

Insatisfaction corporelle et comportements alimentaires inadaptés**Etude réalisée auprès d'étudiantes à l'université de Béjaïa****Yasmine Bouaoudia¹, Mohamed-Nadjib Nini²****bouaoudia.yasmine@gmail.com****¹ Université de Bejaia, Bejaia, Algérie****² Laboratoire d'Etudes et de Recherches en Psychologie de l'Adolescent, Université de Constantine 2, Algérie****Receipt date:21 /01/2019; Acceptance Date: 21 /02/2019; Publishing Date: 31/10/2019****Abstract**

Body dissatisfaction promotes eating disorders (ED) and socio-cultural changes promotes body dissatisfaction and ED. We wanted to study these variables in the Algerian context.

The Body Shape Questionnaire was used to assess body dissatisfaction, and the Eating Attitudes Test-26 to assess disordered eating behaviors, in a sample of 31 female students at Bejaia University, whose mean age was 20.45 years.

We observed a moderate or extreme body dissatisfaction in 6.5% of students and disordered eating behaviors in 16.1% of students.

The calculation of Pearson correlation coefficient revealed a strong correlation between body dissatisfaction and disordered eating behaviors; a strong correlation between body dissatisfaction and body mass index (BMI); and a moderate correlation between disordered eating behaviors and BMI.

Keywords: Body dissatisfaction; disordered eating behaviors; body image; eating disorders; female students.

Résumé

L'insatisfaction corporelle favorise les troubles des conduites alimentaires (TCA) et les contextes de changements socioculturels favorisent l'insatisfaction corporelle et les TCA. Nous avons voulu étudier ces variables dans le contexte algérien. Pour ce faire, nous avons utilisé le Body Shape Questionnaire qui permet l'évaluation de l'insatisfaction corporelle ainsi que le Eating Attitudes Test-26 pour l'évaluation des comportements alimentaires inadaptés pouvant signaler des TCA. Cette recherche, qui a porté sur 31 étudiantes à l'université de Béjaïa, âgées entre 18 et 23 ans et dont l'âge moyen était de 20,45 ans, nous a permis de constater une insatisfaction corporelle modérée ou extrême chez 6,5% des étudiantes et la présence de comportements alimentaires inadaptés chez 16,1% des étudiantes. Le calcul du coefficient de corrélation de Pearson a révélé une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires inadaptés ; une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et l'indice de masse corporelle (IMC) ; et une corrélation modérée entre les comportements alimentaires inadaptés et l'IMC.

Mots clés : Insatisfaction corporelle, comportements alimentaires inadaptés, image du corps, troubles des conduites alimentaires, étudiantes.

*corresponding author

1. Introduction :

Chez les jeunes femmes, l'insatisfaction corporelle est associée avec plusieurs attitudes alimentaires problématiques telles qu'une perception personnelle de manque de contrôle face à la nourriture, les restrictions et les compulsions alimentaires (Rosen, 1990).

Les troubles de l'image du corps sont des facteurs de risque dans le développement et la persistance de l'anorexie mentale, ainsi qu'un élément central dans le diagnostic de cette maladie (Delinsky, 2011). En effet, dans le DSM-5, parmi les critères diagnostiques de l'anorexie mentale, citons le critère C : « *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.* » (American Psychiatric Association, 2015, p.399).

Les troubles de l'image du corps, notamment l'insatisfaction corporelle, sont également des facteurs de risque dans le développement et la persistance de la boulimie, ainsi qu'un élément important dans le diagnostic du trouble (Crowther et Williams, 2011). En effet, toujours dans le DSM-5, parmi les critères diagnostiques de la boulimie, citons le critère D : « *L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.* » (American Psychiatric Association, 2015, p.406).

Selon Godart et al. (2012), plusieurs modèles étiopathogéniques des troubles des conduites alimentaires (TCA) ont été proposés, dont les modèles : génétique, psychodynamique, cognitivo-comportemental, socioculturel et féministe. La synthèse de ces derniers a donné naissance aux modèles multidimensionnels dits « biopsychosociaux ». Ajoutons que les liens étroits existant entre l'anorexie mentale et la boulimie ont amené au développement de modèles explicatifs communs aux deux troubles. Certains auteurs vont jusqu'à proposer une approche transdiagnostique qui rassemblerait l'anorexie mentale, la boulimie et leurs formes subsyndromiques dans une seule et même entité. Actuellement, l'hypothèse la plus consensuelle est que les TCA sont d'origine multifactorielle. Citons Godart et al. (2012, p.491), pour qui « *ces troubles se déclareraient chez des sujets prédisposés, à la faveur de facteurs déclenchants et seraient maintenus par des facteurs pérennisants réalisant un véritable cercle vicieux.* »

La théorie cognitivo-comportementale explique le début de la boulimie par des distorsions cognitives relatives à l'image du corps dont la personne est particulièrement insatisfaite. Cette insatisfaction corporelle résultant de la pression à la minceur émanant de l'entourage et des médias, associée à l'internalisation de l'idéal corporel mince, pousse l'individu à commencer un régime amincissant, ce qui favorise les compulsions alimentaires. Et cela, soit directement en raison des sensations résultant de la restriction calorique drastique ou par l'effet momentanément désinhibant du non-respect du régime, soit indirectement en raison des affects négatifs résultant de la restriction calorique ou de la baisse de l'estime de soi à la suite de ce que l'individu vit comme un échec chronique du régime. Les affects négatifs peuvent directement amener aux compulsions alimentaires, parce que la nourriture a un effet réconfortant pour la personne ou parce que la compulsion alimentaire distrait des émotions négatives ce qui permet à l'individu de momentanément éviter ces affects désagréables (Crowther et Williams, 2011).

D'après Godart et al. (2012, p.494), l'insatisfaction corporelle « *amène une restriction alimentaire drastique et un amaigrissement auxquels s'ajoutent des moments de « fringale » que le sujet ne peut pas contrôler et qui conduisent à des épisodes d'hyperphagie impulsive. Secondairement, l'anxiété face à ces comportements et à la prise de poids aboutit à des stratégies de contrôle du poids (vomissements, laxatifs, etc.), ces dernières soulagent les symptômes anxieux et renforcent la conduite.* » En somme, l'insatisfaction corporelle pousserait la personne à entamer un régime amincissant drastique, amorçant ainsi un

fonctionnement dans lequel le sujet prédisposé se piège, ce qui marque le début du cercle vicieux des TCA. Dans ce contexte, « *manger ne se coule plus dans l'évidence des saveurs mais appelle de savants calculs ou fait l'objet d'une suspicion.* » (Le Breton, 2010, p.15).

