cette "défaillance" soit une réalité ou non pour les personnes atteintes d'AN, il est regrettable que la dimension genrée des émotions ne soit jamais discutée dans les études mentionnées. Une prise en compte de l'influence du genre sur les émotions permettrait aux chercheur·se·s de poser un regard critique sur l'origine des théories interprétant les difficultés que rencontrent les personnes atteintes d'AN à gérer leurs émotions. Cette perspective critique permettrait également à la recherche médicale d'interroger les biais genrés qui affectent la formulation des hypothèses actuelles autour des émotions. Comme pour le perfectionnisme, il semble y avoir eu peu de critiques des hypothèses formulées au cours du 20^e siècle sur le lien entre la régulation des émotions et l'AN. De plus, nous remarquons une absence totale de la dimension culturelle, et donc de l'aspect géographiquement et historiquement située, des émotions. Celles-ci tendent

à être traitées comme des faits biologiques échappant à toute influence du contexte socioculturel.

Pratiques sexuelles « risquées » ?

Nous nous intéressons dans cette dernière partie à une étude mentionnée précédemment, dans la partie « Sexualité et EDs ». Fergus et al. (2019) étudient le lien entre les EDs /DEBs et la prise de risques sexuels chez les jeunes femmes. Nous abordons ici les biais genrés qui ont pu influencer à la fois le choix du sujet de recherche, le protocole d'étude mis en place, ainsi que l'interprétation des résultats.

Le choix de la thématique de recherche, s'il est justifié par la littérature existante, ne semble pas anodin, considérant les stigmates qui pèsent encore sur la sexualité féminine. Un écart important différencie les attentes sociales régissant les sexualités féminine et masculine. Il est regrettable que cet écart ne soit jamais abordé au cours de l'article. Si les normes de genre qui régissent la sexualité féminine n'invalident pas la question de recherche, une prise en compte de ces dernières aurait sans doute permis de réduire les biais genrés présents au sein de l'étude. Le choix de limiter la population d'étude aux jeunes femmes est justifié par la prévalence plus élevée des EDs au sein de cette population. Cependant, nous pouvons nous demander si le stigmate qui pèse sur la sexualité des jeunes femmes n'a pas influencé également ce choix de population. La transférabilité des critères retenus pour mesurer le risque à une population mixte est discutable, notamment en ce qui concerne le nombre de partenaires sexuel·le·s. De plus, l'étude se contente de recruter des femmes non mariées. Nous pouvons supposer que les chercheur·se·s partent du postulat que le mariage protège des risques sexuels. Ce postulat paraît fortement biaisé par un jugement de valeur qui, de nouveau, n'est pas discuté dans l'article. Il est clair qu'à travers leur définition de la notion de comportement sexuel à risque les chercheur·se·s ne se sont pas contenté·e·s de mesurer les risques encourus pour la santé physique et mentale des personnes concernées. Iels cherchent également à relever ce qu'iels considèrent comme une sexualité déviant de la norme.

Les critères de mesure des comportements sexuels à risque reflètent en partie ce biais. Trois critères ont été retenus pour évaluer le comportement sexuel des participantes : le nombre de partenaires sexuels (évolution mesurée à sept ans d'écart), l'utilisation de préservatifs au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête et les STI développées au cours des 12 derniers mois également. Si la déclaration des STI semble un moyen efficace de mesurer les conséquences de certains comportements sexuels à risque, d'autres mesures sont étonnamment absentes de l'enquête, notamment celle du risque de rapports non consentis et/ou de violences physiques ou verbales au cours des rapports. Les abus sexuels durant l'enfance sont pris en compte. Cependant, aucune mention n'est faite des abus ayant lieu dans les rapports actuels. À la place, la focalisation est sur le nombre de partenaires, reproduisant ainsi l'idée qu'une sexualité moins active et monogame est meilleure pour la santé, du moins pour celle des femmes. Ce critère est d'autant plus questionnable que l'écart mesuré entre la moyenne de partenaires chez les jeunes femmes souffrant d'EDs/DEBs se situe entre 1,5 et 3 partenaires. Même si la moyenne peut masquer d'importants écarts, le nombre

médian de partenaires étant plus adéquat à la mesure des écarts entre les groupes, l'interprétation que proposent les auteur·e·s semble fortement biaisée. Nous pouvons questionner les raisons qui les ont amenées à affirmer que 1 à 3 partenaires sexuels en plus, sur une période de plusieurs années, constitue un comportement sexuel à risque. En ce qui concerne le deuxième critère de mesure : l'utilisation de préservatifs au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, sa validité est fortement contestable en raison d'une des limites de l'étude soulevée par les auteur·e·s. En effet, l'enquête n'interroge pas les participant·e·s sur le statut de leur relation en dehors du mariage. Ainsi, une jeune femme dans une relation exclusive et n'utilisant pas un préservatif avec son ou sa conjoint·e est automatiquement considérée comme ayant un comportement sexuel à risque. Ceci nous amène au troisième critère, qui paraît le plus pertinent : les STI développées au cours des 12 derniers mois. Il est donc d'autant plus intéressant de noter qu'aucune corrélation n'a été trouvée entre les EDs/DEBs et les STI auto déclarées. L'absence de corrélation entre les EDs/DEBs et les STI aurait dû inciter les chercheur·se·s à interroger la validité des deux premiers critères. Les critères de mesure proposés sont fortement biaisés par les normes et stéréotypes genrés, avec une absence notable de mesure des violences sexuelles subies, au profit de critères qui tendent à mesurer le rapport à un idéal de sexualité féminine monogame et dans la retenue, plutôt qu'une réelle tentative de prise en compte des risques encourus pour la santé des participant·e·s.

En ce qui concerne l'interprétation des résultats et les critères de mesure, ces derniers ne sont pas exempts de biais genrés. L'âge des premiers rapports sexuels est abordé dans la conclusion de l'article, malgré le fait que ce critère ne soit pas mentionné précédemment dans l'article :

« First, early sexual activity and disordered eating behaviors are both problematic behaviors in the adolescent and young adult developmental period. » (Fergus et al., 2019, p.1314)

De nouveau, nous pouvons interroger la légitimité de l'association formulée par les auteur·e·s, aucune précision n'étant donnée sur ce qu'ils considèrent comme des rapports sexuels précoces. Cette notion peut fortement varier en fonction des normes de sexualité et de genre en vigueur à une époque et dans un espace donné. Si nous ne contestons pas la possibilité que des rapports sexuels précoces soient problématiques, il est regrettable que l'aspect normatif du critère ne soit jamais discuté. Ceci est d'autant plus ambigu que l'enquête s'effectue sur une population exclusivement féminine. Le traitement de la sexualité féminine et masculine au sein de la société est fortement influencé par les normes et inégalités de genre, ce qui, malheureusement, ne semble absolument pas être pris en compte par les chercheur·se·s.

Plusieurs hypothèses sont formulées pour expliquer les écarts remarquables entre les différents types et sous-types de EDs, ainsi qu'un possible lien bidirectionnel entre le comportement sexuel et les EDs :

« There may also be a bidirectional relationship between sexual behaviors and disordered eating. More frequent sexual activity may lead to heightened body image concerns (Pujols, Seal, & Meston,2010). » (Fergus et al., 2019, p.1313)

« In contrast, we find that purging behaviors are associated with fewer new sexual partners (...) Engaging in purging may be associated with lower self-esteem (Ackard, Cronemeyer, Franzen, Richter, & Norstrom, 2011), and women with lower sexual self-esteem may be less likely to engage in sexual risk behavior (Schick, Calabrese, Rima, & Zucker, 2010). » (Fergus et al., 2019, p.1313)

Ces hypothèses ne peuvent, une fois de plus, pas être considérées en dehors des normes de genre. L'idée selon laquelle une activité sexuelle plus fréquente entraînerait une augmentation des problèmes liés à l'image corporelle s'applique-t-elle également aux hommes ? De même, le manque de confiance en soi engendre-t-il une baisse des comportements sexuels à risque pour tou·te·s ? Si nous ne sommes pas en mesure d'invalider les hypothèses émises, l'absence totale de discussion autour des valeurs, normes et rapports de pouvoir qui régissent notre conception de la sexualité, plus spécifiquement de ce qui peut être défini comme un comportement sexuel à risque, est fortement problématique. Des hypothèses initiales à l'interprétation des résultats, en passant par le protocole d'étude, les normes et pratiques genrées ne sont jamais discutées, encore moins les rapports de pouvoir qui traversent en particulier la sexualité hétérosexuelle. Les stéréotypes de genre se glissent ainsi dans l'ensemble de l'étude remettant considérablement en cause la validité de celle-ci.

