

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'INFLUENCE DE L'IDENTITÉ DANS L'ÉTIOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE
CHEZ LES ADOLESCENTS.**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ELFY GAULIN**

AOÛT 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Résumé

Les troubles alimentaires sont complexes et multifactoriels, plus particulièrement en ce qui concerne l'anorexie mentale. Ce diagnostic est reconnu pour être associé à un trouble mental, cependant de plus en plus de recherches soulignent l'influence potentielle de l'identité dans le développement de l'anorexie mentale. Ainsi, dans ce travail, il sera question de présenter différents résultats de recherches en lien avec la portée de l'identité et le processus qui amène une personne à s'identifier comme anorexie contrairement à une personne qui souffre d'anorexie. Afin de repérer différents articles et recherches tant en français qu'en anglais, plusieurs bases de données ont été sollicitées à l'aide de mots clés tout en respectant certains critères d'inclusion et d'exclusion. L'analyse thématique se rapportant aux distinctions entre le concept « d'être anorexique » et « de souffrir d'anorexie » sera présentée dans cet essai. Il est d'ailleurs important de spécifier que le phénomène de la construction identitaire et de l'anorexie sont des concepts individualisés et complexes, ainsi il existe donc une panoplie de trajectoires menant à l'anorexie (Lozano, 2008).

Table des matières

<i>Résumé</i>	<i>ii</i>
<i>Introduction</i>	1
Problématique	2
Cadre conceptuel	2
Définition des troubles alimentaires et l'anorexie.....	2
Critères diagnostiques	3
Conséquences physiques	4
L'étiologie des troubles alimentaires et de l'anorexie	4
Facteurs biologiques	5
Facteurs sociaux et familiaux.....	5
Facteurs psychologiques.....	6
Interventions et pratiques courantes	7
L'identité	9
<i>Objectif de l'essai</i>	12
<i>Méthode</i>	13
<i>Résultats</i>	15
Le concept de soi perturbé.....	15
Le diagnostic en tant que partie intégrante de soi et du quotidien	16
L'estime de soi	17
L'identité de genre et le développement psychosexuel féminin	19
<i>Discussion</i>	21
Processus développemental et relations sociales	21
Implication de la psychoéducation	24
<i>Conclusion</i>	25
<i>Références</i>	26

Introduction

Cet essai porte sur le rôle de l'identité dans le développement d'un trouble d'anorexie mentale. Ainsi, cette présente section consistera à présenter la problématique, les conséquences reliées à l'anorexie, les interventions courantes, la définition des concepts centraux soit l'anorexie et la construction identitaire et les théories explicatives.

Problématique

Au Canada, l'anorexie mentale représente une préoccupation majeure, car il s'agit de la troisième problématique de santé mentale parmi les plus prévalentes chez les adolescentes, après la dépression et les troubles anxieux (Gouvernement du Québec, 2018). Également, l'anorexie est réputée par la dangerosité de son pronostic et de son haut taux de décès. En effet, l'anorexie est l'un des troubles de santé mentale les plus mortels, avec un taux de mortalité de 10 % (Statistique Canada, 2015). La mortalité associée à ce trouble découle typiquement de la restriction alimentaire et des effets de la famine. Par ailleurs, les recherches ont également montré une hausse de crise suicidaire chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. La corrélation entre l'anorexie mentale et le risque suicidaire est d'autant plus élevée lorsqu'il y a une comorbidité avec une dépression ou lorsque la personne est en transition entre le type d'anorexie restrictive et le type boulimique (National Institute of Mental Health, 2018). Selon une revue systématique (Galmiche *et al.*, 2019) ayant analysé 94 articles de 2000-2018 portant sur les troubles des comportements alimentaires, la prévalence varie en fonction du continent, du sexe et de l'année de publication de l'article. En effet, plus les articles sont récents, plus la prévalence est élevée. On constate donc une augmentation au fil des années passant de 3,5 % entre 2000 et 2006 à 7,8 % entre 2013 et 2018. En outre, la moyenne pondérée du taux de diagnostic est de 8,4 % pour les femmes et 2,2% pour les hommes. Cette étude a permis de mettre en évidence certaines failles au niveau de la standardisation des études portant sur la prévalence des troubles de conduites alimentaires quant à son évolution et à sa classification. En outre, l'étude met en évidence la vulnérabilité des femmes face à ce trouble (Galmiche *et al.*, 2019). Concernant l'anorexie spécifiquement, les études indiquent 0,5 % à 4 % des femmes seront touchées par l'anorexie mentale et de 1 % à 4 % des femmes auront au moins un épisode de boulimie (Steiger et Bruce, 2008). Pour ce qui est des normes médicales pour un poids santé, 56 %

des femmes cadrant dans l'IMC idéale souhaitent tout de même être plus minces. Finalement, bien que l'anorexie mentale semble davantage toucher les femmes, les hommes ne sont pas à l'abri de développer un trouble des conduites alimentaires. À ce chapitre, certains auteurs avancent qu'il y aurait une sous-représentation des cas d'anorexie mentale chez les hommes et les données représenteraient la moitié de la réalité (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). L'hypothèse explicative de ce constat serait entre autres la tendance à minimiser les symptômes, le déni face à leur condition et l'évitement du sujet du trouble et le refus de consulter à ce sujet chez les hommes (Attia, 2010). Finalement, il semble que la majorité des études et des statistiques positionne l'adolescence comme la période développementale clé pour l'apparition de ce trouble (Galmiche, Déchelotte, Lambert et Tavolacci, 2019 ; Statistique Canada, 2015).

Cadre conceptuel

Définition des troubles alimentaires et l'anorexie

L'anorexie mentale ainsi que la boulimie sont classées comme des troubles de conduite alimentaire (TCA) dans la plus récente version du manuel diagnostique (APA, 2016). Le morcellement des différentes formes de TCA en troubles distincts est remis en question par plusieurs auteurs qui soutiennent que les symptômes et les manifestations des différents diagnostics se chevauchent et contribuent à surdiagnostiquer les individus (O'Connell, 2020). Pour ces auteurs, une approche dimensionnelle devrait être préférée à une approche catégorielle pour aborder les troubles alimentaires (Del Giudice, 2014). L'anorexie mentale est caractérisée par un faible poids corporel et par une restriction alimentaire. Ce trouble est accompagné d'une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, ce qui représente généralement l'un des premiers symptômes entraînant les comportements de restriction. Le diagnostic d'une telle psychopathologie se fait généralement à partir de signes physiques malgré qu'il soit classé comme un trouble psychologique. En effet, lors de l'évaluation, plusieurs symptômes physiques sont pris en compte comme le poids selon le sexe, l'âge et la trajectoire développementale afin d'émettre le diagnostic. D'ailleurs, dans le DSM IV, l'indice de masse corporelle (IMC) était considéré pour émettre le diagnostic. Pour ce qui est du DSM-V, l'IMC est utilisé à titre indicatif pour catégoriser le degré

de sévérité du trouble allant de léger (IMC<17kg/m²), modéré (IMC<16-16,99 kg/m²), sévère (IMC<15-15,99kg/m²) à extrême (IMC < 15kg/m²) (APA, 2016).

Critères diagnostiques

En clinique, le professionnel doit évaluer le client selon certains critères prédéterminés par le DSM-V qui est le manuel diagnostique utilisé au Québec afin d'être en mesure de stipuler que le patient est bel et bien en épisode d'anorexie. Voici les critères diagnostiques répertoriés dans ce manuel :

Critère A : Restriction alimentaire par rapport aux besoins énergétiques de la personne conduisant à un poids corporel significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique. Lorsqu'il est question d'un poids considérablement bas, il s'agit d'un poids corporel en dessous des normes minimales ou de ce qui est entendu pour les enfants et les adolescents. (APA, 2016)

Critère B : Peur intense et irrationnelle face à la prise de poids ou de devenir obèse, alors que la personne a un poids corporel significativement bas. Aussi, il peut s'agir de comportements persistants pour contrer la potentielle prise de poids. (APA, 2016)

Critère C : Ce critère renvoie à une altération au niveau de la perception du poids ou de la forme de son propre corps. Aussi, il peut s'agir d'une importance excessive du poids ou de la forme corporelle influençant ainsi l'estime de soi. Finalement, ce critère réfère également à un manque de reconnaissance de manière persistante de la gravité de sa maigreur et des conséquences associées (APA, 2016).