L'insatisfaction corporelle est non seulement un élément central dans l'étiologie et le diagnostic des TCA, mais c'est également une variable prédictive des TCA et permettant de repérer les personnes les plus à risque des développer un TCA. Dans cette optique, citons l'étude de Gross et Rosen (1988, cité par Rosen, 1990), dans laquelle l'insatisfaction corporelle prédisait chez les adolescentes les comportements alimentaires de type boulimique, et cela de façon bien plus fiable que la combinaison de l'estime de soi, de la dépression et de l'anxiété sociale. Rosen (1990), cite également l'étude de Garner et al. (1987), où le Eating Disorder Inventory (EDI) a été distribué à de jeunes danseurs étudiants de ballet, et cela à deux années d'intervalle. Sur les huit sous-échelles du EDI, seules celles de l'insatisfaction corporelle et de l'attrait pour la minceur prédisaient de façon significative les danseurs qui ont été évalués en faveur d'un TCA deux ans plus tard.

Selon le DSM-5, la prévalence des TCA est bien plus élevée chez les femmes que chez les hommes, ainsi on retrouve dans les données cliniques un ratio selon le sexe de 1/10, et cela aussi bien pour l'anorexie mentale que pour la boulimie. Les TCA débutent habituellement durant l'adolescence ou chez le jeune adulte. Le début de l'anorexie mentale est souvent associé à un événement de vie stressant tel que le départ de la maison pour l'université. « *La prévalence instantanée (de la boulimie) est la plus forte chez les jeunes adultes étant donné le pic de fréquence du trouble chez les grands adolescents et les jeunes adultes. (...) Les accès hyperphagiques commencent fréquemment pendant ou après une période de régime alimentaire restrictif visant à perdre du poids. La succession d'événements de vie stressants peut également favoriser la survenue d'une boulimie.* » (American Psychiatric Association, 2015, p.409).

La population la plus touchée par les TCA est donc celle des adolescentes et des jeunes femmes et la prévalence de la boulimie est plus importante chez ces dernières. Selon Waysfeld (2013), les TCA auraient même un caractère épidémique sur les campus universitaires, où la quête de la minceur jouerait le rôle de détonateur. Il explique cela par le fait que depuis l'adolescence chacun évalue son corps et son image en prenant comme référence celle des autres membres du groupe.

Le rôle du contexte social dans la construction de l'idéal corporel :

L'insatisfaction corporelle est liée à l'image du corps idéalisé dans une société à un moment donné. En effet, ce qui est admis comme étant le « corps idéal » varie en fonction des lieux et des époques. D'après Anderson-Fye (2011), un ensemble de facteurs déterminent l'image du corps idéal dans une communauté. Ces facteurs sont principalement :

- La disponibilité de la nourriture : Lorsque la nourriture vient à manquer dans une société, l'image du corps idéal tend à être plus robuste. En effet, dans les situations de manque de nourriture, seuls les individus de statut social élevé sont en mesure de consommer la nourriture en quantités suffisantes ou en excès. Lorsqu'une nation ou une région est en temps de crise alimentaire, on peut raisonnablement s'attendre à ce que les troubles de l'image du corps ainsi que les TCA, qui s'expriment entre autres par le refus de s'alimenter, soient rares. Tandis que les pays plus riches, où la nourriture est plus abondante, tendent à avoir la relation inverse entre le statut social et la corpulence. Ainsi, dans un contexte de disponibilité alimentaire le corps idéalisé est plus mince et le refus de la nourriture indique un statut élevé. En somme, bien qu'il y ait des exceptions, la pénurie alimentaire favorise un idéal corporel plutôt gros, tandis que l'abondance alimentaire favorise un idéal corporel mince.

- Les indicateurs de santé : Dans les régions touchées par des épidémies, la minceur est perçue comme un indicateur de maladie, non seulement parce que les maladies ont tendance à

faire maigrir mais aussi parce que la malnutrition augmente les risques de contracter des maladies. Dans ces contextes, une corpulence importante est idéalisée car elle indique une relative bonne santé.

- Le genre : Même si certaines similitudes existent, l'idéal corporel diffère selon les genres. Ainsi dans les sociétés favorisant une corpulence importante, la répartition idéale du poids n'est pas la même selon les genres. En effet le corps féminin idéalisé est le plus souvent celui qui concentre le poids principalement au niveau des hanches et de la poitrine (le corps en « sablier »), en plus d'une corpulence globale importante. Tandis que le corps masculin idéalisé est musclé (cet idéal se retrouve également en occident). Ajoutons que dans les sociétés non-occidentales, le changement du rôle des femmes a été associé à une augmentation de l'insatisfaction corporelle. En effet, les femmes y sont partagées entre le rôle social traditionnel et son idéal corporel plutôt rond, et le rôle social moderne et son idéal corporel se rapprochant de l'idéal occidental du corps mince.

- Le degré d'industrialisation/développement : L'industrialisation va souvent de pair avec le développement économique des pays non-occidentaux. Dans les études interculturelles, ces deux facteurs semblent affecter l'image du corps idéal. En effet, ces facteurs apportent des modifications importantes au niveau du fonctionnement social et du rôle de l'individu. Ainsi, l'individualisation, les changements dans les rôles sociaux des genres et la généralisation de la médecine occidentale, modifient le rapport qu'entretient l'individu avec son corps. L'image du corps passe ainsi de quelque chose de collectif et de stable, à quelque chose de personnel et de malléable. Dans ces conditions où le corps devient un objet susceptible d'être modifié par l'individu, les troubles de l'image du corps deviennent plus probables. Ajoutons que dans le contexte de l'économie globale, les pays non-occidentaux ont de plus en plus d'interactions avec l'occident et sont plus exposés aux images et aux messages occidentaux, ce qui les rend plus susceptibles d'adopter les mêmes idéaux corporels, bien que cela ne soit pas automatique. Globalement, le développement et l'industrialisation des pays a tendance à être accompagné d'un idéal corporel plus mince, se rapprochant de l'idéal occidental, et cela surtout dans les régions urbaines.

TCA et insatisfaction corporelle à travers le monde :

Les TCA ont été identifiés en occident depuis longtemps. Soh et al. (2006) avancent que dans le reste du monde ce n'est que depuis la fin des années 1970 que des descriptions des TCA sont apparues dans la littérature scientifique internationale. Pour expliquer cela, un argument est souvent avancé : les TCA seraient des « *Western culture-bound syndromes* » (c. à d. des syndromes liés à la culture occidentale) et les individus des pays non-occidentaux seraient en quelque sorte immunisés face à ces troubles, et cela entre autres car ces pays, traditionnellement, ne valorisent pas la minceur mais, au contraire, les rondeurs. Cependant, les résultats des recherches comparant entre des sujets occidentaux et non-occidentaux, aussi bien en occident que hors occident, ont des résultats très variés.