DISCUSSION AUTOUR DES BIAIS GENRÉS

L'exploration des biais genrés au sein de notre corpus nous a amené, dans un premier temps, à interroger la composition des populations étudiées. Nous observons que malgré une tendance à inclure les hommes dans les populations d'étude, une importante partie de la recherche sur les EDs continue de se focaliser principalement sur des populations exclusivement féminines, en particulier dans le cas des recherches portant sur l'AN. Si une minorité de ces populations non mixtes sont la conséquence de biais de recrutement involontaire, l'identité sexuée des populations reste bien souvent le résultat des critères de sélection définis par les chercheur·se·s. De plus, la tendance à la mixité au sein des populations recrutées masque d'importants écarts dans les parts d'homme et de femme participant·e·s aux études. De nouveau, ceci est particulièrement vrai dans le cas des recherches portant exclusivement sur l'AN. En observant les modalités de recrutement et leurs effets sur les populations étudiées, nous remarquons que les populations dites « diagnostiquées », même lorsqu'elles sont mixtes, présentent un rapport homme/femme inégalitaire en faveur des femmes. Ceci a pour conséquence l'établissement d'un cercle vicieux entre la production scientifique, les professionnel·le·s du domaine de la santé et la population diagnostiquée, qui maintient et renforce les biais genrés au sein de la recherche. L'association de la maladie aux femmes est ainsi maintenue à travers une prophétie autoréalisatrice. Notre analyse de l'identité sexuée des populations met en avant la binarité des modalités de catégorisation, avec seulement 3 études sur 103 qui proposent une ou plusieurs catégories d'identification en-dehors des catégories homme/femme. Une étude va jusqu'à exclure les personnes s'étant identifiées comme non binaires. Ce constat traduit l'absence quasi-totale de remise en cause de la binarité des identités sexuées, mais également des normes de genre, au sein de la recherche médicale sur l'AN.

Dans un deuxième temps, nous avons analysé les explications proposées par les chercheur·se·s, s'il y en avait, pour justifier la limitation de leur population d'étude aux femmes. De nouveau, d'importants écarts apparaissent entre les articles traitant des EDs en général et ceux traitant exclusivement de l'AN, ces derniers justifiant plus rarement leur choix et de manière moins détaillée. Si la prévalence élevée de l'AN chez les femmes est souvent référencée pour justifier la limitation de l'étude à cette population, les auteur·e·s ne discutent que rarement des limites qu'induit ce choix dans la généralisation de leurs résultats. Au sein de certains articles, les conclusions opèrent un glissement entre la population féminine étudiée et la population malade globale. En comparant la justification des choix de populations masculines et féminines, nous observons d'importants écarts dans la quantité et la qualité des justifications proposées. Alors que les articles s'intéressant à une population masculine justifient systématiquement et de manière détaillée leur choix de population, les articles étudiant une population féminine n'expliquent que rarement et souvent sommairement leur choix. Il est clair que l'association historique des EDs, en particulier de l'AN, aux femmes, continue d'influencer les choix et la justification des populations d'étude au sein d'une grande partie de la recherche. Nous faisons l'hypothèse que cela influence négativement non seulement la compréhension des EDs chez les hommes, mais également les thématiques de recherche proposées chez les femmes.

Dans un troisième temps, nous avons donc interrogé l'influence du genre sur les thématiques de recherche, les hypothèses formulées et les protocoles d'étude. Dans notre première partie d'analyse sur le traitement des normes et pratiques genrées au sein de la production scientifique sur les EDs, nous avons constaté que la *gender medicine* a permis, entre autres, de soulever l'existence de biais genrés dans les outils de diagnostic. Cependant, lorsqu'il s'agit d'aborder les biais genrés, les chercheur·se·s semblent plus enclin·e·s à considérer l'influence des normes et pratiques genrées sur le comportement des patient·e·s, que sur les choix qu'ils effectuent au cours du processus de recherche. Nous avons relevé trois thématiques récurrentes dans la recherche sur l'AN, qui semblent être en partie le résultat de biais genrés : la tendance au perfectionnisme, la régulation des émotions et les capacités d'interaction sociale. Sans remettre en cause la pertinence de ces thématiques de recherche, nous formulons l'hypothèse que ces choix de sujets sont en partie liés à l'association de l'AN aux femmes et, dans le cas de la tendance au perfectionnisme, aux femmes blanches issues des classes sociales moyennes et supérieures. Un autre problème majeur apparaît dans les études explorant certains sujets chez des populations exclusivement féminines : l'absence de discussion et de contextualisation autour de certaines notions étudiées, telles que les émotions et les comportements sexuels. Ces thématiques ne peuvent être considérées en dehors des normes sociales qui les régissent. Cependant, qu'il s'agisse de prendre en compte la dimension sociale et culturelle des émotions ou de discuter des normes de genre qui affectent les pratiques sexuelles, nous remarquons une absence flagrante et regrettable de toute contextualisation historique et sociale des notions étudiées. Ceci a pour conséquence l'introduction de nombreux biais genrés au sein des études concernées, de la formulation des hypothèses, à l'interprétation des résultats, en passant par le protocole d'étude. Des biais genrés qui dans certains cas remettent complètement en cause la validité des résultats.

Des biais genrés sont bien présents dans la littérature sur l'AN et les EDs. L'association historique de la maladie aux femmes continue d'influencer les populations étudiées, les thématiques de recherches, les hypothèses formulées, les protocoles d'étude et l'interprétation des résultats. Les conséquences de ces biais genrés sont variables et difficiles à estimer au sein de notre étude exploratoire. Cependant, la discussion et la prise en compte de ces biais pourraient amener les chercheur·se·s à nuancer certains résultats, explorer d'autres hypothèses délaissées jusqu'à présent ou, dans des cas plus rares, remettre en cause l'intégralité de l'étude.

CONCLUSION

À travers cette recherche exploratoire, nous avons interrogé les différentes manières par lesquelles les normes, pratiques et stéréotypes genrés influent sur la recherche médicale sur l'AN. Si nous avons, dans un premier temps, choisi de nous focaliser sur l'AN, notre exploration de la littérature scientifique nous a amené à constituer un corpus d'articles plus varié qu'initialement envisagé. Celui-ci est composé d'articles traitant exclusivement de l'AN, d'articles traitant de l'AN et d'un autre ED, et d'articles traitant des EDs en général. Notre revue de la littérature nous a également permis de dégager deux axes d'analyse. Une première partie de notre analyse se focalise ainsi sur le traitement des normes et pratiques genrées au sein des études et une deuxième partie analyse les biais genrés.