À ces critères s'ajoutent des spécifications comme le type d'anorexie (restrictif ou accès hyperphagiques/purgatif), le stade de rémission s'il y a lieu (partielle ou complète) et le type de sévérité vu précédemment en lien avec l'IMC de la personne (léger, moyen, grave, extrême).

L'anorexie mentale se décline en deux types. D'une part, le type restrictif qui renvoie à une perte de poids entraînant un poids cliniquement faible qui serait essentiellement attribuée à la

restriction alimentaire, le jeûne, les diètes ou l'exercice physique excessif. Ainsi, ce type d'anorexie mentale exclut toute forme de glotonnerie et de purge au cours des trois derniers mois. D'autre part, le type accès hyperphagiques/purgatifs. Ce dernier renvoie à une personne qui a des épisodes d'hyperphagie ou de glotonnerie ou utilise des moyens compensatoires tels que les vomissements intentionnels, l'utilisation de laxatif ou tout autre comportement purgatif (APA, 2016). Dans le cadre de cet essai, les écrits portant sur l'anorexie mentale seront privilégiés par rapport à d'autres troubles de comportement alimentaire.

Conséquences physiques

L'anorexie malgré le fait qu'elle soit considérée comme un trouble de santé mentale, entraîne plusieurs répercussions affectant la santé physique de l'individu en question. La maigreur extrême peut susciter, sur une période prolongée, certaines complications avec le temps comme : l'amincissement des os (ostéopénie ou ostéoporose), une dégradation capillaire et des ongles, une sécheresse de la peau, un développement du lanugo (apparition d'un duvet sur tout le corps), une peau qui devient jaunâtre, une constipation sévère, une pression artérielle basse, un ralentissement du rythme cardiaque, des dommages au niveau du cœur et du cerveau, une défaillance multiviscérale, une baisse de la température corporelle et une sensation constante de fatigue. Aussi, pour les femmes il est possible de développer une aménorrhée soit un arrêt des menstruations qui peut se dégrader en infertilité complète chez la femme (National Institute of Mental Health, 2018). Ainsi, les conséquences physiques de l'anorexie peuvent affecter de façon permanente le fonctionnement de l'individu et même, à terme, entraîner la mort (Goddard *et al.*, 2013).

L'étiologie des troubles alimentaires et de l'anorexie

Lorsqu'il est question de trouble alimentaire incluant l'anorexie mentale, l'étiologie est complexe et il n'existe pas de consensus quant aux causes sous-jacentes à leur apparition (Woerwag-Mehta et Treasure, 2008). Ainsi, il s'agirait de facteurs multiples qui précèdent, précipitent et maintiennent l'anorexie (Nunn *et al.*, 2011). Ces derniers se divisent en trois catégories distinctes : les facteurs biologiques, les facteurs sociologiques et les facteurs psychologiques (Voir Appendice A).

Facteurs biologiques

Selon l'article de Woerwag-Mehta et Treasure (2008), l'aspect biologique semble avoir une influence quant au développement de l'anorexie mentale. Les facteurs périnataux, la génétique, le sexe influencent la vulnérabilité d'un individu quant aux TCA (Woerwag-Mehta et Treasure, 2008). La théorie biomédicale sous-entend que l'individu a des prédispositions génétiques qui accentuent les risques de développer un trouble alimentaire. En d'autres mots, ce ne sont pas tous les individus qui ont le même risque de souffrir d'anorexie mentale considérant certaines prédispositions biologiques (Sowińska-Przepiera *et al.*, 2019). Certains spécialistes soutiennent l'idée que des neurotransmetteurs seraient impliqués dans le développement de l'anorexie mentale en agissant sur l'humeur et l'appétit. D'ailleurs, une perturbation du taux de dopamine pourrait expliquer l'anxiété ressentie lors de l'ingestion de nourriture plutôt que le sentiment de plaisir (Bailer *et al.*, 2012; Nunn *et al.*, 2011; Sowińska-Przepiera *et al.*, 2019). Le dérèglement hormonal qui survient à la puberté avec une augmentation brusque du taux d'œstrogène contribue à l'apparition des symptômes s'apparentant aux TCA. Cette théorie pourrait justifier la raison pour laquelle l'anorexie est aussi présente chez les jeunes adolescentes (Young, 2010).

Facteurs sociaux et familiaux

Les facteurs sociaux comprennent entre autres à l'isolement, les différents loisirs et les normes qui leur sont associées (par ex. : ballet, mannequinat) et les standards de beauté véhiculés plus largement par la société (Woerwag-Mehta et Treasure, 2008). Également, le jugement des pairs quant à l'apparence physique constitue un facteur de maintien des troubles alimentaires chez les adolescents. Recevant des commentaires positifs sur sa minceur, l'individu poursuit sa perte de poids afin de maintenir son impression de contrôle et la valorisation acquise. Les contraintes vis-à-vis le poids deviennent donc extrêmement envahissantes et obsessives. Cependant, aux yeux des autres, l'individu est perçu telle une personne disciplinée, qui prend soins d'elle physiquement par exemple (Attia, 2010; Zink et Weinberger, 2010).

Au niveau du système familial, certains facteurs tels que le fait d'évoluer au sein d'une famille dysfonctionnelle caractérisée par un manque de chaleur affective, une grande rigidité dans

les règles, une difficulté dans la résolution de problème, la présence de conflits et une difficulté de communication constituent des risques pour le développement de l'anorexie. De plus, les familles de type intrusif, enchevêtré, contrôlant et cohésif constituent des risques pour l'enfant de développer un trouble des conduites alimentaires (Pauzé et Charbouillot, 2001). Dans ce sens, les familles où la communication est difficile, que les attentes sont élevées et que l'autonomie n'est pas favorisée, puisque les parents sont très directifs, sont susceptibles d'engendrer une volonté de contrôler la nourriture ingérée, puisque les enfants ne peuvent contrôler rien d'autre (Petitpas et Jean, 2011).

Plus largement, la société véhicule des normes de minceur qui ont de nombreuses répercussions sur l'image corporelle de chacun. Cela crée une préoccupation et une pression d'atteindre les standards de minceur afin de correspondre aux normes sociales et atteindre un idéal de beauté (Labonté et Paquette, 2018). L'accent mis sur la comparaison sociale en ce qui concerne l'apparence physique agira notamment comme un facteur de maintien des TCA (Hill *et al.*, 2013). À ce chapitre, l'apparition des réseaux sociaux a aggravé l'exposition aux modèles de beautés et à la promotion des diètes (Garner et Garfinkel, 1985).

Facteurs psychologiques

Les vulnérabilités psychologiques contribueraient au risque de développer l'anorexie mentale. Parmi celles-ci se retrouvent les traits obsessionnels compulsifs, la rigidité cognitive et le perfectionnisme. Également, le fait de s'identifier à son diagnostic et d'associer son estime de soi à la « réussite » de l'expression de l'anorexie représente des facteurs de maintien. Également, le perfectionnisme constitue une forme d'auto-évaluation par laquelle l'estime de soi repose en grande partie sur la satisfaction personnelle quant aux efforts émis pour l'atteinte des objectifs déraisonnables (Karatzias *et al.*, 2010). Ainsi, la présence d'une faible estime de soi et de hauts standards de perfection chez la personne anorexique peuvent occasionner une perception négative d'elle-même qui, à terme, est intégrée dans la construction identitaire (Fairburn, Cooper et Shafran, 2003).

D'ailleurs, parmi les facteurs psychologiques moins documentés, certains auteurs suggèrent le rôle potentiel de l'identité dans l'étiologie et le maintien de l'anorexie mentale (Attia, 2010; O'Connell, 2020; Zandersen et Parnas, 2019) notamment en raison du timing de la puberté lequel coïncide avec la construction identitaire et l'importance accrue accordée aux relations avec les pairs et, conséquemment, l'emphase mise sur l'image projetée, le jugement, le rejet, etc. (Zink et Weinberger, 2010).

Interventions et pratiques courantes

Les interventions préconisées découlent des différentes positions face à l'étiologie de l'anorexie et de la perspective à laquelle le professionnel traitant adhère (Labonté et Paquette, 2018).