Par exemple, dans l'étude de Hoek, Van Harten, Van Hoeken et Susser (1998, cité par Soh et al., 2006) l'incidence de l'anorexie mentale à Curaçao (Caraïbes) était la même que celle des pays occidentaux, malgré le fait qu'à Curaçao il soit socialement acceptable d'être en surpoids. Tandis que Lee et al. (1996, cité par Soh et al., 2006) ont trouvé qu'à Hong Kong 27% des étudiantes voulaient peser plus que leur poids du moment, en comparaison seul 3,1% des femmes aux Etats-Unis désiraient avoir un poids plus élevé.

Contredisant l'idée que les valeurs d'une culture traditionnelle offriraient une protection contre les TCA, citons l'étude menée par Tsai, Curbow et Heinberg (2003, cité par Soh et al., 2006) dont l'échantillon était constitué de femmes taïwanaises aussi bien à Taïwan qu'aux Etats-Unis. Les résultats furent que celles vivant à Taïwan, non seulement

s'identifiaient de façon plus marquante à la culture taïwanaise comparées à celles vivant aux Etats-Unis, mais les taïwanaises de Taïwan présentaient également des niveaux significativement plus élevés d'insatisfaction corporelle et de TCA. Dans les deux échantillons, les troubles alimentaires et de l'image du corps étaient significativement et positivement associés avec une plus grande identification à la culture taïwanaise.

Les médias et les messages qu'ils véhiculent, joueraient un rôle important dans l'émergence des TCA et de l'insatisfaction corporelle. Cela a été particulièrement remarqué dans les recherches ayant étudié les comportements alimentaires et l'insatisfaction corporelle chez des populations nouvellement exposées aux médias. Becker et al. (2002) ont mené la première étude à avoir comparé entre les comportements alimentaires de type pathologique avant et après l'introduction de la télévision au sein d'une population. En l'occurrence il s'agit des îles Fidji, plus particulièrement de la province de Nadroga où la télévision n'a été introduite qu'en 1995. L'étude a porté sur les comportements alimentaires chez des adolescentes fidjiennes scolarisées dans un lycée, et cela en deux temps : Un premier échantillon de 63 lycéennes a été constitué en 1995, durant le mois où la télévision a été introduite ; un deuxième échantillon de 65 lycéennes a été constitué en 1998, trois ans après l'introduction de la télévision. Les Fidji ont été choisis car les TCA y avaient une prévalence extrêmement faible, ainsi que pour la culture locale qui encourage le solide appétit et les rondeurs chez les femmes. Les lycéennes ont répondu aux 26 items du Eating Attitudes Test (EAT-26), pour évaluer les comportements alimentaires inadaptés, ainsi qu'à un ensemble de questions concernant leur satisfaction corporelle et leur exposition à la télévision. En 1995, le taux d'adolescentes dont le score au EAT-26 était égal ou supérieur à 20 (score seuil dénotant de possibles TCA) étaient de 12,7%, tandis qu'en 1998 il s'élevait à 29,2%. Alors qu'en 1995, le pourcentage des adolescentes déclarant se faire vomir pour contrôler leur poids était de 0%, il a atteint 11,3% en 1998. Etant donné le contexte culturel, suivre un régime aminçissant était très rare avant 1995, tandis qu'en 1998, 69% des adolescentes ont déclaré en avoir déjà suivi un. Ajoutons qu'elles étaient 74% à déclarer se sentir « trop grosses » en 1998.

En contraste, citons l'étude menée par Abdollahi et Mann (2001) et qui avait pour échantillon des iraniennes vivant en Iran et des iraniennes vivant aux Etats-Unis. Cette étude a révélé que, bien que les médias occidentaux aient été bannis d'Iran depuis 1978 et que les femmes y soient légalement contraintes à revêtir une tenue sombre, ample et longue, cachant la forme et la taille du corps, il y avait relativement peu de différences entre les deux groupes au niveau des comportements alimentaires pathologiques.

Le Moyen-Orient n'est pas épargné par les TCA et les troubles de l'image du corps. Ces dernières années, de nombreuses études ont été réalisées dans cette partie du monde. Au Liban, Afifi-Soweid et al. (2002) ont mené une étude portant sur les préoccupations relatives au poids et les comportements alimentaires inadaptés chez 954 étudiants entrant à l'université américaine de Beyrouth durant l'automne de 1998. L'âge moyen était de 18 ans et 53,5% étaient du genre masculin. Les auteurs furent surpris par l'étendue des préoccupations relatives au poids présentées par cette population. Ils ont expliqué cela par l'occidentalisation du Moyen-Orient. Les préoccupations relatives au poids et les comportements alimentaires inadaptés étaient significativement plus présents dans l'échantillon du genre féminin. Certains résultats furent alarmants, en effet, 13% et 36% des individus respectivement en sous-poids et en corpulence normale essayaient de perdre du poids, plus de 20% des répondants de ces deux catégories ont déclaré être « souvent » préoccupés par leur poids et plus de 10% des individus de corpulence normale présentaient des comportements alimentaires inadaptés.

En Arabie Saoudite, Allihaibi (2015) a évalué la prévalence des comportements alimentaires de type pathologiques, auprès d'un échantillon représentatif de 180 lycéennes âgées de 15 à 19 ans. Le EAT-26 fut utilisé, ainsi qu'une série de questions relatives à la perception du corps. Plus d'un quart des adolescentes (26,1%) ont obtenu un score égal ou

supérieur à 20. Ces chiffres sont comparables avec d'autres études réalisées dans les pays du Golf et au Moyen-Orient. L'auteur a conclu que dans cette étude les adolescentes présentent les mêmes préoccupations liées au poids et à la forme du corps que les populations occidentales.