Le choix de considérer ces deux aspects à travers lesquels les normes et pratiques genrées affectent la recherche sur l'AN est pertinent pour deux raisons. Premièrement, les normes et pratiques genrées ont été incluses dans de nombreuses interprétations de la maladie. Il était donc nécessaire de prendre en compte cette particularité dans la problématisation de notre sujet de recherche. Deuxièmement, malgré cette inclusion ou peut-être à cause de celle-ci, l'exploration des biais genrés au sein de la recherche médicale a été négligée jusqu'à présent. En revanche, ce choix a limité le temps et l'espace disponible pour explorer chaque axe de recherche. Afin de mieux saisir le traitement des normes et pratiques genrées, il serait pertinent d'étudier un corpus uniquement composé d'articles sur l'AN, proposant une analyse de l'AN par le biais de l'identité sexuée ou discutant de manière explicite des normes et pratiques genrées, ainsi que de mesurer l'évolution du nombre d'articles publiés sur PubMed depuis les années 1960. Dans notre corpus, seuls 13 articles répondaient aux critères de sélection pour notre première partie d'analyse. Cela limite les conclusions que nous pouvons tirer sur le traitement des normes et pratiques genrées au sein de la recherche médicale sur l'AN. Si nos deux axes d'étude représentent bien deux facettes d'une même problématique, l'usage d'un même corpus pour aborder les deux thématiques limite la pertinence des résultats de notre premier axe d'étude. Notre recherche nous a cependant permis de mettre à jour plusieurs pistes de recherches et problématiques qui méritent d'être explorées dans le futur.

En ce qui concerne le traitement des normes et pratiques genrées, une problématique centrale émerge dans le cas de la *gender medicine* : l'absence de définition du terme *gender*. Dans le cas des recherches sur l'AN et les EDs, nos résultats ne rejoignent que partiellement la littérature existante sur le sujet (Singh et Klinge, 2016). Si le terme *gender* est souvent utilisé comme un synonyme de *sex*, la discussion des normes et pratiques genrées n'est pas pour autant absente des recherches. L'usage polysémique du terme limite, cependant, la compréhension des différentes études concernées et soulève une problématique plus générale sur l'emploi et la définition du mot au sein du champ médical. La *gender medicine* présente de nombreux intérêts pour l'étude des EDs, en particulier dans leur compréhension

chez les hommes. Néanmoins, pour rester pertinent, ce champ médical doit s'appliquer à constituer des connaissances médicales qui prennent en compte l'influence de l'identité sexuée des patient·e·s, sans pour autant tomber dans un stéréotypage automatique de ces dernier·e·s. Les études sur l'influence de l'identité sexuée en lien avec d'autres variables semblent plus en mesure de déboucher sur des connaissances et des pratiques médicales inclusives. Les approches par l'identité sexuée nous ont aussi montré que la prise en compte actuelle des normes et pratiques genrées permet un enrichissement et un renouvellement de la compréhension des EDs. L'étude de la sexualité et des interactions intrafamiliales soulèvent de nouvelles manières d'appréhender et de traiter les EDs, voire remettent partiellement en question les théories autour de la centralité de la relation mère-fille dans le développement des EDs.

Ceci nous amène à la question des biais genrés. La *gender medicine* soulève des biais genrés dans les outils de diagnostic et de traitement. Ceux-ci sont notamment dus au maintien d'une focalisation de la recherche sur des populations majoritairement ou exclusivement composées de femmes, que celle-ci soit volontaire ou le fruit de biais de recrutement. Néanmoins, seule une partie des biais genrés peut être mise à jour par la *gender medicine*, telle qu'elle est pratiquée actuellement, c'est-à-dire en considérant uniquement l'influence des normes de genre sur le comportement des ·s. En effet, comme nous avons pu le remarquer dans la deuxième partie de notre analyse, certaines thématiques de recherche récurrentes dans les articles étudiant l'AN semblent être le résultat de biais genrés. La focalisation de la recherche sur la tendance au perfectionnisme chez les personnes atteintes d'AN, ainsi que leurs difficultés à traiter et à réguler les émotions, peut être interprétée comme une perpétuation des stéréotypes de genre qui ont initialement influencé la construction du trouble. De plus, en ce qui concerne le traitement des émotions et des comportements sexuels, l'absence de contextualisation sociale et historique de ces éléments limite considérablement la validité des résultats présentés. Si Godin (2016) a montré que le stéréotype de l'anorexique en tant que jeune femme blanche issue des classes sociales moyennes ou supérieures continue d'influer sur le diagnostic des anorexiques et donc l'épidémiologie du trouble, notre étude montre que ce stéréotype influe également sur la recherche médicale.

Ces réflexions nous amènent à proposer plusieurs pistes de recherche plus spécifiques, qui pourraient affiner l'analyse de la recherche médicale sur l'AN dans une perspective genre. Il serait intéressant de réaliser une étude comparative entre des populations exclusivement féminines et exclusivement masculines afin de comprendre comment le choix des sujets de recherche affecte la composition des populations d'étude. Nous avons remarqué au cours de notre recherche que la thématique des émotions et des interactions sociales n'était pas traitée au sein des études portant exclusivement leur intérêt sur les hommes. Cependant, le nombre d'articles étudiant une population uniquement masculine au sein de notre corpus était trop restreint pour pouvoir réaliser un comparatif pertinent. Un élément mentionné dans notre revue de la littérature est malheureusement absent de notre étude : la question du langage. Notre corpus ne nous a pas permis d'aborder cet élément pourtant essentiel dans la critique féministe des sciences. Une étude comparative entre des articles traitant des EDs chez les femmes et les hommes pourrait également nous permettre d'étudier cette problématique. De même, il serait pertinent de se focaliser exclusivement sur des études portant sur les

hommes, afin de mieux saisir comment le genre influence le traitement des EDs au sein de cette population. Au sein de notre étude, nous avons principalement abordé l'influence du genre sous l'angle de l'association des EDs aux femmes. En effet, même au sein de la revue consacrée spécifiquement à l'étude des EDs chez les hommes, plusieurs articles étaient des *gender matched studies*, c'est-à-dire des études comparatives homme/femme, et non des études portant exclusivement sur des populations masculines.

Dans une perspective plus globale, notre exploration de l'influence des normes, pratiques et stéréotypes genrés sur la recherche médicale sur l'AN soutient la pertinence d'analyser l'intégralité du champ médical dans une perspective genre, de l'historique des troubles, aux traitements proposés, en passant par les recherches. Elle nous amène également à interroger les possibilités de collaboration qui pourraient émerger à l'avenir entre les sciences sociales et le champ psychomédical. Les problématiques que posent la définition et l'usage du terme genre au sein de la recherche médicale pourraient être nourries par des discussions et des échanges interchamps. Certaines initiatives allant dans cette direction ont déjà vu le jour (Klinge, 2007). À la vue des critiques portées sur certaines études proposant une approche par l'identité sexuée au sein de notre corpus, nous pourrions même aller plus loin et envisager d'intégrer un·e chercheur·se en sciences sociales dans l'équipe de recherche, afin qu'il participe à l'élaboration des hypothèses de recherches et protocoles d'études. La critique féministe des sciences intervient jusqu'à présent post publication, mais une collaboration en amont de la réalisation des études pourrait s'avérer extrêmement productive pour établir une approche critique pertinente sur la recherche médicale et éviter que le terme genre ne perde sa dimension critique. Des collaborations entre psychologues et sociologues sont mises en place dans l'étude des dynamiques familiales. Pourtant, dans le cas de l'anorexie, les sciences sociales et psychomédicales se sont contentées jusqu'à présent d'étudier l'AN séparément. Si cela n'a pas empêché la reprise de certaines interprétations de la maladie produites dans le domaine des sciences sociales par des chercheur·se·s du champ psychomédical, le traitement des normes et pratiques genrées par les chercheur·se·s du champ psychomédical gagnerait en qualité à travers des collaborations directes. De même, une collaboration interchamps permettrait une réduction des biais genrés, améliorant ainsi la qualité et la pertinence des connaissances médicales produites.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE PRIMAIRE : CORPUS D'ÉTUDE