Lorsqu'inspirée des facteurs biologiques et de la perspective biomédicale, le traitement implique une hospitalisation de la part du patient. Cette prise en charge en milieu hospitalier est justifiée par les risques vitaux que présentent le patient. En effet, cette approche vise le rétablissement physique de l'individu dans un court laps de temps et n'est habituellement pas ajustée aux caractéristiques individuelles des patients. L'objectif n'est pas d'atteindre le poids idéal, mais bien d'atteindre une prise de poids suffisante pour éviter les conséquences graves à la santé physique voire le décès. La stratégie nutritionnelle privilégiée est la prise graduelle de poids de 0,5kg à 1kg par semaine (Helfer et *al.*, 2016). En effet, une prise de poids trop rapide représente un danger pour les patients hospitalisés souffrant de grave dénutrition. C'est pourquoi la prise en charge hospitalière par des professionnels de la santé permet d'assurer un suivi tout au long du processus nutritionnel en portant attention aux différentes complications possibles telles que des complications cardiaques, respiratoires et métaboliques. Il est également recommandé lors du suivi diététique d'opter pour une renutrition par voie orale avec un plan alimentaire adaptée ou par des compléments alimentaires. En dernier recours, si le patient refuse la nutrition orale, il est conseillé d'opter pour une nutrition entérale. Cette dernière stratégie peut s'actualiser sous deux conditions : la vie du patient est en jeu et la dénutrition sévère est associée à une stagnation pondérale prolongée. En outre, il n'existe pas de traitements médicamenteux spécifiques au trouble des conduites alimentaires, l'approche biomédicale propose tout de même

des médications pour soulager certains symptômes tels que les antipsychotiques et les antidépresseurs tricycliques. En effet, ces substances peuvent atténuer les symptômes dépressifs ou anxieux concomitants (Carretier *et al.*, 2021). En général, ce traitement nécessite plusieurs mois et un contrat thérapeutique est convenu pour la continuité des services dans le cheminement du patient (Goddard *et al.*, 2013).

Les interventions visant le système familial reposent sur l'approche systémique. Elles sont davantage centrées sur la thérapie familiale qui se décline en plusieurs types dont la thérapie familiale structurale, la thérapie familiale stratégique de Milan, la thérapie familiale intergénérationnelle, pour n'en nommer que quelques-unes. La première approche vise à définir le symptôme (anorexie) au sein du système, à préciser les frontières entre les membres de la famille et les rôles de chacun et à intervenir sur le fonctionnement familial afin de modifier l'organisation et favoriser la flexibilité adaptative face aux imprévus (Doba et Nandrino, 2015). Pour la seconde, elle comprend certaines stratégies telles que le questionnement triadique, la connotation positive, les rituels familiaux et les interventions thérapeutiques qui misent sur la compréhension multidimensionnelle du système. Elle vise donc un assouplissement des règles et une redistribution des rôles afin d'apporter des impacts positifs dans le système familial. Cette dernière consiste à analyser et apporter des changements dans les mécanismes émotionnels de chacun des membres du système et à favoriser la différenciation entre chacun (Doba et Nandrino, 2015). Par ailleurs, si l'équipe traitante en vient à la conclusion que l'anorexie est une réponse aux pressions sociales, les interventions de sensibilisation peuvent être à plus grande échelle en élaborant des programmes sociaux dédiés à la diversité corporelle et d'informer la population sur les dangers des diètes minceurs et la face cachée des réseaux sociaux (p.ex. Photoshop) (Jutel, 2009).

Selon la perspective psychologique, la thérapie cognitivo-comportementale semble être l'approche préconisée pour le traitement de l'anorexie mentale. Dans cette perspective, l'intervention est axée sur les cognitions de l'individu. L'objectif de cette approche est d'amener l'individu à reconnaître ses comportements pathologiques associés aux TCA et les cognitions qui y sont rattachées (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Ainsi, le traitement

aura pour but de restructurer les distorsions cognitives concernant l'alimentation, l'image corporelle, l'estime de soi et rationaliser les peurs de la prise de poids et de devenir obèse. Pour ce faire, la TCC propose d'amener l'individu à identifier ses comportements problématiques (sous-alimentation), identifier les pensées qui y sont rattachées (si je mange, je vais devenir obèse), identifier les patterns de pensées, restructurer la pensée. Finalement, cette approche mise sur le lien significatif avec le thérapeute (Labonté et Paquette, 2018).

Dans une méta-analyse publiée en 2018, Zeeck et ses collègues ont montré qu'en comparant les interventions familiales systémiques et les interventions individuelles (thérapie cognitivo-comportementale), il n'y avait pas de différence en ce qui a trait à la rémission, toutefois, les interventions préconisées variaient en fonction de l'âge des patients (Zeeck *et al.*, 2018). En outre, dans une revue des études qualitatives portant sur l'efficacité des interventions, Bezance et Holliday (2013) ont mis en évidence que les résultats des études recensées étaient rarement analysés en fonction du développement psychosocial des participantes d'une part et que, d'autre part, la signification accordée par les adolescentes à l'anorexie et au rétablissement était centrale pour mieux cerner l'efficacité des traitements. À ce chapitre, notamment, le fait que les participantes s'identifient à l'anorexie et anticipent un vide identitaire si elles se rétablissent est particulièrement intéressant et révélateur pour comprendre les succès mitigés des thérapies. Finalement, comme d'autres auteurs utilisant des devis qualitatifs, Conti et ses collaborateurs (2020) proposent de conceptualiser l'anorexie et le rétablissement en tant que parcours identitaires pour favoriser une appropriation de l'expérience et une dé-pathologisation du vécu. La prochaine section aborde l'identité en tant que tâche développementale à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

L'identité

Selon la théorie du développement psychosocial d'Erikson (Erikson, 1968), l'adolescence et le début de l'âge adulte sont considérés comme des périodes culminantes pour la construction identitaire, bien qu'elle se poursuive tout au long de la vie (Berzoff, 2011). D'ailleurs, selon Arnett (2018) qui s'intéresse également au concept du développement identitaire, suggère que la transition de l'adolescence vers la vie adulte s'étendrait sur une plus longue période et comporterait des

nouvelles caractéristiques. Ainsi, selon l'auteur, la période de 18 à 25 ans ferait référence aux à la période adulte émergence qui ne représente pas l'adolescence ni l'âge adulte. D'ailleurs, les adultes émergents sont confrontés à différentes explorations en matière d'éducation, de travail et d'amour rendant cette étape de la vie intense, mais aussi particulièrement instable. Ainsi, l'exploration identitaire est désormais considérée comme se poursuivant après la vie adulte (Arnett, 2018). Bien que Erikson (1968) ait d'abord identifié l'adolescence comme période culminante quant à la construction identitaire, elle se poursuivrait au début de l'âge adulte (Arnett, 2018). Erikson (1994) identifie huit stades développementaux associés à une période de vie. Chaque stade correspond à une crise développementale dans laquelle l'individu se retrouve en déséquilibre. L'individu résout singulièrement chaque crise en se situant entre deux pôles. Par exemple, entre 12 et 18 ans se déroulerait le cinquième stade du développement identitaire de Erikson, où l'enjeu se situe entre le pôle identité et le pôle diffusion des rôles (Erikson, 1994). L'adolescent tente alors de développer son identité personnelle, donc de faire le choix conscient de ses champs d'intérêts, de ses valeurs, de ses buts, de ses habiletés en prenant compte des contextes sociaux qui se sont diversifiés depuis son enfance. Le sentiment d'identité est consolidé lorsque l'individu se perçoit comme un tout unifié et constant, cependant qu'il doit s'adapter aux différents milieux de vie au sein desquels il s'insère. En d'autres mots, une résolution adaptative d'un stade ne se résume pas à l'annihilation du pôle négatif au profit du pôle positif, mais résulte d'un équilibre entre les deux.