Dans une étude comparative entre le Liban et Chypre, Katsounari et Zeeni (2012) ont évalué les préoccupations relatives au poids et les comportements alimentaires auprès de deux échantillons d'étudiantes au nombre de 200 à Chypre et de 198 au Liban, âgées de 17 à 25 ans. Les étudiantes des deux échantillons ont présenté des préoccupations élevées relatives au poids, ainsi que des comportements alimentaires inadaptés, toutefois les auteurs ont constaté des tendances différentes entre les deux cultures. Bien que les étudiantes libanaises étaient moins nombreuses que les chypriotes à s'engager dans des comportements de contrôle ou de perte de poids, elles étaient plus à risque de s'engager dans des comportements alimentaires prédictifs de TCA. En effet, les étudiantes chypriotes étaient moins satisfaites de leur poids et manifestaient plus la volonté de modifier leur poids, tandis que les étudiantes libanaises avaient plus tendance à manger en réponse à des facteurs émotionnels et environnementaux. Selon les auteurs, les sociétés libanaise et chypriote vivent toutes deux de rapides changements sociaux, notamment au niveau du rôle des femmes, ainsi qu'au niveau de l'exposition aux médias occidentaux qui véhicule un idéal de corps féminin mince. Durant le processus de modernisation de ces sociétés, certaines normes sociales ont été perdues, ces normes traditionnelles protégeaient les femmes face aux préoccupations relatives au poids.

Au Maghreb, il y a peu de recherches portant sur les TCA et les troubles de l'image du corps. Au Maroc, Manoudi et al. (2010), ont mené en 2005 une étude portant sur la boulimie et les comportements alimentaires inhabituels, auprès d'un échantillon de 480 étudiantes à Marrakech. Les étudiantes avaient entre 17 et 30 ans et l'âge moyen était de 21,41 ans. Afin d'évaluer la boulimie le Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) a été utilisé. La prévalence de la boulimie dans cette population était de 4% et celle des comportements alimentaires inhabituels était de 32,20%. La prévalence de la boulimie était la plus importante dans la tranche d'âge de 20 à 22 ans. Parmi les étudiantes boulimiques, 57,5% présentaient un surpoids et 42,5% une corpulence normale. C'est également dans la tranche d'âge de 20 à 22 ans que la prévalence des comportements alimentaires inhabituels était plus importante. Parmi les étudiantes présentant un comportement alimentaire inhabituel, 82,61% avaient une corpulence normale et 14,28% étaient en surpoids. Les auteurs ont comparé leurs résultats avec des études menées dans des pays en voie de développement, dans ces pays de culture traditionnelle la prévalence de la boulimie et des comportements alimentaires inhabituels était faible. Ils ont noté que les prévalences retrouvées dans cette étude rejoint celles retrouvées dans des pays développés. Les auteurs ont expliqué cela par l'occidentalisation du mode de vie de la société marocaine.

TCA et insatisfaction corporelle en Algérie :

Peu d'études algériennes ont porté sur les TCA et les troubles de l'image du corps. En voici quelques-unes ayant abordé ces sujets.

Une étude interculturelle qui a eu lieu en 2010 (Musaiger et al., 2013) a évalué la prévalence des comportements alimentaires inadaptés ainsi que leur association avec l'obésité dans sept pays différents (Algérie, Jordanie, Koweït, Lybie, Palestine, Syrie, Emirats arabes unis). L'échantillon s'est élevé à 4698 lycéens (2240 garçons et 2458 filles) âgés de 15 à 18 ans. Le EAT-26 a été utilisé pour évaluer ceux à risques de TCA. L'échantillon constitué en Algérie (Alger) fut de 459 adolescents. En Algérie, bien que la prévalence des comportements alimentaires inadaptés était plus élevé chez les filles (16,2%) que chez les garçons (13,8%), cette différence n'est pas statistiquement

significative. Nous remarquons que comparativement aux autres pays de cette étude, la prévalence des comportements alimentaires inadaptés en Algérie fut la plus faible, aussi bien pour les filles que pour les garçons.

À Chéraga, Douar (2015) a mené une étude portant sur l'estime de soi globale et l'estime de soi physique auprès d'un échantillon de 475 adolescents (243 filles et 232 garçons) âgés de 11 à 19 ans, dans 3 CEM et 2 lycées. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg et l'inventaire du soi physique furent utilisés pour évaluer ces variables. Les garçons obtinrent des scores d'estime de soi significativement plus élevés que les filles, et cela aussi bien au niveau de l'estime de soi général que de l'estime de soi physique. La tranche d'âge dont l'estime de soi fut la plus basse est celle des 17-19 ans, chez les deux sexes. L'auteur a expliqué la tendance générale des filles à se sous-estimer par « *la difficulté d'assumer une apparence physique souvent en décalage avec les images stéréotypées des femmes véhiculées par les médias et les magazines.* » (Douar, 2015, p.60).

À Constantine, Adjali et Rouag (2017) ont mené une étude portant sur l'estime de soi, l'image corporelle et la corpulence réelle, auprès d'un échantillon de 321 lycéens âgés de 14 à 22 ans, dont 44,23% étaient de sexe féminin, scolarisés en 2013-2014. Concernant l'auto-évaluation de la corpulence, les garçons furent plus nombreux que les filles à se considérer comme « très maigres à maigres », et les filles furent plus nombreuses à se considérer comme « grosses à très grosses ». Au niveau de l'image corporelle, 73,7% des garçons et 78,9% des filles se sont montrés insatisfaits de leur corps, avec pour les garçons une tendance marquée à souhaiter un corps plus large que le leur, tandis que pour les filles la tendance était de souhaiter un corps plus mince que le leur. Le calcul de l'IMC (indice de masse corporelle) n'a montré aucune différence significative dans la répartition des classes pondérales selon les genres. Parmi les filles dont l'IMC était normal, 6,3% ont déclaré se sentir « grosses à très grosses », contre 1,7% des garçons. Le calcul du coefficient de Bravais Pearson démontra que chez les filles l'IMC était positivement corrélé à l'insatisfaction corporelle et à l'autoévaluation de la corpulence.

À Alger, Fedala et al. (2013) ont évalué la fréquence des TCA et leur impact sur le poids d'un échantillon d'adolescents scolarisés. Cette étude a été menée auprès de 208 sujets, dont l'âge moyen était de 12 ans. Le EAT-26 a été utilisé pour évaluer la prévalence des TCA. Dans cette population, la fréquence des TCA fut de 24,19% chez les filles et de 23,80% chez les garçons et cette dernière n'a pas été corrélée avec l'IMC.

Pour finir, Boussouf et al. (2016) ont évalué les TCA chez les étudiants en Algérie (Batna), en France (Rouen) et en Hongrie (Miskolc). L'échantillon s'est constitué de 345 étudiants à Batna, 659 à Miskolc et 1873 à Rouen. Au total, 2877 étudiants ont été inclus. L'âge moyen était de 21,1 ans. Les risques de TCA ont été évalués avec le questionnaire SCOFF. À Batna, 4,3% des étudiants ont présenté des risques de TCA (ils étaient comparativement 10,1% à Miskolc et 23,5% à Rouen).