- Barakat, S., Maguire, S., Smith, K. E., Mason, T. B., Crosby, R. D., & Touyz, S. (2019a). Evaluating the role of digital intervention design in treatment outcomes and adherence to eTherapy programs for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 52*(10), 1077-1094. <https://doi.org/10.1002/eat.23131>
- Bardone-Cone, A. M., Alvarez, A., Gorlick, J., Koller, K. A., Thompson, K. A., & Miller, A. J. (2019). Longitudinal follow-up of a comprehensive operationalization of eating disorder recovery: Concurrent and predictive validity. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 1052-1057. <https://doi.org/10.1002/eat.23128>
- Bardone-Cone, A. M., Johnson, S., Raney, T. J., Zucker, N., Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2019). Eating disorder recovery in men: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(12), 1370-1379. <https://doi.org/10.1002/eat.23153>
- Becker, K. R., Keshishian, A. C., Liebman, R. E., Coniglio, K. A., Wang, S. B., Franko, D. L., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 230-238. <https://doi.org/10.1002/eat.22988>
- Berner, L. A., Romero, E. M., Reilly, E. E., Lavender, J. M., Kaye, W. H., & Wierenga, C. E. (2019). Task-switching inefficiencies in currently ill, but not remitted anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(11), 1316-1321. <https://doi.org/10.1002/eat.23175>
- Bisset, M., Rinehart, N., & Sciberras, E. (2019). DSM-5 eating disorder symptoms in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 855-862. <https://doi.org/10.1002/eat.23080>
- Brockmeyer, T., Pellegrino, J., Maier, C., Münch, H. M., Harmer, C. J., Walther, S., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2019). Blunted emotion-modulated startle reflex in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/eat.23022>
- Buchman, S., Attia, E., Dawson, L., & Steinglass, J. E. (2019). Steps of care for adolescents with anorexia nervosa—A Delphi study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 777-785. <https://doi.org/10.1002/eat.23088>
- Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2019). Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(5), 582-585. <https://doi.org/10.1002/eat.23031>
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., & Tang, C. S. K. (2019). Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders, 52*(6), 652-658. <https://doi.org/10.1002/eat.23065>
- Chatoor, I., Webb, L. E., & Kerzner, B. (2019). Anorexia nervosa and depression in a 5-year-old girl: Treatment with focused family play therapy and medication. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 1065-1069. <https://doi.org/10.1002/eat.23129>

- Collu, R., Scherma, M., Piscitelli, F., Giunti, E., Satta, V., Castelli, M. P., Verde, R., Fratta, W., Bisogno, T., & Fadda, P. (2019). Impaired brain endocannabinoid tone in the activity-based model of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1251-1262. <https://doi.org/10.1002/eat.23157>
- Compte, E. J., Nagata, J. M., Sepúlveda, A. R., Schweiger, S., Sbdar, L. S., Silva, B. C., Bressan, M., Rivas, A., Menga, S., Cortes, C., Bidacovich, G., López, P. L., Muiños, R., Rutzstein, G., Torrente, F., & Murray, S. B. (2019). Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the eating disorders examination-questionnaire across four male samples in Argentina. *International Journal of Eating Disorders*, *eat.23075*. <https://doi.org/10.1002/eat.23075>
- Cortés-García, L., Hoffmann, S., Warschburger, P., & Senra, C. (2019). Exploring the reciprocal relationships between adolescents' perceptions of parental and peer attachment and disordered eating: A multiwave cross-lagged panel analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(8), 924-934. <https://doi.org/10.1002/eat.23086>
- Craig, M., Waive, J., Wilson, S., & Waller, G. (2019). Optimizing treatment outcomes in adolescents with eating disorders: The potential role of cognitive behavioral therapy. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(5), 538-542. <https://doi.org/10.1002/eat.23067>
- Cunningham, M. L., Szabo, M., Kambanis, P. E., Murray, S. B., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Franko, D. L., & Griffiths, S. (2019). Negative psychological correlates of the pursuit of muscularity among women. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1326-1331. <https://doi.org/10.1002/eat.23178>
- Daglish, A., & Waller, G. (2019). Clinician and patient characteristics and cognitions that influence weighing practice in cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(9), 977-986. <https://doi.org/10.1002/eat.23096>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 219-229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(9), 1042-1046. <https://doi.org/10.1002/eat.23122>
- Dinkler, L., Rydberg Dobrescu, S., Råstam, M., Gillberg, I. C., Gillberg, C., Wentz, E., & Hadjikhani, N. (2019). Visual scanning during emotion recognition in long-term recovered anorexia nervosa: An eye-tracking study. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(6), 691-700. <https://doi.org/10.1002/eat.23066>
- Dooley-Hash, S., Adams, M., Walton, M. A., Blow, F. C., & Cunningham, R. M. (2019). The prevalence and correlates of eating disorders in adult emergency department patients. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1281-1290. <https://doi.org/10.1002/eat.23140>
- D'Souza Walsh, K., Davies, L., Pluckwell, H., Huffinley, H., & Waller, G. (2019). Alliance, technique, both, or more? Clinicians' views on what works in cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 278-282. <https://doi.org/10.1002/eat.23033>
- Duffy, M. E., Rogers, M. L., Joiner, T. E., Bergen, A. W., Berrettini, W., Bulik, C. M., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A. S., Klump, K. L., Lilienfeld, L., Magistretti, P. J., Mitchell, J., Schork, N. J., Strober, M., Thornton, L. M., ... Keel, P. K. (2019). An investigation of indirect effects of personality features on anorexia nervosa severi-

ty through interoceptive dysfunction in individuals with lifetime anorexia nervosa diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 200-205. <https://doi.org/10.1002/eat.23008>

Fergus, K. B., Copp, H. L., Tabler, J. L., & Nagata, J. M. (2019). Eating disorders and disordered eating behaviors among women: Associations with sexual risk. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1310-1315. <https://doi.org/10.1002/eat.23132>

Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., Graham, A. K., Monterubio, G. E., Sadeh-Sharvit, S., Goel, N. J., Flatt, R. E., Saffran, K., Karam, A. M., Firebaugh, M., Trockel, M., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2019). Screening and offering online programs for eating disorders: Reach, pathology, and differences across eating disorder status groups at 28 U.S. universities. *International Journal of Eating Disorders*, 52(10), 1125-1136. <https://doi.org/10.1002/eat.23134>

Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Graham, A. K., Smolar, L., Park, D., Mysko, C., Funk, B., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2019). Results of disseminating an online screen for eating disorders across the U.S.: Reach, respondent characteristics, and unmet treatment need. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 721-729. <https://doi.org/10.1002/eat.23043>

Forrest, L. N., Perkins, N. M., Lavender, J. M., & Smith, A. R. (2019). Using network analysis to identify central eating disorder symptoms among men. *International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 871-884. <https://doi.org/10.1002/eat.23123>

Forrest, L. N., Sarfan, L. D., Ortiz, S. N., Brown, T. A., & Smith, A. R. (2019). Bridging eating disorder symptoms and trait anxiety in patients with eating disorders: A network approach. *International Journal of Eating Disorders*, eat.23070. <https://doi.org/10.1002/eat.23070>

Fox, K. R., Wang, S. B., Boccagno, C., Haynos, A. F., Kleiman, E., & Hooley, J. M. (2019). Comparing self-harming intentions underlying eating disordered behaviors and NSSI: Evidence that distinctions are less clear than assumed. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 564-575. <https://doi.org/10.1002/eat.23041>

Geer, B., Gibson, D., Grayeb, D., Benabe, J., Victory, S., Mehler, S., & Mehler, P. (2019). Metformin abuse: A novel and dangerous purging behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 319-321. <https://doi.org/10.1002/eat.23010>