L'identité est façonnée à la fois par les caractéristiques individuelles et les relations avec les autres ainsi que le contexte environnemental plus élargi. Dans ce sens, l'identité est à la fois individuelle et sociale (Schachter, 2018). La construction identitaire découle de différents processus d'identification qui se produisent dès l'enfance et de manière dynamique qui permettent de définir et de reconnaître une personne dans sa façon de penser et d'agir dans différents contextes sociaux et dans son environnement naturel. D'ailleurs, plusieurs processus se déroulent à l'adolescence qui impliquent des mécanismes d'identification et de différenciation. En effet, l'adolescence comporte plusieurs défis tels que la différenciation de l'identité avec celle des parents, le clivage des images de soi et la perte de repères qui représentent une période cruciale pour la formation de l'identité. Dans ce sens, l'identité se construit, entre autres, par la socialisation

avec le groupe de pairs, la famille, etc. (Berzoff, 2011). À ce moment, les adolescents tenteront de forger leur soi en essayant de ressembler à leurs amis et à se différencier de ses parents par exemple. Dans cette lignée, l'un des processus d'identification pourrait être fait par l'entremise de modes d'affirmations où l'adolescent prend désormais ses propres décisions sans l'aide de ses parents. Ce cheminement implique des épisodes d'association, de catégorisation et de reconnaissance (Erikson, 1994). C'est en partie pour cette raison que l'avis de l'autre occupe une si grande importance à l'adolescence. D'ailleurs, c'est aussi à l'adolescence que l'on peut observer les différents groupes d'appartenance partageant différents centres d'intérêt commun (Lannegrand-Willems, 2017).

Dans la conception de l'identité, l'image de soi occupe une place très importante. L'adolescence est caractérisée par l'égoïsme impliquant la préoccupation de la manière dont les autres le perçoivent. Dans un certain sens, l'adolescent tentera de valider son identité par la reconnaissance et l'attention positive qu'il aura de ses pairs (Lannegrand-Willems, 2017). Ainsi, l'image que l'adolescent projette est très importante et ce qui vient corroborer avec l'apparition des troubles alimentaires et les processus d'identifications aux idéaux. À l'inverse, les déviations de la norme ou des standards de beauté ainsi que les conflits peuvent avoir un impact négatif sur le développement identitaire par le fait que l'adolescent peut subir du rejet, l'absence de groupe d'appartenance, la présence de commentaires négatifs à leur égard qui joueront sur la construction identitaire de l'adolescent (Marc, 2016). Selon le concept de Sartre, « le corps-pour-autrui » jouerait une importance colossale pour les anorexiques. Ce concept renvoie à la capacité d'appréhender le regard des autres vis-à-vis le corps de soi. Ainsi, l'adolescent a la conscience que son corps peut être observé par l'autre, ce qui est source d'inquiétudes et qui peut amener une insatisfaction corporelle menant à des comportements destructeurs tels que l'anorexie (Englebert *et al.*, 2019).

Objectif de l'essai

Compte tenu de la période névralgique que constitue le début de l'adolescence pour l'apparition des symptômes liés à l'anorexie d'une part, et pour la construction identitaire, d'autre part, le présent essai s'intéresse à la question suivante: de quelles façons sont liées l'étiologie de l'anorexie et les éléments propres au développement identitaire dans la littérature ? Autrement dit, comment les études sur l'anorexie et plus largement sur les troubles alimentaires mettent en relation l'identité et l'étiologie du trouble. L'anorexie est généralement conceptualisée sous un angle pathologique où il est question d'un trouble mental qui est associé à un diagnostic dans le DSM-V. Ce faisant, la perspective de la construction identitaire est peu explorée comparativement au courant biomédical. C'est pourquoi le sujet de recherche de cet essai porte sur la place que l'identité occupe dans le développement de l'anorexie mentale.

Méthode

L'anorexie étant un sujet grandement exploré, il était essentiel de préciser des critères afin de cerner les écrits les plus pertinents pour répondre à la question de recherche de l'essai. Pour ce faire, une stratégie de repérage des articles a été effectuée de novembre 2020 à janvier 2022. Certains mots clés spécifiques ont été sélectionnés afin de restreindre la recherche. Certaines bases de données ont été priorisées afin de trouver des articles pertinents en lien avec la problématique choisie et le domaine d'étude (psychoéducation). Ainsi, les bases de données sélectionnées sont PSYCHINFO, MEDLINE, Érudit et Google Scholar. Avec le moteur de recherche PSYCHINFO, les mots clés suivants ont été utilisés : identité sociale, crise d'identité, concept de soi, identité de genre, égo-dystonique et trouble alimentaire. À cette équation de recherche, les critères d'inclusion suivants ont été ajoutés : l'année de publication devait se retrouver entre 2010 à 2021 (afin d'avoir les données les plus récentes et compte tenu du fait que l'identité est une variable récemment mise en lien avec l'anorexie) et les échantillons des études devaient être formés d'adolescents et de jeunes adultes (11 ans à 24 ans). Ainsi, 8 articles scientifiques ont été repérés. Les mêmes mots clés ont été utilisés dans la base de données MEDLINE ont permis de repérer 31 articles scientifiques. Dans la base de données Érudit, les mots clés suivants ont été utilisés : « concept de soi, crise identitaire, identité et anorexie ou trouble alimentaire ». Cette équation de recherche a généré le repérage de 11 articles scientifiques supplémentaires. Les mêmes mots clés ont été réutilisés pour Google Scholar, toutefois la date de publication a été restreinte de 2018 à 2021 afin de limiter le nombre de résultats, ce qui a résulté 48 articles. En additionnant tous les articles sélectionnés par les différentes équations de recherche, 103 articles ont été identifiés. De ce nombre, les doublons ont été retirés laissant 68 articles (Appendice B). La lecture des titres et des résumés a permis de rejeter 31 articles dont les échantillons n'étaient pas adéquats ou le thème de l'identité était peu ou pas abordé. Les 37 articles restants ont été lus intégralement permettant d'exclure 12 articles dont les thèmes centraux ne touchaient pas directement l'anorexie et l'identité. Finalement, 6 articles ont été ajoutés aux 25 restants, grâce à la méthode « perle de citations » qui consiste à identifier des articles par la consultation de la liste de références de l'article scientifique (Appendice C). En récapitulatif, 31 articles ont été consultés pour la rédaction de l'essai. Afin

d'assurer une rigueur et les traces des démarches de la recension des écrits, le logiciel EndNote a été exploité.

Résultats

La section des résultats est présentée selon les différents thèmes liés à l'identité les plus régulièrement ressortis dans la littérature en lien avec l'étiologie de l'anorexie. Ces thèmes ont été identifiés en fonction de ce qui est ressortie de la recension des écrits. En effet, au moment où un thème se retrouvait dans plus de 5 articles sélectionnés, il était consigné afin de faire une documentation thématique. Plus spécifiquement, le concept de soi perturbé, le diagnostic en tant que partie intégrante de soi et du quotidien, l'estime de soi, l'identité de genre ainsi que le développement psychosexuel sont successivement abordés. Pour chacun des thèmes, l'impact de celui-ci quant à l'étiologie du trouble d'anorexie mentale sera abordé. Également, les implications de l'identité dans les interventions spécifiques aux personnes atteintes d'anorexie seront exposées.

Le concept de soi perturbé

L'aspect identitaire est de plus en plus considéré dans les études portant sur les troubles alimentaires et les différents troubles de santé mentale. En effet, la perturbation identitaire est reconnue comme étant une caractéristique importante dans le développement des troubles alimentaires et la présence d'idéations suicidaires (Duffy *et al.*, 2022; O'Connell, 2020). Le concept de la perturbation identitaire est défini comme étant une image de soi ou un concept de soi instable ou changeant. En d'autres mots, l'individu présente des difficultés à se définir et à bien saisir ce qu'il est, ce qu'il aime, ce qu'il désire et ce qui le caractérise. D'ailleurs, ces personnes peuvent être amenées à modifier leurs intérêts ou leur personnalité selon le contexte ou selon les personnes avec qui ils se retrouvent. Cette instabilité amène un manque de cohérence et de clarté qui peuvent occasionner des changements soudains dans plusieurs contextes comme le choix de carrière, les buts, les valeurs, les intérêts et les relations (Zandersen et Parnas, 2019). Cette dissonance entraîne une incertitude chez la personne concernant qui elle est vraiment. Cette perturbation de l'identité est considérée comme un facteur de risque de développer un trouble de conduite alimentaire. En effet, les personnes atteintes de troubles alimentaires sont plus susceptibles d'accorder une importance particulière à leur apparence physique qui est souvent perçue négativement (American Psychiatric Association, 2016). Ainsi, ces personnes en viennent à se définir par leur trouble. Dans ce sens, sans leur trouble, ces personnes peuvent en venir à penser

qu'elles ne sont rien. Les personnes atteintes de troubles de l'alimentation présentent régulièrement un concept de soi où le poids, l'apparence physique et l'alimentation occupent une très grande place. L'adolescent en quête d'identité se sent donc être quelqu'un face à ces critiques positives vis-à-vis la perte de poids et les bonnes habitudes de vie, ce qui l'amène à intégrer ces facettes comme définition de lui-même. Également, une emphase mise sur ces éléments peut susciter un sentiment de dégoût ou de haine envers le corps (Duffy *et al.*, 2022). Dans un contexte où la perception de soi se résume au pessimisme, à des sentiments désagréables à l'égard du corps et de soi, l'issue consiste donc à échapper à son corps et à le modifier (Zandersen et Parnas, 2019).