TCA, insatisfaction corporelle et transitions culturelles :

Comme nous l'avons vu avec Anderson-Fye (2011), le contexte social (notamment l'industrialisation des pays) joue un rôle dans l'émergence de l'insatisfaction corporelle ainsi que des TCA qui lui sont associés. Nous pouvons constater dans la littérature scientifique que de nombreux auteurs lient les changements sociaux à l'émergence des troubles de l'image du corps et des TCA.

En effet, parmi les théories de l'étiologie des troubles du comportement alimentaire et de l'image du corps figure l'exposition à la différence entre deux cultures et le fait de faire l'expérience de cette différence, plutôt que l'exposition à une culture en particulier. La

confrontation entre une culture traditionnelle et une culture adoptée pourraient augmenter les risques de troubles du comportement alimentaire et de l'image du corps (Soh et al., 2006).

Ainsi, DiNicola (1990) (cité par Soh et al., 2006) a noté que l'anorexie mentale pourrait être provoquée chez des individus provenant de familles immigrées vivant dans la société occidentale par un changement de culture, ce qui l'a amené à décrire l'anorexie mentale comme un « *culture-change syndrome* » (c. à d. un syndrome de changement de culture).

Soutenant cette idée, Becker et al. (2002) avancent que les conflits intergénérationnels qui sont en augmentation dans les contextes de transition culturelle semblent être associés avec l'émergence des TCA.

L'Algérie est un bon exemple de pays vivant de profonds changements socioculturels et la confrontation de modèles culturels contradictoires.

Citons à cet effet Nini (2016, p.135), qui écrit que « *les mutations qui ont affecté notre société ces cinquante dernières années l'ont menée à de grands bouleversements. Les transformations politiques et surtout économiques, les crises et les révolutions majeures qu'a vécu notre pays, n'ont fait que fragiliser l'équilibre d'une société qui est passée d'une violence à l'autre : violence coloniale, violence institutionnelle et économique et enfin violence terroriste. Tous ces bouleversements ont eu pour conséquence une déstructuration totale de l'équilibre social et familial traditionnel.* » Nini (2016, p.202) ajoute que « *l'algérien est de plus en plus influencé par les modes de vie venant de l'Occident par le biais de contacts directs ou par l'effet des médias et autres moyens de communication dans lesquels l'individu peine à trouver son équilibre social et psychique.* »

Ainsi, d'après Nini (2016, p.146), « *à l'inverse de ce qui se passe en Occident, où c'est la standardisation qui risque d'écraser les jeunes, en Algérie, ce serait plutôt la diversité des modèles et les contradictions qui les caractérisent qui risquent de les égarer.* »

Selon Musaiger et al. (2013), cette contradiction des modèles qui s'observent dans les pays dis « arabes », s'applique également aux idéaux corporels et aux comportements alimentaires. Ainsi, dans ces pays les adolescents et les jeunes adultes sont écartelés entre, d'un côté, le modèle corporel et alimentaire occidental favorisant la minceur, et de l'autre, le modèle traditionnel encourageant une alimentation solide et une corpulence normale, voir importante.

Cette contradiction des modèles s'observe également dans tout le bassin méditerranéen, qui encourageait traditionnellement une corpulence importante chez les femmes. Ruggiero (2001, cité par Katsounari et Zeeni, 2012), suggère que les pays méditerranéens, ont importé des standards culturels occidentaux et des habitudes sociales modernes tout en tentant de préserver leurs valeurs traditionnelles. Ces changements culturels augmentent les préoccupations des jeunes femmes concernant le poids et l'alimentation.

Objectif de la recherche :

En raison des changements socioculturels profonds que vit la société algérienne, et face à la « *propension à utiliser le corps comme véhicule quand le langage s'épuise* » que Nini (2016, p.145) souligne comme étant « *un mode privilégié d'expression chez le Maghrébin* », nous nous sommes interrogés quant au possible impact de ces changements sur le rapport au corps et à l'alimentation chez les algériens. Le nombre restreint d'études concernant les TCA en Algérie, nous a motivé à réaliser cette étude. Aux vues de la prévalence accrue des TCA chez les jeunes femmes, nous avons choisi comme population de recherche les étudiantes universitaires.

Etant donné le rôle important de l'insatisfaction corporelle dans le développement des TCA et son caractère indicatif de possibles TCA, nous avons choisi d'étudier les

comportements alimentaires inadaptés en lien avec cette variable. L'indice de masse corporelle (IMC) pouvant être corrélé à l'insatisfaction corporelle, nous avons également choisi d'intégrer cette variable dans notre étude. Notre recherche a donc eu pour objectif d'évaluer l'insatisfaction corporelle et les risques de TCA chez les étudiantes à l'université de Béjaïa, pour tenter de répondre à ces trois questions :

- Quel est le degré d'insatisfaction corporelle dans cette population ?
- Quelle est la prévalence des comportements alimentaires inadaptés (signalant de possibles TCA) ?
- Existe-il une corrélation entre l'insatisfaction corporelle, les comportements alimentaires inadaptés et l'indice de masse corporelle (IMC) ?

2. Méthodologie :

2.1. Les participants :

L'étude a porté sur 31 étudiantes de l'université de Béjaïa, âgées entre 18 et 23 ans, dans le courant de l'année universitaire 2016-2017. L'âge moyen était de 20,45 ans. Il s'agissait d'étudiantes volontaires pour participer à la recherche en répondant à un questionnaire anonyme composé de deux échelles. Le questionnaire leur a été distribué au niveau de l'université.

2.2. Le matériel :

2.2.1. Le Body Shape Questionnaire (BSQ) :

C'est un instrument de mesure permettant d'évaluer l'insatisfaction corporelle. Il a été développé par Cooper, Taylor, Cooper et Fairburn en 1987. Il s'agit d'un auto-questionnaire unidimensionnel de 34 items, évaluant les préoccupations concernant le poids et la forme du corps. Les items se présentent sous forme d'échelles de Likert en six points, de 1 (jamais) à 6 (toujours) (Rousseau et al., 2005 ; Gasperini et Rousseau, 2014). Cette échelle a été validée et adaptée à la langue française par Rousseau et al. (2005).

Tout comme Gasperini et Rousseau (2014, p.109), nous avons choisi le score seuil de 110, car selon ces auteurs « *un score égal ou inférieur à 110 indique une absence d'insatisfaction corporelle ou une insatisfaction faible, et un score égal ou supérieur à 111 indique une insatisfaction corporelle modérée ou extrême* ».