Goldschen, L., Lundblad, W., Fertig, A. M., Auster, L. S., Schwarzbach, H. L., & Chang, J. C. (2019). Navigating the university transition among women who self-report an eating disorder: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 795-800. <https://doi.org/10.1002/eat.23071>

Graham, A. K., Wildes, J. E., Reddy, M., Munson, S. A., Barr Taylor, C., & Mohr, D. C. (2019a). User-centered design for technology-enabled services for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(10), 1095-1107. <https://doi.org/10.1002/eat.23130>

Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1002/eat.23161>

Harrison, A., Watterson, S. V., & Bennett, S. D. (2019). An experimental investigation into the use of eye-contact in social interactions in women in the acute and recovered stages of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 61-70. <https://doi.org/10.1002/eat.22993>

Hart, L. M., Damiano, S. R., Li-Wai-Suen, C. S. N., & Paxton, S. J. (2019). Confident body, confident child: Evaluation of a universal parenting resource promoting healthy body image

and eating patterns in early childhood-6- and 12-month outcomes from a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 121-131. <https://doi.org/10.1002/eat.22992>

Hochgraf, A. K., McHale, S. M., & Fosco, G. M. (2019). Interparental conflict and gender moderate the prospective link between parents' perceptions of adolescents' weight and weight concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 904-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23093>

Hübel, C., Yilmaz, Z., Schaumberg, K. E., Breithaupt, L., Hunjan, A., Horne, E., García-González, J., O'Reilly, P. F., Bulik, C. M., & Breen, G. (2019). Body composition in anorexia nervosa: Meta-analysis and meta-regression of cross-sectional and longitudinal studies. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1205-1223. <https://doi.org/10.1002/eat.23158>

Hughes, E. K., Kerr, J. A., Patton, G. C., Sawyer, S. M., Wake, M., Le Grange, D., & Azopardi, P. (2019). Eating disorder symptoms across the weight spectrum in Australian adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 885-894. <https://doi.org/10.1002/eat.23118>

Hussain, A. A., Hübel, C., Hindborg, M., Lindkvist, E., Kastrup, A. M., Yilmaz, Z., Støving, R. K., Bulik, C. M., & Sjögren, J. M. (2019). Increased lipid and lipoprotein concentrations in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, eat.23051. <https://doi.org/10.1002/eat.23051>

Iyar, M. M., Cox, D. W., Kealy, D., Srikameswaran, S., & Geller, J. (2019). Is stage of change enough? Confidence as a predictor of outcome in inpatient treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 283-291. <https://doi.org/10.1002/eat.23026>

Izquierdo, A., Plessow, F., Becker, K. R., Mancuso, C. J., Slattery, M., Murray, H. B., Hartmann, A. S., Misra, M., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Implicit attitudes toward dieting and thinness distinguish fat-phobic and non-fat-phobic anorexia nervosa from avoidant/restrictive food intake disorder in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 419-427. <https://doi.org/10.1002/eat.22981>

Jones, C. L., Fowle, J. L., Ilyumzhinova, R., Berona, J., Mbayiwa, K., Goldschmidt, A. B., Bodell, L. P., Stepp, S. D., Hipwell, A. E., & Keenan, K. E. (2019). The relationship between body mass index, body dissatisfaction, and eating pathology in sexual minority women. *International Journal of Eating Disorders*, eat.23072. <https://doi.org/10.1002/eat.23072>

Kästner, D., Löwe, B., & Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 101-116. <https://doi.org/10.1002/eat.22975>

Kennedy, G. A., Jean Forney, K., Pinner, D., Martinez, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., & Keel, P. K. (2019). Reducing anticipated non-suicidal self-injury by improving body esteem in individuals with weight suppression: A proof of concept study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 206-210. <https://doi.org/10.1002/eat.23011>

Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2019a). Eye-tracking research in eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 3-27. <https://doi.org/10.1002/eat.22998>

Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Le Grange, D., Lock, J., & MacMillan, H. L. (2019). Identifying and responding to child maltreatment when delivering family-based treatment—A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, eat.23036. <https://doi.org/10.1002/eat.23036>

- Kirkpatrick, R., Booij, L., Vance, A., Marshall, B., Kanellos-Sutton, M., Marchand, P., & Khalid-Khan, S. (2019). Eating disorders and substance use in adolescents: How substance users differ from nonsubstance users in an outpatient eating disorders treatment clinic. *International Journal of Eating Disorders, 52*(2), 175-182. <https://doi.org/10.1002/eat.23017>
- Koga, A., Toda, K., Tatsushima, K., Matsuubayashi, S., Tamura, N., Imamura, M., & Kawai, K. (2019). Portal hypertension in prolonged anorexia nervosa with laxative abuse: A case report of three patients. *International Journal of Eating Disorders, 52*(2), 211-215. <https://doi.org/10.1002/eat.23007>
- Lange, C. R. A., Ekedahl Fjertorp, H., Holmer, R., Wijk, E., & Wallin, U. (2019). Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: Psychiatric and occupational outcome in 56 patients. *International Journal of Eating Disorders, 52*(4), 435-438. <https://doi.org/10.1002/eat.23038>
- Le Grange, D., Huryk, K. M., Murray, S. B., Hughes, E. K., Sawyer, S. M., & Loeb, K. L. (2019). Variability in remission in family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 996-1003. <https://doi.org/10.1002/eat.23138>
- Lebow, J., Sim, L., Crosby, R. D., Goldschmidt, A. B., Le Grange, D., & Accurso, E. C. (2019). Weight gain trajectories during outpatient family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(1), 88-94. <https://doi.org/10.1002/eat.23000>
- Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. (2019a). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 52*(5), 497-514. <https://doi.org/10.1002/eat.23035>
- Lieberman, M., Houser, M. E., Voyer, A.-P., Grady, S., & Katzman, D. K. (2019). Children with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa in a tertiary care pediatric eating disorder program: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 239-245. <https://doi.org/10.1002/eat.23027>
- Luzier, J., Rached, K., & Talley, J. (2019). Relapse prevention and selective serotonin reuptake inhibitor medication in two adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 863-867. <https://doi.org/10.1002/eat.23092>
- Mattavelli, G., Gallucci, A., Schiena, G., D'Agostino, A., Sasseti, T., Bonora, S., Bertelli, S., Benetti, A., Tugnoli, E., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Romero Lauro, L., Gambini, O., & Pappagno, C. (2019). Transcranial direct current stimulation modulates implicit attitudes towards food in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 52*(5), 576-581. <https://doi.org/10.1002/eat.23046>
- McEvoy, P. M., Targowski, K., McGrath, D., Carter, O., Fursland, A., Fitzgerald, M., & Raykos, B. (2019). Efficacy of a brief group intervention for carers of individuals with eating disorders: A randomized control trial. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 987-995. <https://doi.org/10.1002/eat.23121>
- McLean, S. A., Caldwell, B., & Robertson, M. (2019). Reach Out and Recover: Intentions to seek treatment in individuals using online support for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 52*(10), 1137-1149. <https://doi.org/10.1002/eat.23133>
- Mehl, A., Rohde, P., Gau, J. M., & Stice, E. (2019). Disaggregating the predictive effects of impaired psychosocial functioning on future DSM-5 eating disorder onset in high-risk female adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 817-824. <https://doi.org/10.1002/eat.23082>

- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Solmi, M., Tenconi, E., & Favaro, A. (2019). Anorexia nervosa and diffusion weighted imaging: An open methodological question raised by a systematic review and a fractional anisotropy anatomical likelihood estimation meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1237-1250. <https://doi.org/10.1002/eat.23160>
- Monteleone, A. M., Mereu, A., Cascino, G., Criscuolo, M., Castiglioni, M. C., Pellegrino, F., Patriciello, G., Ruzzi, V., Monteleone, P., Vicari, S., & Zanna, V. (2019). Re-conceptualization of anorexia nervosa psychopathology: A network analysis study in adolescents with short duration of the illness. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1263-1273. <https://doi.org/10.1002/eat.23137>
- Murray, S. B., Brown, T. A., Blashill, A. J., Compton, E. J., Lavender, J. M., Mitchison, D., Mond, J. M., Keel, P. K., & Nagata, J. M. (2019). The development and validation of the muscularity-oriented eating test: A novel measure of muscularity-oriented disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(12), 1389-1398. <https://doi.org/10.1002/eat.23144>
- Nagata, J. M., Braudt, D. B., Domingue, B. W., Bibbins-Domingo, K., Garber, A. K., Griffiths, S., & Murray, S. B. (2019). Genetic risk, body mass index, and weight control behaviors: Unlocking the triad. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(7), 825-833. <https://doi.org/10.1002/eat.23083>
- Nagata, J. M., Carlson, J. L., Golden, N. H., Long, J., Murray, S. B., & Peebles, R. (2019). Comparisons of bone density and body composition among adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(5), 591-596. <https://doi.org/10.1002/eat.23048>
- Nagata, J. M., Murray, S. B., Bibbins-Domingo, K., Garber, A. K., Mitchison, D., & Griffiths, S. (2019). Predictors of muscularity-oriented disordered eating behaviors in U.S. young adults: A prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(12), 1380-1388. <https://doi.org/10.1002/eat.23094>
- Neumayr, C., Voderholzer, U., Tregarthen, J., & Schlegl, S. (2019). Improving aftercare with technology for anorexia nervosa after intensive inpatient treatment: A pilot randomized controlled trial with a therapist-guided smartphone app. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(10), 1191-1201. <https://doi.org/10.1002/eat.23152>
- Nutley, S., Varma, D., Chen, X., & Striley, C. W. (2019). Willingness of individuals with eating disorders to participate in health research. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(8), 914-923. <https://doi.org/10.1002/eat.23090>
- Olivo, G., Swenne, I., Zhukovsky, C., Tuunainen, A.-K., Saaid, A., Salonen-Ros, H., Larsson, E.-M., Brooks, S. J., & Schiöth, H. B. (2019). Preserved white matter microstructure in adolescent patients with atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(2), 166-174. <https://doi.org/10.1002/eat.23012>
- Paquin Hodge, C., Gauvin, L., St-Hilaire, A., Israel, M., Azzi, M., Kahan, E., Thaler, L., Dansereau, E., & Steiger, H. (2019). A naturalistic comparison of two inpatient treatment protocols for adults with anorexia nervosa: Does reducing duration of treatment and external controls compromise outcome? *International Journal of Eating Disorders*, *52*(9), 1015-1023. <https://doi.org/10.1002/eat.23150>
- Perko, V. L., Forbush, K. T., Siew, C. S. Q., & Tregarthen, J. P. (2019). Application of network analysis to investigate sex differences in interactive systems of eating-disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(12), 1343-1352. <https://doi.org/10.1002/eat.23170>

- Piers, A. D., Espel-Huynh, H. M., & Lowe, M. R. (2019). The independent and interacting effects of weight suppression and admission body mass index on treatment weight change in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 52*(11), 1301-1309. <https://doi.org/10.1002/eat.23149>
- Pistella, J., Ioverno, S., & Russell, S. T. (2019). The role of peer victimization, sexual identity, and gender on unhealthy weight control behaviors in a representative sample of Texas youth. *International Journal of Eating Disorders, 52*(5), 597-601. <https://doi.org/10.1002/eat.23055>
- Plasencia, M., Sysko, R., Fink, K., & Hildebrandt, T. (2019). Applying the disgust conditioning model of food avoidance: A case study of acceptance-based interoceptive exposure. *International Journal of Eating Disorders, 52*(4), 473-477. <https://doi.org/10.1002/eat.23045>
- Porrás-García, B., Ferrer-García, M., Ghita, A., Moreno, M., López-Jiménez, L., Vallvé-Romeu, A., Serrano-Troncoso, E., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). The influence of gender and body dissatisfaction on body-related attentional bias: An eye-tracking and virtual reality study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(10), 1181-1190. <https://doi.org/10.1002/eat.23136>
- Pullmer, R., Coelho, J. S., & Zaitsoff, S. L. (2019). Kindness begins with yourself: The role of self-compassion in adolescent body satisfaction and eating pathology. *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 809-816. <https://doi.org/10.1002/eat.23081>
- Quadflieg, N., Strobel, C., Naab, S., Voderholzer, U., & Fichter, M. M. (2019). Mortality in males treated for an eating disorder—A large prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(12), 1365-1369. <https://doi.org/10.1002/eat.23135>
- Rancourt, D., Foster, N., Bollepalli, S., Fitterman-Harris, H. F., Powers, M. A., Clements, M., & Smith, L. B. (2019). Test of the modified dual pathway model of eating disorders in individuals with type 1 diabetes. *International Journal of Eating Disorders, 52*(6), 630-642. <https://doi.org/10.1002/eat.23054>
- Reas, D. L., Wisting, L., Stedal, K., & Dahlgren, C. L. (2019). Unhealthy eating and weight dissatisfaction in adolescents who never, occasionally, or regularly use smokeless tobacco (Swedish snus). *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 846-854. <https://doi.org/10.1002/eat.23085>
- Rosen, E. L., Thambundit, A., Mehler, P. S., & Mittelman, S. D. (2019). Central diabetes insipidus associated with refeeding in anorexia nervosa: A case report. *International Journal of Eating Disorders, 52*(8), 956-961. <https://doi.org/10.1002/eat.23087>
- Schaefer, L. M., Anderson, L. M., Simone, M., O'Connor, S. M., Zickgraf, H., Anderson, D. A., Rodgers, R. F., & Thompson, J. K. (2019). Gender-based differential item functioning in measures of eating pathology. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 1047-1051. <https://doi.org/10.1002/eat.23126>
- Slof-Op 't Landt, M. C. T., Dingemans, A. E., de la Torre Y Rivas, J., & van Furth, E. F. (2019). Self-assessment of eating disorder recovery: Absence of eating disorder psychopathology is not essential. *International Journal of Eating Disorders, 52*(8), 956-961. <https://doi.org/10.1002/eat.23091>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Juarascio, A., Schaefer, L. M., Crosby, R. D., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2019b). Moving beyond self-report data collection in the natural environment: A review of the past and future directions for ambulatory assessment in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 52*(10), 1157-1175. <https://doi.org/10.1002/eat.23124>