Le diagnostic en tant que partie intégrante de soi et du quotidien

Selon le modèle de Brikman, la dimension « être » du trouble renvoie à l'impact que le diagnostic peut avoir sur l'identité de la personne. C'est-à-dire que la personne va être amenée à se définir par son diagnostic. Ainsi, il ne sera plus question d'une personne souffrant d'anorexie, mais bien d'une anorexique mentale. Dans cette phase, le diagnostic est une étape marquante pour la personne, puisqu'il est vu comme une révélation sur la compréhension de soi (Brinkmann, 2016; Duffy *et al.*, 2022; O'Connell, 2020; Zandersen et Parnas, 2019). Dès lors, devenir une personne sans anorexie serait comme abandonner ce qui les définit. En effet, l'anorexie implique de structurer le quotidien de façon à éviter de recevoir des commentaires négatifs ou de manger devant autrui, à calculer les aliments, modifier l'habillement et dissimuler les comportements compensatoires, etc. Ainsi, l'anorexie devient en quelque sorte un mode de vie qui caractérise et module le quotidien de l'individu (Grzywina, 2016). Ces contraintes peuvent être perçues comme un code à suivre de sorte à agir conformément à leur diagnostic. De plus, ils apprennent à gérer et à exprimer leur souffrance de manière différente selon la situation. Par exemple, ils peuvent « performer » leur diagnostic d'une façon différente dépendamment s'ils sont en famille ou dans un groupe de soutien. Certains auteurs abordent également la notion de performance quant à leur diagnostic en contexte psychiatrique (Brinkmann, 2016; O'Connell, 2020; Ringer et Holen, 2016). Par exemple, en milieu hospitalier, certains vont exagérer certains symptômes de sorte à légitimer leur présence. En d'autres mots, les gens vont intensifier à leurs symptômes afin d'être à la « hauteur » de leur diagnostic (O'Connell, 2020). En outre, certains auteurs suggèrent que l'identité

« anorexique » est possiblement adoptée dans un contexte de confusion identitaire. Ainsi, il vaut mieux être une « bonne anorexique » que de ne pas savoir qui l'on est (Brinkmann, 2016; Grzywna, 2016; O'Connell, 2020).

Puisque les personnes vivant avec une anorexie mentale présentent généralement une incapacité à se définir en tant que personne et une faible estime de soi, certaines interventions prometteuses soulignent la pertinence de mettre l'accent sur le développement d'une identité saine (Englebert *et al.*, 2019). Également, les programmes de préventions implantés dans les écoles secondaires ciblent les personnes à risque, car l'âge de la population cible est dans l'adolescence qui représente la période cruciale pour le développement des TCA (Cornelius et Blanton, 2016; Esposito *et al.*, 2018). Dans ce sens, les interventions universelles impliquent la normalisation du stress associé à la quête identitaire, le renforcement de l'estime de soi, le développement de l'identité par la promotion d'expériences positives, etc. En effet, ces efforts de prévention favorisent le développement identitaire sain des adolescents et donc diminuent les risques de se définir par leur trouble. D'ailleurs, cette initiative diffère des interventions de prévention en trouble alimentaire actuelles qui s'attarde à l'éducation de saines habitudes de vie et une éducation des TCA (Cornelius et Blanton, 2016).

L'estime de soi

Une partie prenante de l'identité repose sur l'estime de soi (Kroger et Marcia, 2011). En effet, plusieurs personnes souffrant d'anorexie entretiennent une faible estime d'eux-mêmes. Dans les pays occidentaux où la pression sociale est omniprésente concernant l'image corporelle, il n'est pas surprenant qu'une corrélation existe entre l'estime corporelle et le concept de soi. D'ailleurs, le développement de l'anorexie mentale amène une perte de poids inévitable. Dans un contexte sociétal où la perte de poids est valorisée et soulignée par des commentaires positifs de l'entourage, l'individu perçoit que sa valeur est en quelque sorte associée à la minceur (Ison et Kent, 2010). Ainsi, souhaitant maintenir et réitérer cette approbation et cette valorisation, la personne poursuit sa perte de poids. Elle peut dès lors intégrer une incompréhension du monde où l'acceptation et la reconnaissance sont liées à l'atteinte des standards de beauté (minceur). L'individu ayant une estime de soi fragilisée deviendra rapidement à la recherche de ce renforcement en prenant tous les moyens en son pouvoir pour y parvenir (Corning et Heibel, 2016). L'estime de soi sera donc

intiment liée à l'estime corporelle, de telle sorte que la personne accordera énormément d'importance à l'image corporelle et pourra développer une obsession (De Vos *et al.*, 2017).

Afin de favoriser l'estime de soi positive dans les interventions, les écrits soulignent l'importance d'y aller progressivement, donc un petit changement à la fois. D'ailleurs, pour l'individu qui se définit par son trouble et base son estime sur son image corporelle, se départir de l'anorexie est donc une transition très déstabilisante (Ison et Kent, 2010). Ainsi, la notion de bienveillance est identifiée comme étant essentielle dans l'intervention auprès des jeunes anorexiques. Ainsi, la valorisation, le renforcement et le respect du rythme de l'individu sont des attitudes à prioriser pour le rétablissement de l'anorexie (Barth, 2021; Kusina et Exline, 2019). En thérapie, personnes atteintes d'anorexie mentale prennent conscience de l'ampleur de leur condition progressivement. Également, l'acceptation de la prise de poids est un long processus, puisque c'est ce qui est redouté et craint. Ce constat vient soutenir le concept du « corps phénoménologique » qui renvoie à la conscience que le corps est observé par l'autre (corps-pour-autrui) et les constructions sociales vis-à-vis les troubles alimentaires et l'image corporelle véhiculées par les médias sociaux telles que la minceur est synonyme de beauté, succès et persévérance (Englebert *et al.*, 2019; Ison et Kent, 2010). Ainsi, la bienveillance est à privilégier afin de soutenir le processus de conscientisation à la condition et au cheminement d'acceptation (Barth, 2021). Également, la technique d'auto-affirmation semble être valorisée lorsqu'il est question d'interventions sensibles au développement identitaire sain. Cette technique est accessible, peu coûteuse et facile à administrer. Elle consiste à développer une identité positive en renforçant les aspects positifs de leur identité qui sont souvent mis de côté et faisant en sorte de banaliser ce qui a généralement beaucoup d'importance telle que l'image corporelle. Par exemple, cela peut se présenter par une intervention universelle en classe où chacun des élèves est invité à dresser une liste de caractéristiques et de valeurs importantes pour eux. Par la suite, ils sont invités à écrire un texte expliquant pour quelle raison la valeur se retrouvant en haut de liste est la plus importante pour eux. L'efficacité de l'auto-affirmation est attribuée aux changements psychologiques et de visions qui amènent à leur tour, des changements positifs à plus long terme (Kusina et Exline, 2019)

L'identité de genre et le développement psychosexuel féminin

Selon certains auteurs, il existe une différence entre les identités de genre concernant le développement de l'anorexie mentale. En effet, les femmes cisgenres ou les femmes transgenres montrent un risque accru de développer un trouble alimentaire comparativement aux hommes (Simone *et al.*, 2020). Le terme cisgenre est utilisée lorsque l'identité de genre correspond au sexe de l'individu (Baril, 2017). Cette inégalité entre les sexes est également observée lorsqu'il est question d'insatisfaction corporelle. La théorie d'objectivation permet de mieux comprendre cette disparité. Elle suppose que le corps de la femme est régulièrement objectivé et sexualisé, ainsi elle renvoie l'idée que les standards de beauté ainsi que les idéaux véhiculés entre autres par les médias comportent certaines contraintes pour les atteindre (Kusina et Exline, 2019). Étant exposée de manière omniprésente à cette idéologie parfois masquée (derrière une publicité, des commentaires, réseaux sociaux) la femme peut alors intérioriser ces attentes et l'amener à l'auto-objectivation (Grzywina, 2016; Ison et Kent, 2010).