2.2.2. Le Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) :

Il s'agit d'un auto-questionnaire créé par Garner, Olmsted, Bohr et Garfinkel en 1982. Composé de 26 items, il contient 3 sous-échelles : Régime ; Boulimie et préoccupation alimentaire ; Contrôle oral (McEnery et al., 2016).

Le EAT-26 évalue un large éventail de symptômes tels que le suivi d'un régime amincissant, les attitudes alimentaires, la préoccupation par le poids, les compulsions alimentaires, l'anorexie et la boulimie (Musaiger et al., 2013).

Les items se présentent sous la forme d'échelles de Likert en six points, de 1 (jamais) à 6 (toujours). Le EAT-26 est utilisé pour identifier les cas de comportements alimentaires inadaptés (Al-Subaie et al., 1996 ; Miller et al., 2009).

Cette échelle a été validée et adaptée à la langue française par Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault et Gottheil en 1994 (Chelali, 2012).

Le score seuil du EAT-26 est de 20. Un score égal ou supérieur à 20 est associé à des comportements alimentaires inadaptés et peut indiquer un cas de trouble des conduites alimentaires (TCA) (McEnery et al., 2016).

2.2.3. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) :

Selon l'OMS : « *L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².* » (OMS, 2018a).

L'OMS (2018b) a défini les classes de statuts pondéraux suivants :

Sous-poids : IMC < 18.5

Poids normal : IMC situé entre 18.5 et 24.9

Surpoids : IMC situé entre 25 et 29.9

Obésité : IMC ≥ 30

2.3. Les analyses statistiques :

Nous avons calculé la moyenne des âges et les pourcentages des scores significatifs au BSQ et au EAT-26, ainsi que les pourcentages des différents statuts pondéraux (IMC). Pour analyser la corrélation entre l'insatisfaction corporelle (score au BSQ), les comportements alimentaires inadaptés (score au EAT-26) et le statut pondéral (IMC), nous avons calculé le coefficient (r) de Pearson. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 20.0.

3. Résultats :

3.1. Insatisfaction corporelle :

On a constaté une insatisfaction corporelle modérée ou extrême chez 6,5% des étudiantes (score au BSQ égal ou supérieur à 111 ; n=2). Tandis que l'insatisfaction corporelle était absente ou faible chez 93,5% des étudiantes (score au BSQ inférieur à 111 ; n=29).

3.2. Comportements alimentaires inadaptés (Possible présence de TCA) :

Parmi les étudiantes 16,1% ont eu un score au EAT-26 égal ou supérieur à 20 (n=5), ce qui dénote des comportements alimentaires inadaptés pouvant signaler un TCA ou un risque accru d'en développer un. Tandis que 83,9% des étudiantes ont obtenu un score au EAT-26 inférieur à 20 (n=26), ce qui diminue la probabilité que ces personnes soient atteintes d'un TCA.

3.3. Répartition des statuts pondéraux (IMC) :

Le calcul de l'IMC (indice de masse corporelle) a permis de répartir les étudiantes selon leur statut pondéral. Le tableau 1 rend compte des résultats.

Tableau 1 : Répartition des étudiantes en fonction du statut pondéral (IMC)

IMC	Pourcentage (%)	N
Sous-poids : IMC < 18.5	19,4	6
Poids normal : IMC entre 18.5 et 24.9	67,7	21
Surpoids : IMC entre 25 et 29.9	9,7	3
Obésité : IMC ≥ 30	3,2	1

3.4. Relation entre les variables (r de Pearson) :

Pour étudier la relation entre l'insatisfaction corporelle (scores au BSQ), les comportements alimentaires inadaptés (scores au EAT-26) et les statuts pondéraux (IMC), nous avons calculé le coefficient (r) de Pearson. Le tableau 2 rend compte des résultats.

Tableau 2 : Corrélation entre les variables (r de Pearson)

	Insatisfaction corporelle (scores au BSQ)	Comportements alimentaires inadaptés (scores au EAT-26)	Indice de masse corporelle (IMC)
Insatisfaction corporelle (scores au BSQ)	1	0,76**	0,55**
Comportements alimentaires inadaptés (scores au EAT-26)	0,76**	1	0,31
Indice de masse corporelle (IMC)	0,55**	0,31	1

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Le tableau 2 montre que dans cet échantillon on a constaté une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle (scores au BSQ) et les comportements alimentaires inadaptés (scores au EAT-26). La corrélation est également forte entre l'insatisfaction corporelle (scores au BSQ) et l'indice de masse corporelle (IMC). Tandis que la corrélation s'est avérée modérée entre les comportements alimentaires inadaptés (scores au EAT-26) et l'indice de masse corporelle (IMC).

4. Analyse et discussion :

L'objectif de notre étude était d'évaluer le degré d'insatisfaction corporelle et la prévalence des comportements alimentaires inadaptés, signalant de possibles TCA, chez des étudiantes de l'université de Béjaïa. Ainsi que d'étudier la relation entre l'insatisfaction corporelle, les comportements alimentaires inadaptés et l'indice de masse corporelle (IMC).

Nos résultats révèlent que dans notre échantillon, 6,5% des étudiantes ont une insatisfaction corporelle modérée ou extrême. Ce résultat est beaucoup plus bas que celui de Adjali et Rouag (2017), qui avaient constaté une insatisfaction corporelle auprès de 78,9% de leur échantillon de lycéennes à Constantine. Toutefois, ces résultats sont difficilement comparables car, non seulement notre population d'étude est différente, mais surtout nous n'avons pas utilisé le même outil d'évaluation de l'insatisfaction corporelle. Ajoutons qu'il serait probablement erroné d'interpréter cette différence par l'hypothèse selon laquelle l'insatisfaction corporelle baisserait entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. Dans cette optique, citons une étude longitudinale s'étant déroulée aux Etats-Unis (Bucchianeri et al. 2013) sur une durée de dix années. Les résultats de cette étude furent que l'insatisfaction corporelle était en augmentation entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, et cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Concernant les comportements alimentaires inadaptés, nos résultats révèlent que 16,1% des étudiantes de notre échantillon pourraient être atteintes de TCA. Cette prévalence est plus basse que celles retrouvées dans d'autres études ayant utilisé, comme nous l'avons fait, le EAT-26. Citons par exemple : Becker et al. (2002) qui ont trouvé une prévalence de 29,2%