- Sparti, C., Santomauro, D., Cruwys, T., Burgess, P., & Harris, M. (2019). Disordered eating among Australian adolescents: Prevalence, functioning, and help received. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 246-254. <https://doi.org/10.1002/eat.23032>
- Sproch, L. E., Anderson, K. P., Sherman, M. F., Crawford, S. F., & Brandt, H. A. (2019). A randomized controlled trial of group cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Effects on set-shifting tasks for inpatient adults and adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 1004-1014. <https://doi.org/10.1002/eat.23143>
- Stephen, I. D., Hunter, K., Sturman, D., Mond, J., Stevenson, R. J., & Brooks, K. R. (2019). Experimental manipulation of visual attention affects body size adaptation but not body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 52*(1), 79-87. <https://doi.org/10.1002/eat.22976>
- Stewart, T. M., Pollard, T., Hildebrandt, T., Wesley, N. Y., Kilpela, L. S., & Becker, C. B. (2019). The Female Athlete Body project study: 18-month outcomes in eating disorder symptoms and risk factors. *International Journal of Eating Disorders, 52*(11), 1291-1300. <https://doi.org/10.1002/eat.23145>
- Strobel, C., Quadflieg, N., Naab, S., Voderholzer, U., & Fichter, M. M. (2019). Long-term outcomes in treated males with anorexia nervosa and bulimia nervosa—A prospective, gender-matched study. *International Journal of Eating Disorders, 52*(12), 1353-1364. <https://doi.org/10.1002/eat.23151>
- Tantillo, M., McGraw, J. S., Lavigne, H. M., Brasch, J., & Le Grange, D. (2019). A pilot study of multifamily therapy group for young adults with anorexia nervosa: Reconnecting for recovery. *International Journal of Eating Disorders, 52*(8), 950-955. <https://doi.org/10.1002/eat.23097>
- Thompson, K. A., & Bardone-Cone, A. M. (2019). Menopausal status and disordered eating and body image concerns among middle-aged women. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 314-318. <https://doi.org/10.1002/eat.23030>
- Tomba, E., Tecuta, L., Crocetti, E., Squarcio, F., & Tomei, G. (2019a). Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 52*(7), 759-776. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>
- Trompeter, N., Bussey, K., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Mond, J., Lonergan, A., Pike, K. M., & Mitchison, D. (2019). Fear of negative evaluation among eating disorders: Examining the association with weight/shape concerns in adolescence. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 261-269. <https://doi.org/10.1002/eat.23018>
- Tylka, T. L., & Calogero, R. M. (2019). Perceptions of male partner pressure to be thin and pornography use: Associations with eating disorder symptomatology in a community sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders, 52*(2), 189-194. <https://doi.org/10.1002/eat.22991>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of *DSM-5* eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders, 52*(1), 42-50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>
- Waszczuk, M. A., Waaktaar, T., Eley, T. C., & Torgersen, S. (2019). Etiological influences on continuity and co-occurrence of eating disorders symptoms across adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Eating Disorders, 52*(5), 554-563. <https://doi.org/10.1002/eat.23040>

- Watson, H. J., Diemer, E. W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G. P., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, *eat.23073*. <https://doi.org/10.1002/eat.23073>
- Weigel, T. J., Wang, S. B., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Pierce, C., Zinarini, M. C., Fitzmaurice, G., & Busch, A. (2019). Residential eating disorder outcomes associated with screening positive for substance use disorder and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 309-313. <https://doi.org/10.1002/eat.23028>
- Werthmann, J., Simic, M., Konstantellou, A., Mansfield, P., Mercado, D., Ens, W., & Schmidt, U. (2019). Same, same but different: Attention bias for food cues in adults and adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *eat.23064*. <https://doi.org/10.1002/eat.23064>
- Wilksch, S. M., O'Shea, A., & Wade, T. D. (2019). Depressive symptoms, alcohol and other drug use, and suicide risk: Prevention and treatment effects from a two-country online eating disorder risk reduction trial. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(2), 132-141. <https://doi.org/10.1002/eat.23005>
- Yamazaki, T., Inada, S., & Yoshiuchi, K. (2019). Body mass index cut-off point associated with refeeding hypophosphatemia in adults with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(11), 1322-1325. <https://doi.org/10.1002/eat.23177>
- Yan, H., Fitzsimmons-Craft, E. E., Goodman, M., Krauss, M., Das, S., & Cavazos-Rehg, P. (2019). Automatic detection of eating disorder-related social media posts that could benefit from a mental health intervention. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(10), 1150-1156. <https://doi.org/10.1002/eat.23148>
- Yim, S. H., & Schmidt, U. (2019a). Experiences of computer-based and conventional self-help interventions for eating disorders: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(10), 1108-1124. <https://doi.org/10.1002/eat.23142>
- Yoon, C., Jacobs, D. R., Duprez, D. A., Neumark-Sztainer, D., Steffen, L. M., & Mason, S. M. (2019). Problematic eating behaviors and attitudes predict long-term incident metabolic syndrome and diabetes: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 304-308. <https://doi.org/10.1002/eat.23020>
- Zambrowicz, R., Schebendach, J., Sysko, R., Mayer, L. E. S., Walsh, B. T., & Steinglass, J. E. (2019). Relationship between three factor eating questionnaire-restraint subscale and food intake. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 255-260. <https://doi.org/10.1002/eat.23014>
- Zheng, Y., Kang, Q., Huang, J., Jiang, W., Liu, Q., Chen, H., Fan, Q., Wang, Z., Xiao, Z., & Chen, J. (2019). The classification of eating disorders in China: A categorical model or a dimensional model. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(6), 712-720. <https://doi.org/10.1002/eat.23069>

BIBLIOGRAPHIE SECONDAIRE

- Agman, Gilles & Chambry, Jean (2006). L'anorexie mentale masculine à l'adolescence, *La psychiatrie de l'enfant*, 49(29), 477-511.
- Alessandrin, Arnaud, Esteve-Bellebeau, Brigitte (2014). *Genre : l'essentiel pour comprendre*. Des ailes sur un tracteur.
- Anspach, Renee (2010). Gender and Health Care, In Bird Chloé, Conrad Peter, Fremont Allen M., Timmermans Stefan (Eds) (pp. 229-247) *Handbook of Medical sociology*. Vanderbilt University Press.
- Attia, Evelyn (2017). Anorexia Nervosa. In Brownwell Kelly D. & Timothy B. Walsh (Eds) (pp. 176-181), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Publications.
- Arnoult, Audrey (2015). Réflexion méthodologique sur l'usage des logiciels Modalisa et Iramuteq pour l'étude d'un corpus de presse sur l'anorexie mentale. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 1(11), 285-323.
- Bereni, Laure, Chauvin, Sébastien, Jaunait, Alexandre, Revillard Anne (2020), *Introduction aux études sur le genre*. De Boeck Supérieur.
- Boquet, Damien & Lett, Didier (2018). Les émotions à l'épreuve du genre. *Femmes, Genre et Histoire*, (47),7-22.
- Brumberg, Joan Jacobs (1988). *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Harvard University Press.
- Bryant-Waugh, Rachel (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, In Brownwell Kelly D. & Timothy B. Walsh (Eds) (pp. 198-202), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Publications.
- Cibich, M., & Wade, T. D. (2019). Treating bulimia nervosa in the context of gender dysphoria using 10-session cognitive behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 602-606. <https://doi.org/10.1002/eat.23068>
- Clair, Isabelle (2013). Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie : retour sur quarante ans de réticences. *Cahiers du Genre*, (54), 93-120.
- Corbeil-Serre, Laurence, Meilleur, Dominique, Turgeon, Marie-Ève (2014). L'anorexie mentale chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin : recension des écrits. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, (62), 514-520.
- D'Annunzio, Iona (2018). « Cette maladie qui vient aux filles » l'influence du genre sur le discours médiatique sur l'anorexie et les anorexiques. Mémoire de Bachelor. Université de Genève : Institut de recherches sociologiques, mimeo.
- Darmon, Muriel (2008). *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. La Découverte.
- Devreux, Anne-marie (2016). L'androcentrisme des sciences : des biais très « durs ». In Devreux Anne-Marie (Ed), (pp. 9-43), *Les sciences et le genre*. Presses Universitaires de Rennes.
- Edelman, Nicole (2000). Représentation de la maladie et construction de la différence des sexes : des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'hystérie comme exemple, *Romantisme*, (110), 73-87.
- Fassin, Éric (2008). L'empire du genre. L'histoire politique ambiguë d'un outil conceptuel, *L'Homme* [En ligne], 3-4 (187-188), 375-392. <https://doi.org/10.4000/lhomme.29322>