Certaines études montrent que le taux de personnes atteintes de trouble des conduites alimentaires varie non seulement en fonction du sexe biologique, mais également en fonction de l'identité de genre. En effet, Diemer et ses collaborateurs (2015) mentionnent que les personnes transgenres sont plus touchées que les personnes cisgenre. L'une des hypothèses explicatives de cet écart réside dans le rejet de l'identité féminine. Ainsi, ces auteurs (Golse, 2017 ; Grzywina, 2016; O'Connell, 2020; Sarnier-Levin *et al.*, 2018) affirment que les individus ayant un sexe biologique féminin à la naissance, mais qui n'adhèrent pas à cette identité de genre peuvent développer des comportements anorexiques de sorte à rejeter leur identité féminine. Ainsi, en perdant du poids, elles perdent également les seins et les courbes qui sont généralement associés à la féminité (Sarnier-Levin *et al.*, 2018). Ce constat prend davantage d'importance à cet âge, puisque la prise de conscience de tout ce qui implique l'identité de genre relié à la féminité en termes de responsabilités et d'attentes sociétales peut créer une pression (Simone *et al.*, 2020).

Si l'identité de genre semble associée à la prévalence des troubles de comportement alimentaire, dans le même registre, le développement psychosexuel féminin et la victimisation sexuelle vécue

par les femmes seraient également des éléments identitaires qui influencent la survenue des TCA. Six études montrent que certaines femmes redouteraient les aspects de la féminité et l'exprimeraient par le biais de l'anorexie pour assurer un besoin de sécurité. À l'adolescence, les changements physiques sont associés à la sexualité et le trouble alimentaire permettrait en quelque sorte de rejeter la sexualité associée à la puberté. Cette théorie rejoint l'aspect traumatique derrière la sexualisation de leur corps. En effet, cette hypothèse est particulièrement observée chez les victimes d'agression sexuelle. C'est donc un mécanisme de défense afin de repousser les possibles prédateurs et ainsi assurer leur sécurité (Diemer *et al.*, 2015; Golse, 2017; Ison et Kent, 2010; O'Connell, 2020; Sarner-Levin *et al.*, 2018; Simone *et al.*, 2020).

Bien que l'insatisfaction corporelle semble assez généralisée, spécialement pour les adolescentes, les campagnes de sensibilisation universelle semblent être une voie prometteuse (Corning et Heibel, 2016; Keel et Brown, 2010). Ainsi, il est recommandé d'agir tôt et à large échelle afin d'éviter que les adolescentes intègrent comme schème de pensées que la minceur est associée à la beauté, donc si elles veulent se faire désirer et se sentir belles, elles doivent être minces. D'ailleurs, différents articles font référence à l'impact de la valorisation de la perte de poids par des remarques positives ou même des félicitations comme étant un facteur de maintien (Bouguettaya *et al.*, 2019 ; Kusina et Exline, 2019). En effet, plusieurs personnes anorexiques soutiennent que le début de leur perte de poids était valorisé et même félicité par l'entourage, ce qui renforce donc le désir de poursuivre leur amaigrissement. Ainsi, les recommandations quant aux bonnes pratiques reposent entre autres de sensibiliser la population quant aux commentaires vis-à-vis le physique. En d'autres mots, limiter les commentaires en lien avec le physique et miser sur le bien-être (Bouguettaya *et al.*, 2019).

Discussion

L'anorexie est un trouble qui touche davantage les femmes que les hommes bien que ceux-ci soient de plus en plus représentés dans les statistiques (Englebert *et al.*, 2019 ; Kusina et Exline, 2019; Simone *et al.*, 2020) et apparaîtrait dans la plupart des cas à l'adolescence. Cette période étant caractérisée par la construction identitaire, cet essai s'est attaché à documenter la façon dont les écrits scientifiques récents mettent en lien l'identité et l'étiologie de l'anorexie à l'adolescence. Les écrits recensés ont permis de mettre en évidence plusieurs liens entre l'identité et l'anorexie qu'il est possible de diviser en deux grandes catégories : la première aborde les liens entre l'anorexie et l'identité en tant que processus développemental inscrit dans les relations sociales et, la deuxième comprend les études qui associent la portion psychosexuelle de l'identité (genre) et l'anorexie.

Processus développemental et relations sociales

Il semble que la période adolescente par ses enjeux spécifiques : développement de l'identité (qui suis-je?) et de l'estime de soi (que vaudrais-je?), poussent les individus à se questionner sur ce qu'ils sont et ce qu'ils souhaitent devenir (Erikson 1968, 1994). Toutefois, au même moment, surviennent des changements corporels et cognitifs majeurs qui viennent chambouler la perception de soi jusque-là relativement stable depuis l'enfance (Englebert *et al.*, 2019). Ces bouleversements combinés à l'importance accrue accordée aux relations avec les pairs et au regard d'autrui typique de l'adolescence (Erikson, 1968), les rendent particulièrement sensibles aux changements corporels et aux commentaires émis à propos de leur corps. Chez les jeunes qui ont une faible estime de soi ou qui vivent une insatisfaction corporelle, les troubles alimentaires et plus particulièrement, l'anorexie sont susceptibles de se développer (Bouguettaya *et al.*, 2019 ; Englebert *et al.*, 2019 ; Ison et Kent, 2010 ; Kusina et Exline, 2019). Or parmi les études qui ont recensé ces liens, on note certaines limites et certains biais. Certains échantillons ne comprenaient pas de participant de sexe féminin et ne présentaient pas ou peu de diversité au niveau de l'ethnicité. (Bouguettaya *et al.*, 2019 ; Englebert *et al.*, 2019). Également, il est relevé un taux élevé d'attrition des participants à l'étude dans un article, affectant du même coup la portée des résultats (Bouguettaya *et al.*, 2019).

Les auteurs (Cornelius et Blanton, 2016; Esposito, Cieri, Giannantonio et Tartaro, 2018; Woerwag-Mehta et Treasure, 2008; Young, 2010) qui soulignent les enjeux développementaux propres à l'adolescence comme étant directement liés à l'étiologie de l'anorexie ouvrent toutefois la voie à des interventions qui ciblent le développement identitaire et favorise une estime de soi positive et saine. À titre d'exemples, redéfinir l'identité de l'individu à partir de son identité anorexique, créer un lien thérapeutique, préférer une identité axée sur la santé en définissant des buts, objectifs et aspirations au détriment du diagnostic sont des cibles prometteuses qui touchent des enjeux développementaux cruciaux (Corning et Heibel, 2016). Ces éléments sont cohérents avec ce que mentionnent Conti et ses collaborateurs (2020) dans leur recension des études qualitatives soit la nécessité de mieux analyser le processus de rétablissement de l'anorexie en fonction des enjeux développementaux propres à l'adolescence et aux jeunes adultes, notamment, le développement identitaire.

Deuxièmement, il est possible d'associer l'étiologie de l'anorexie au développement psychosexuel et à l'identité de genre. Ces études soutiennent l'hypothèse en vertu de laquelle l'anorexie consisterait en une façon de rejeter la féminité et la sexualité féminine. Ces études (Diemer *et al.*, 2015; O'Connell, 2020 ; Sarner-Levin *et al.*, 2018) montrent que les jeunes ayant subi des victimisations sexuelles adopteraient des troubles de comportements alimentaires pour éviter de développer les formes féminines qui accompagnent la puberté et ainsi échapper à une forme de prédation. Dans un autre registre (Diemer *et al.*, 2015; O'Connell, 2020) les personnes nées femmes qui n'adhèrent pas à cette identité de genre seraient plus enclines que les femmes cisgenres à développer de l'anorexie en raison du rejet des caractéristiques corporelles associées au sexe féminin (Golse, 2017; Sarner-Levin *et al.*, 2018). Finalement, de façon plus élargie, les attentes sociétales en matière de beauté et de minceur qui visent souvent (mais pas uniquement) les femmes contribueraient à imposer des standards qui ne reflètent pas la diversité corporelle influençant l'insatisfaction corporelle des femmes envers leur propre corps, et ce, en très bas âge (Englebert *et al.*, 2019 ; Kusina et Exline, 2019; Simone *et al.*, 2020).