auprès de lycéennes fidjiennes trois ans après l'introduction de la télévision dans cette population ; et Allihai (2015) qui a trouvé une prévalence de 26,1% chez des lycéennes en Arabie Saoudite. Au Maroc, Manoudi et al. (2010) n'ont pas utilisé le EAT-26, il est donc difficile de comparer nos résultats, mais ces derniers semblent plus bas que les leurs. En effet, Manoudi et al., ont trouvé une prévalence de 4% de boulimie et de 32,20% de comportements alimentaires inhabituels chez des étudiantes de Marrakech. La prévalence retrouvée dans notre étude est supérieure à celle de Boussouf et al. (2016), qui avaient trouvé une prévalence de 4,3% de TCA auprès d'étudiants à Batna, toutefois, les outils utilisés étant différents il est difficile de comparer. Ajoutons que dans l'étude de Boussouf et al., l'échantillon était mixte, et étant donné que les TCA touchent 10 fois plus les femmes que les hommes (American Psychiatric Association, 2015), cela explique peut-être la faible prévalence retrouvée à Batna. À Alger, Fedala et al. (2013) avaient trouvé une prévalence de 24,19% de TCA auprès d'adolescentes en utilisant le EAT-26. La prévalence que nous avons trouvée est donc inférieure, mais notre population d'étude est différente, en effet, l'âge moyen dans l'étude de Fedala et al., était de 12 ans, tandis que l'âge moyen de notre population est de 20,45 ans. Nos résultats sont comparables à ceux de Musaiger et al. (2013). Dans cette étude les auteurs ont également utilisé le EAT-26, toutefois leur échantillon était constitué de lycéens âgés entre 15 et 18 ans. Musaiger et al., ont trouvé une prévalence de 16,2% de comportements alimentaires inadaptés chez les adolescentes. Rappelons que, comparativement, la prévalence des comportements alimentaires inadaptés dans notre échantillon est de 16,1%.

Pour étudier de la relation entre les variables, nous avons choisi de calculer le coefficient (r) de Pearson. Afin d'interpréter les résultats, nous nous sommes référés à Baillargeon (2009, p.254), qui écrit que « *bien qu'il n'existe pas de règle stricte pour interpréter l'importance d'une valeur particulière de r , les points de repère suivants proposés par Cohen (1988) sont généralement acceptés : relation faible entre 0,0 et 0,3, relation modérée entre 0,3 et 0,5, et relation forte au-delà de 0,5.* »

Le calcul du coefficient (r) de Pearson a révélé que dans notre échantillon on constate une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires inadaptés. Ces résultats se rapprochent de ceux de Juarascio et al. (2011) qui ont trouvé une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires inadaptés. Cette corrélation n'est pas étonnante, étant donné le lien existant entre l'insatisfaction corporelle et les TCA (Rosen, 1990 ; Delinsky, 2011 ; Crowther et Williams, 2011 ; Godart et al., 2012 ; American Psychiatric Association, 2015). La littérature scientifique abonde à ce sujet, toutefois nous n'avons pas trouvé d'études algériennes explorant la relation entre ces deux variables. Nous avons également trouvé une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et l'indice de masse corporelle (IMC). Ces résultats se rapprochent de ceux de Adjali et Rouag (2017) qui avaient trouvé que l'IMC était positivement corrélé à l'insatisfaction corporelle. Cependant, nous avons trouvé une corrélation modérée entre les comportements alimentaires inadaptés et l'IMC. Nos résultats diffèrent toutefois de ceux de Fedala et al. (2013) qui n'avaient trouvé aucune corrélation entre la fréquence des TCA et l'IMC, alors que dans notre échantillon il y a une corrélation entre les comportements alimentaires inadaptés (pouvant donc signaler des cas de TCA) et l'IMC, toutefois cette corrélation reste modérée.

Ces résultats nous permettent de conclure que chez les étudiantes de notre échantillon l'insatisfaction corporelle est liée à l'IMC. Autrement dit la tendance générale est que plus la corpulence est importante, plus l'insatisfaction corporelle est importante. Cette insatisfaction corporelle est également liée à des comportements alimentaires inadaptés, pouvant signaler des TCA. Ceci pourrait s'expliquer par les mécanismes décrits par Crowther et Williams (2011) et Godart et al. (2012). En effet, nous pouvons supposer que l'insatisfaction corporelle

pousse les étudiantes à modifier leur alimentation dans le but de perdre du poids et que cela amorce le début d'un cercle vicieux dans lequel les sujets prédisposés se retrouvent enfermés, marquant ainsi le début des TCA. Précisons que nos données statistiques ne permettent pas de déduire une relation de cause à effet entre l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires inadaptés. Quant à la corrélation modérée que nous avons trouvée entre les comportements alimentaires inadaptés et l'IMC, cela pourrait s'expliquer par l'influence contradictoire de la restriction et des compulsions alimentaires. En effet, le EAT-26 évalue les comportements alimentaires de type pathologique sans faire la distinction entre anorexie mentale et boulimie. Autrement dit, un score égal ou supérieur à 20 peut aussi bien signaler des tendances anorexiques que boulimiques. En sachant que les restrictions alimentaires ont tendance à faire baisser le poids (et donc l'IMC), tandis que les compulsions alimentaires ont tendance à faire augmenter le poids, il n'est pas étonnant que la corrélation entre les comportements alimentaires inadaptés et l'IMC soit modérée (ou inexistante comme chez Fedala et al., 2013). Cependant, notre corrélation modérée pourrait signaler que dans notre échantillon, plus la corpulence est importante, plus les comportements alimentaires inadaptés sont fréquents, sans pour autant pouvoir déduire une relation de cause à effet.

Conclusion :

Les résultats de la présente étude révèlent que les préoccupations relatives au corps, plus particulièrement l'insatisfaction corporelle, sont une réalité dans notre population d'étude. Tout comme les comportements alimentaires inadaptés, qui peuvent signaler la présence d'une pathologie cliniquement significative, telle que l'anorexie mentale ou la boulimie.

Ces résultats mettent en évidence qu'il existe, dans notre échantillon : une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et les comportements alimentaires inadaptés ; également une forte corrélation entre l'insatisfaction corporelle et l'indice de masse corporelle (IMC) ; et une corrélation modérée entre les comportements alimentaires inadaptés et l'IMC.

Cependant, au vu de la taille restreinte de l'échantillon dans cette étude, nous pouvons difficilement nous prononcer quant à l'étendue de l'insatisfaction corporelle et à la prévalence des comportements alimentaires inadaptés, pouvant signaler des cas de TCA, au sein de la population estudiantine féminine de l'université de Béjaïa. Il serait intéressant d'évaluer ces problématiques auprès d'un échantillon plus important. Ce qui est d'ailleurs l'objet de notre thèse de doctorat.