- Galibert, Charlie (2018). *Petit manuel du genre : à l'usage de toutes les générations*. Presses universitaires de Grenoble.
- Godin, Laurence (2016). *Anorexie, boulimie et société : penser des corps qui dérangent*. Presses de l'université du Québec.
- Gordon, Richard A. (2017). The history of Eating Disorders. In Brownwell Kelly D. Timothy B. Walsh (Eds) (pp. 163-168), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Publications.
- Grino, Claire (2020). Quand congeler revient déjà à genrer : une étude comparative du développement des techniques biomédicales de cryopréservation des gamètes humains mâles et femelles. *Nouvelles Questions Féministes*, 39, (2), 14-30.
- Groulez, Marianne (2006). Écrire l'anorexie : évolution de la maladie, renouvellement du discours, *Études*, 10 (405), 330-337.
- Habermas, Tillman (2005). On the Uses of History in Psychiatry: Diagnostic Implications for Anorexia Nervosa. *International journal of eating disorders*, (38), 167-182.
- Haraway, Donna (1989). *Primate Visions. Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. Routledge.
- Hepworth, Julie (1999). *The social construction of Anorexia nervosa*. Sage Publications.
- Keel, Pamela K. (2017). Bulimia Nervosa. In: Eating Disorders and Obesity. In Brownwell Kelly D. & Timothy B. Walsh (Eds) (pp. 187-191), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Publications.
- Keller, Evelyn Fox (1992). *Secrets of Life, Secrets of Death: Essays on Language, Gender and Science*. Routledge.
- Klinge, Ineke (2007). Bringing Gender Expertise to Biomedical and Health-Related Research. *Gender medicine*, 4 (Suppl B), 59-63.
- Klinge, Ineke (2010). Sex and gender in biomedicine : promises for women and men. In Klinge Ineke & Wiesemann Claudia (Eds) (pp.15-31) *Sex and Gender in Biomedicine : Theories, Methodologies, Results*. Göttingen University Press.
- Klinge, Ineke & Singh, Sarah (2016). Les significations de l'analyse de genre et de sexe dans la recherche en biomédecine et en santé. In Devreux Anne-Marie (Ed) (pp.49-65), *Les sciences et le genre*. Presses Universitaires de Rennes.
- MacSween, Morag (1996). *Anorexic Bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Routledge.
- Martin, Emily (1991). The egg and the sperm: How Science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles, *Journal of Women in Culture and Society*, 16, (31), 485-501.
- Moulding, Nicole (2009). The anorexic as femme fatale. Reproducing gender through the father/psychiatrist - daughter/patient relationship. In Malson Helen & Burns Maree (Eds), *Critical feminist approaches to eating disorders*. Routledge.
- Murray, S. B., Griffiths, S., Lavender, J. M. (2019). Introduction to a special issue on eating disorders and related symptomatology in male populations. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1339-1342. <https://doi.org/10.1002/eat.23184>
- Poulain, Jean-Pierre (2013). *Sociologies de l'alimentation*. Presses Universitaires de France.

- Pringle, Rosemary (1998). *Sex and medicine: Gender, power and authority in the medical profession*. Cambridge University Press.
- Salle, Muriel & Vidal, Catherine (2017). *Femmes et santé, encre une affaire d'hommes ? Penser la santé au prisme du sexe et du genre*. Éditions Belin.
- Scott, Joan traduit par Varikas, Éléni (1988), Genre : Une catégorie utile d'analyse historique, *Les Cahiers du GRIF*, n°37-38, 125-153.
- Staszak, Jean-François. (2000). Prophéties autoréalisatrices et géographie. *L'Espace Géographique*, 29(2), 105-119.
- Tremblay, Gilles, Morin, Marc-André, Desbiens, Valérie, Bouchard, Patricia (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/pub_113.pdf
- Turner, Bryan (1990). The talking disease: Hilda Bruch and Anorexia Nervosa. *Australian & New Zealand Journal of Statistics*, 26 (2), 157-169.
- Vannouvong, Agnès (2017). *Une affaire de genre*. Les contemporaines.
- Walsh, Timothy (2017). Classification of Eating Disorders. In Brownwell Kelly D. Timothy B. Walsh (Eds) (pp. 169-175), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Publications.
- Weltzin, Theodor E. (2017), Eating Disorders in males. In Brownwell Kelly D. Timothy B. Walsh (Eds) (pp. 209-213), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Publications.
- Wolf, Naomi (2002). *The Beauty Myth: How images of beauty are used against women*. Harper Perennial.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : GRILLE D'ANALYSE TRAITEMENT DES NORMES ET PRATIQUES GENRÉES

Grille d'analyse n°1 : Traitement des normes et pratiques genrées

1. Questions /thématiques de recherche :

- La question / thématique de recherche comprend-t-elle le terme sexe ou genre ou sexualité ? Comment le concept mobilisé est-il lié aux troubles alimentaires ?
- Comment les normes et pratiques genrées sont-elles prises en compte dans la construction de la thématique de recherche ? Dans les hypothèses ?

2. Définitions et mesure du/des concepts :

- Comment le ou les concepts mobilisés (sexe/genre/sexualité) sont-ils définis ?
- Quelles dimensions du/des concepts sont mesurées/prise en compte au sein de l'étude et comment ?
- Les chercheur·se·s considèrent-ils les concepts de genre et sexe comme fixes et binaires ?
- Les concepts de sexe / genre sont-ils considérés comme distincts ou interchangeable ? Est-ce que les interactions entre sexe /genre sont prise en compte ?
- Les instruments de mesure prennent-ils en compte l'évolution des normes et pratiques genrées dans le temps ?
- Les instruments de mesure sont-ils sensibles au contexte culturel dans lequel l'étude est menée ?

3. Apport des analyses :

- Comment les analyses apportent-elles de nouveaux éléments de compréhension des troubles alimentaires ?
- Comment les analyses remettent-elles en cause des hypothèses passées sur les troubles alimentaires ?
- Les théories proposées ouvrent-elles des possibilités en faveur de la création d'outils de mesure/détection/traitement des troubles alimentaires plus inclusifs ?

4. Limites des analyses :

- Les analyses proposées renforcent-elles les normes de genre en place ?
- Les analyses proposées renforcent-elles certains stéréotypes associés à une ou plusieurs populations ?
- Les analyses proposées renforcent-elles une conception binaire du sexe ?
- Les analyses proposées excluent-elles certaines minorités ?

ANNEXE N°2 : GRILLE D'ANALYSE LES BIAIS GENRÉS

Grille d'analyse n°2 : Biais genrés

1. Populations étudiées :

- La population étudiée est-elle mixte / exclusivement composée de femmes / exclusivement composée d'homme / femelle / mâle ?
- Si elle est exclusivement masculine ou féminine. Le choix de population est-il volontaire, lié à un biais de recrutement ou non précisé ?
- Dans le cas d'une population mixte la catégorisation des identités est-elle binaire ou non-binaire ?
- Le choix de la population étudiée est-elle justifiée et comment ?
- La conclusion encourage-t-elle l'application de l'étude à d'autres populations ?

2. Questions /thématiques de recherche :

- La question/ thématique de recherche comprend-t-elle un stéréotype genré ou s'appuie t'elle sur des normes/pratiques genrées ?
- Un lien est-il effectué entre le choix de la population étudiée et la thématique de recherche proposée ? Ce lien est-il discuté ou implicite ?

3. Dispositif de recherche et présentation des résultats :

- Les concepts centraux et les hypothèses à la base du dispositif de recherche s'appuient-ils sur des normes ou/et stéréotypes genrés ? Sont-elles explicites ou implicites ?
- Idem pour le recueil des données
- Idem pour l'interprétation des résultats

4. Langage à travers l'article :

- Des métaphores genrés sont-elles employées ? Renforce-t-elle des stéréotypes ou normes genrés ? Soutiennent-elles une hypothèse ?
- Les choix de dénominations sont-ils genrés ?
- Les choix de pronoms sont-ils inclusifs ?

5. Visuels

- Les graphiques ou autres visuels présentés sont-ils genrés de manière inconsciente / implicite ?