Il importe de mentionner que certaines études (Diemer *et al.*, 2015; O'Connell, 2020 ; Sarner-Levin *et al.*, 2018; Simone *et al.*, 2020) qui associent la victimisation sexuelle et l'identité de genre à l'anorexie sont majoritairement composées de femmes dont la participation est volontaire (O'Connell, 2020; Sarner-Levin *et al.*, 2018). Ainsi, les troubles alimentaires répertoriés sont auto-révélés et peuvent être exagérés ou au contraire, minimisés. En outre, l'identification de la diversité des genres (les personnes transgenres homme/femme/queer/non-binaire) est parfois nébuleuse et variable entre les études compte tenu de la volonté des participants à ne pas s'identifier à un genre spécifique ou de la tendance de certaines études à étiqueter des personnes comme étant cisgenres sans prendre en compte le changement de sexe (Diemer, Grant *et al.*, 2015; Sarner-Levin *et al.*, 2018). Finalement, certaines études s'appuient sur des échantillons formés d'étudiants universitaires qui ne sont pas représentatifs de la population générale (Simone *et al.*, 2020).

Pour terminer, l'anorexie mentale est reconnue pour être un trouble difficile à traiter. Les faibles taux d'adhérence aux traitements sont inquiétants (Keel et Brown, 2010) et les conséquences de l'anorexie sont alarmantes (Goddard *et al.*, 2013). Ce constat illustre le fait que les traitements existants comportent certaines lacunes et qu'ils ne correspondent pas nécessairement aux besoins de la clientèle (Duffy *et al.*, 2022). Également, il existe des discordances au niveau des études portant sur le rétablissement des troubles de conduite alimentaire. En effet, très peu d'étude s'attarde aux aspects psychologiques pour statuer sur la rémission du patient. (Conti *et al.*, 2020; De Vos *et al.*, 2017). À ce jour, l'approche médicale domine lorsqu'il est question d'anorexie mentale, ainsi les indicateurs de rémissions sont davantage axés sur la santé physique comme l'IMC, l'arrêt de l'aménorrhée et les fonctions vitales. Ce faisant, la perception des personnes atteintes d'anorexie est peu considérée en ce qui a trait à la rémission (De Vos *et al.*, 2017). Ainsi, la compréhension du lien entre l'étiologie de l'anorexie et la place qu'elle prend dans le concept de soi (identité) d'une personne s'avère prometteuse pour favoriser le rétablissement. En effet, bien que les études recensées comportent certaines lacunes et sont peu nombreuses, il est plausible de penser, compte tenu des liens qui existent entre les enjeux identitaires et l'anorexie, que l'identité est un filon porteur de signification pour le rétablissement. Cela dit, en plus des limites des études recensées, la présente démarche comporte également

certaines lacunes. En effet, la définition au sens large de l'identité comme englobant la perspective psychosexuelle ou même l'estime de soi, peut être débattue. De plus, il est difficile de discerner les études qui portent strictement sur l'étiologie de celles qui abordent également le rétablissement et le traitement. La confluence entre l'étiologie et le rétablissement dans la littérature se répercute indubitablement dans cette démarche et impose d'interpréter les résultats de cet essai (dévolu à l'étiologie de l'anorexie) avec prudence.

Implication de la psychoéducation

Le trouble alimentaire peut être perçu comme une difficulté adaptative et impose de prendre en compte les caractéristiques de l'individu, ses forces, ses ressources individuelles (PAD) en relation avec son environnement (PEX). Les résultats de cet essai soulignent l'importance de considérer la perception de l'individu de son trouble et de la place qu'il occupe dans sa définition de soi. Ceci s'avère particulièrement pertinent pour les psychoéducateurs dont les schèmes relationnels véhiculés par la profession amènent à considérer la personne dans sa totalité et que cette totalité ne se limite pas à son trouble ou à ses symptômes. Dans cette lignée, l'intervention psychoéducatrice est toute indiquée pour mettre l'accent sur le développement identitaire sain avec des interventions centrées sur la connaissance de soi, la sensibilisation quant à l'impact des normes sociétales comme les commentaires sur l'apparence physique et la valorisation de l'acceptation de soi (Cornelius et Blanton, 2016).

Conclusion

En conclusion, le présent essai a permis de mettre en lumière l'importance du concept identitaire lorsqu'il est question d'anorexie mentale. En effet, les articles consultés ont permis de constater que plusieurs aspects de l'identité viennent jouer sur le développement d'un trouble des conduites alimentaires tels que l'estime de soi, identité de genre, identité sexuelle et même l'orientation sexuelle. Également, l'adolescence qui est l'une des périodes culminantes pour la construction identitaire coïncide également avec la période où l'anorexie mentale est le plus prévalente (Erikson, 1994). Bien que certains articles associent l'identité, la puberté et l'anorexie mentale, peu d'entre eux exploitent cette association dans la mise en place de traitements dédiés à ce trouble (Keel et Brown, 2010). Ainsi, cette recension des écrits a permis de mettre en évidence l'importance de considérer l'identité lorsqu'il est question d'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale. Bien que plusieurs traitements spécialisés pour ce trouble, le taux d'adhérence demeure très bas ainsi que le taux de rémission (Duffy *et al.*, 2022). En outre, compte tenu que l'anorexie peut influencer le processus identitaire de l'adolescent, il est nécessaire de poursuivre les recherches à cet effet afin d'enrichir les connaissances à ce sujet et donc de contribuer quant à l'avancement des pratiques psychoéducatives.

Références

- American Psychiatric Association. (2016). Mini DSM-5 : Critères diagnostiques. (P. Boyer, M-A. Crocq, J.D. Guelfi, C. Pull et M-C. Pull-Erpelding, trad.). France : Elsevier Masson S.A.S. (Ouvrage original publié en 2013 sous le titre *The Pocket Guide to the DSM-5: Diagnostic Exam*. University of Michigan, MI, USA: Academic Psychiatry).
- Arnett, J. J. (2018). Conceptual foundations of emerging adulthood. In *Emerging adulthood and higher education* (pp. 11-24). Routledge
- Association Canadienne d'éducation de langue française (ACELF). (2011). *Comprendre la construction identitaire*. Repéré à https://acelf.ca/wp-content/uploads/2021/04/CCI-F1-4_ressource.pdf
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 61, 425-435.
- Bailer, U. F., Narendran, R., Frankle, W. G., Himes, M. L., Duvvuri, V., Mathis, C. A. et Kaye, W. H. (2012). Amphetamine induced dopamine release increases anxiety in individuals recovered from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 263-271.
- Baril, A. (2017). Trouble dans l'identité de genre: le transféminisme et la subversion de l'identité cisgenre: une analyse de la sous-représentation des personnes trans* professeur-es dans les universités canadiennes. *Philosophiques*, 44(2), 285-317.
- Barth, F. D. (2021). Transitions, Eating Disorders, and Changing Selves: Interlocking Psychodynamics of Identity, Self, Life Changes, and Eating Disorders. *Psychoanalytic Social Work*, 28(1), 1-24.
- Berzoff, J. (2011). Psychosocial ego development: The theory of Erik Erikson. *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts*, 97, 118.
- Bezance, J. et Holliday, J. (2013). Adolescents with anorexia nervosa have their say: a review of qualitative studies on treatment and recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 352-360.
- Bolduc, D., Steiger, H. et Leung, F. (1993). Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal. *Santé Mentale au Québec*, 18, 183-196.

- Bouguettaya, A., Klas, A., Moulding, R., King, R. et Knight, T. (2019). Perfectionism as a social identity in eating disorders: A qualitative investigation of identity navigation. *Australian Psychologist, 54*(4), 347-357
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic Cultures: A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. London: Routledge.
- Bruch, H. (1994). *Conversations with Anorexics: Compassionate and Hopeful Journey through the Therapeutic Process*. Jason Aronson, Incorporated.
- Burke, N. L., Schaefer, L. M., Hazzard, V. M. et Rodgers, R. F. (2020). Where identities converge: The importance of intersectionality in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders, 53*(10), 1605-1609. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.23371>
- Carretier, E., Blanchet, C., Moro, M. R. et Lachal, J. (2021). Scoping review des stratégies de prise en charge du trouble dépressif caractérisé comorbide d'une anorexie mentale à l'adolescence. *L'Encéphale, 47*(1), 72-78.
- Conti, J. E., Joyce, C., Hay, P., & Meade, T. (2020). "Finding my own identity": a qualitative metasynthesis of adult anorexia nervosa treatment experiences. *BMC psychology, 8*(1), 1-14.
- Cornelius, T. et Blanton, H. (2016). The limits to pride: A test of the pro-anorexia hypothesis. *Eating disorders, 24*(2), 138-147.
- Corning, A. F. et amp; Heibel, H. D. (2016). Re-thinking eating disorder prevention: the case for prioritizing the promotion of healthy identity development. *Eating Disorders, 24*(1), 106–13. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1034057>
- Culbert, K. M., Racine, S. E. et Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141-1164.
- Del Giudice, M. (2014). An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry, 25*(3-4), 266-300.
- De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T. et Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders, 5*(1), 1-14.
- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A. et Duncan, A. E. (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health, 57*(2), 144-149.