Références bibliographiques :

- Abdollahi, P. et Mann, T. (2001). Eating disorder symptoms and body image concerns in Iran : Comparisons between Iranian women in Iran and in America. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 259–268. DOI : 10.1002/eat.1083
- Adjali, W. et Rouag, H. (2017). Estime de soi, image corporelle et corpulence réelle : Etude réalisée auprès de lycéens à Constantine. *Les Cahiers du LAPSI*, 14(1), 145-165.
- Afifi-Soweid, R. A., Najem Kteily, M. B. et Shediak-Rizkallah, M. C. (2002). Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 52-57. DOI : 10.1002/eat.10037
- Allihaibi, M. M. (2015). Disordered eating attitudes among secondary schoolgirls in Al-Iskan sector, Makkah Al-Mukarramah, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 14(7), 939-945. DOI : 10.5455/ijmsph.2015.12032015191

- Al-Subaie, A., Al-Shammari, S., Bamgboye, E., Al-Sabhan, K., Al-Shehri, S. et Bannah, A. R. (1996). Validity of the Arabic Version of the Eating Attitude Test. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 321-324.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd. ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Anderson-Fye, E. P. (2011). Body image in non-western cultures. Dans T. F. Cash et L. Smolak (dir.), *Body image : A handbook of science, practice and prevention* (2^eème édition, 244-252). New York, NY, US : Guilford Press.
- Baillargeon, J. (2009). Traitement statistique des données. Dans S. Ionescu et A. Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (249-277). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B. et Hamburg, P. (2002). Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 509-514. DOI : 10.1192/bjp.180.6.509
- Boussouf, N., Ladner, J., Luckas, A., Tavalacci, M.-P. et Déchelotte, P. (2016). Comportements à risque et addictions chez les étudiants en médecine : une étude multicentrique en Algérie, en France et en Hongrie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(3), S142. DOI : 10.1016/j.respe.2016.03.070
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. et Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood : Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10(1), 1-7. DOI : 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Chelali, S. (2012). *Les outils d'évaluation des troubles du comportement alimentaire : Les échelles et questionnaires d'évaluation des troubles du comportement alimentaire*. Sarrebruck, Allemagne : Presses Académiques Francophones.
- Crowther, J. H. et Williams, N. M. (2011). Body image and bulimia nervosa. Dans T. F. Cash et L. Smolak (dir.), *Body image : A handbook of science, practice and prevention* (2^eème édition, 288-295). New York, NY, US : Guilford Press.
- Delinsky, S. S. (2011). Body image and anorexia nervosa. Dans T. F. Cash et L. Smolak (dir.), *Body image : A handbook of science, practice and prevention* (2^eème édition, 279-287). New York, NY, US : Guilford Press.
- Douar, R. S. (2015). Etude de l'estime de soi et du soi physique des adolescents. *Revue Sciences et Pratiques des Activités Physiques Sportives et Artistiques*, 1(07), 55-63.
- Fedala, N., Mekimene, L., Bitam, A., Haddam, A. E. M. et Fedala, N. S. (2013). Troubles du comportement alimentaire de l'adolescent algérien. *Annales d'Endocrinologie*, 74(4), 455. DOI : 10.1016/j.ando.2013.07.777

- Gasparini, C. et Rousseau, A. (2014). Évaluation d'un biais de mémoire explicite chez les jeunes femmes françaises à risque de troubles des conduites alimentaires. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 24, 106-113. DOI : 10.1016/j.jtcc.2014.06.001
- Godart, N., Duclos, J. et Perdereau, F. (2012). Étiopathogénie des troubles des conduites alimentaires, chapitre 19 "Troubles des conduites alimentaires", coord. P. Jeammet. Dans J.-D. Guelfi et F. Rouillon (dir.), *Manuel de Psychiatrie* (2ème édition, 477-497). Paris, France : Masson. Repéré à : <https://www.em-consulte.com/em/mktg/chapitre19.pdf>
- Juarascio, A. S., Perone, J. et Timko, C. A. (2011). Moderators of the Relationship Between Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating. *Eating Disorders*, 19(4), 346-354. DOI : 10.1080/10640266.2011.584811
- Katsounari, I. et Zeeni, N. (2012). Preoccupation with Weight and Eating Patterns of Lebanese and Cypriot Female Students. *Psychology*, 3(6), 507-512. DOI : 10.4236/psych.2012.36073
- Le Breton, D. (2010). D'une tyrannie de l'apparence : corps de femmes sous contrôle. Dans M. Dion et M. Julien, *Éthique de la mode féminine* (3-26). Paris : Presses Universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.dion.2010.01.0003
- Manoudi, F., Adali, I., Asri, F. et Tazi, I. (2010). Approche épidémiologique de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). *Annales Médico-Psychologiques*, 168(9), 694-697. DOI : 10.1016/j.amp.2010.09.001
- McEnery, F., Fitzgerald, A., McNicholas, F. et Dooley, B. (2016). Fit for Purpose, Psychometric Assessment of the Eating Attitudes Test-26 in an Irish Adolescent Sample. *Eating Behaviors*, 23, 52-57. DOI : 10.1016/j.eatbeh.2016.07.006
- Miller, J. L., Vaillancourt, T. et Hanna, S. E. (2009). The measurement of "eating-disorder-thoughts" and "eating-disorder-behaviors": Implications for assessment and detection of eating disorders in epidemiological studies. *Eating Behaviors*, 10, 89-96. DOI : 10.1016/j.eatbeh.2009.02.002
- Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali, E. Y. A., Kalam, F. ... Chirane, M. (2013). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite*, 60(1), 162-167. DOI : 10.1016/j.appet.2012.10.012
- Nini, M.-N. (2016). *Être adolescent en Algérie : Entre crise d'identité juvénile et crise d'identité sociale*. Paris, France : L'Harmattan.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé. (2018b, 17.02.2018). BMI classification. Repéré à : http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé. (2018a, 20.10.2018). Obésité et surpoids. Repéré à : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Rosen, J. C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. Dans T. F. Cash et T. Pruzinsky (dir.), *Body images : Development, deviance, and change* (190-214). New York, NY, US : Guilford Press.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R. M. et Chabrol, H. (2005). Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*, 31, 162-173.
- Soh, N. S., Touyz, S. W. et Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review*, 14, 54-65. DOI : 10.1002/erv.678
- Waysfeld, B. (2013). *La peur de grossir : Psychonutrition des troubles alimentaires*. Paris, France : Armand Colin.