- Doba, K. et Nandrino, J. (2015). Chapitre 9. Les thérapies familiales systémiques dans l'accompagnement de l'anorexie mentale : évaluation du fonctionnement familial et de l'efficacité des thérapies familiales. Dans : Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 285-321). Paris: Dunod. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0285>
- Duffy, M. E., Lieberman, A., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., Bardone-Cone, A. M. et Joiner, T. E. (2022). Identity problems and suicidal ideation severity among women with bulimic-spectrum pathology. *Personality disorders : Theory, Research, and Treatment*, 13(1), 24-29. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/per0000466>
- Englebort, J., Minguet, E., Helinski, A., Blavier, A., Zdrojewski, C., Stiefel, F., Domine, F., Gebhard, S., Castellini, G., Ricca, V., Mancini, M. et Stanghellini, G. (2019). Anorexia nervosa and eating disorders from a phenomenological perspective: A French version of the IDentity and EAting disorders (IDEA) questionnaire. *Evolution Psychiatrique*, 84(4), 605-616. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2019.07.005>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. W. W. Norton and Company.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. WW Norton & Company.
- Esposito, R., Cieri, F., di Giannantonio, M. et Tartaro, A. (2018). The role of body image and self-perception in anorexia nervosa: The neuroimaging perspective. *Journal of Neuropsychology*, 12(1), 41-52. <https://doi.org/10.1111/jnp.12106>
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. et Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for research and therapy, 41(5), 509-528.
- Faw, M. H., Davidson, K., Hogan, L. et Thomas, K. (2021). Corumination, diet culture, intuitive eating, and body dissatisfaction among young adult women. *Personal Relationships*, 28(2), 406-426.
- Findlay, S., Pinzon, J., Taddeo, D., Katzman, D. K., Canadian Paediatric Society, & Adolescent Health Committee. (2010). Family-based treatment of children and adolescents with anorexia nervosa: Guidelines for the community physician. *Paediatrics & Child Health*, 15(1), 31-35.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. et Tavalacci, M. P. (2019). Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. *Nutrition Clinique Et Métabolisme*, 33(1), 112-112. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.01.436>

- Garner D. M. et Garfinkel P. E. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, USA : Guilford Press.
- Gauvin, L., Steiger, H. et Brodeur, J-M. (2009). Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: Contributions toward a population health perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 158-165.
- Goddard, E., Hibbs, R., Raenker, S., Salerno, L., Arcelus, J., Boughton, N., Connan, F., Goss, K., Laszlo, B. et Morgan, J. (2013). A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-14.
- Golse, B. (2017). Identité sexuée ou sexuelle, développement et racines précoces de la bisexualité psychique. *Imaginaire & Inconscient*, 39, 15-31. <https://doi.org/10.3917/imin.039.0015>
- Gouvernement du Québec (2018). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017: Tome 2 – L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Grzywna, A. (2016). Anorexia Narratives: Stories of Illness & Healing. *Intima : Journal of medicine*.
- Helfer, J., Favaro, A. et Ambresin, A.-E. (2016). Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente. *Rev Med Suisse*, 12, 1129-113
- Hill, S. E., Rodeheffer, C. D., DelPriore, D. J. et Butterfield, M. E. (2013). Ecological contingencies in women's calorie regulation psychology: A life history approach. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(5), 888-897.
- Ison, J. et Kent, S. (2010). Social identity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 475-485. <https://doi.org/10.1002/erv.1001>
- Jovanovski, N. (2017). Femininities-Lite: Diet Culture, Feminism and Body Policing. In *Digesting Femininities* (pp. 59-101). Palgrave Macmillan, Cham.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of health & illness*, 31(2), 278-299.
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A. et Grierson, D. (2010). General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(6), 519-527.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.

- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, *164*(8), 1259-1265
- Kroger, J., & Marcia, J. E. (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. In *Handbook of identity theory and research* (pp. 31-53). Springer, New York, NY.
- Kusina, J. R. et Exline, J. (2019). Beyond body image: A systematic review of classroom-based interventions targeting body image of adolescents. *Adolescent Research Review*, *4*(3), 293-311.
- Labonté, T. et Paquette, D. (2018). La restriction alimentaire et l'anorexie mentale sous l'angle des théories évolutionnistes. *Revue de psychoéducation*, *47*(2), 357-382. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1054065ar>
- Lannegrand-Willems, L. (2017). La construction identitaire à l'adolescence : quelle place pour les émotions. *Les Cahiers Dynamiques*, *71*(3), 60-66. <https://doi.org/10.3917/lcd.071.0060>
- Lozano, G. A. (2008). Obesity and sexually selected anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*, *71*(6), 933-940.
- Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. In *Identité(s)* (pp. 28-36). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0028>
- National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- National Institute of Mental Health. (2018). *Eating Disorders: About more than food*. Repéré à <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorder>
- Nunn, K., Lask, et Frampton, I. (2011). Towards a comprehensive, causal and explanatory neuroscience model of anorexia nervosa. *Eating disorders and the brain*, 164-179.
- O'Connell, L. J. (2020). *Being and doing anorexia nervosa: An exploration of diagnosis, identity-work, and performance of illness* (Doctoral dissertation, University of Essex).
- Pauzé, R. et Charbouillot, B. (2001). Intervenir auprès des adolescents anorexiques, de leur famille et de leur réseau social de soutien. Dans Ramonville (dir.), *L'anorexie chez les adolescentes* (89-133). Toulouse, France : Érès.
- Petitpas, J. et Jean, A. (2011). *Comprendre les troubles alimentaires: manuel de l'intervenant*. La Boîte à livres éditions.

- Powers, P. S. et Santana, C. A. (2002). Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 219-235. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(01\)00005-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1056-4993(01)00005-0)
- Rich, E. (2006). Anorexic dis (connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of health & illness*, 28(3), 284-305.
- Ringer, A. et Holen, M. (2016). “Hell no, they’ll think you’re mad as a hatter”: Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health*., 20(2), 161-175.
- Sarner-Levin, K., Bonne, O. et Lerer, B. (2018). Anorexia nervosa, selflessness, and gender-role identity: A study of daughters and parents. *Israel Journal of Psychiatry*, 55(1), 25-34.
- Schachter, E. P. (2018). Intergenerational, Unconscious, and Embodied: Three Underdeveloped Aspects of Erikson’s Theory of Identity. *Identity*, 18(4), 315-324. <https://doi.org/10.1080/15283488.2018.1523731>
- Simone, M., Askew, A., Lust, K., Eisenberg, M. E. et Pisetsky, E. M. (2020). Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. *International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 513-524.
- Sowińska-Przepiera, E., Patalong-Wójcik, M., Andrysiak-Mamos, E., Starzyński, D., Przystalski, M. et Syrenicz, A. (2019). Eating disorders-anorexia as an interdisciplinary problem. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(2), 113-122.
- Statistique Canada. (2015). Section D : Troubles des conduites alimentaires. *Une mise à jour (novembre 2015)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectiond-fra.htm>
- Steiger, H. et Bruce, K. R. (2008). Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans P. H. Blaney, T. Millon et R. D. Davis (dir.), *Oxford textbook of psychopathology* (p. 463-486). New-York, NY: Oxford University Press.
- Treasure, J. et Campbell, I. (1994). The case for biology in the aetiology of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 24(1), 3-8.
- Woerwag-Mehta, S. et Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 147-151
- Young, J. K. (2010). Anorexia nervosa and estrogen: current status of the hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(8), 1195-1200.

- Zandersen, M. et Parnas, J. (2019). Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 106-113. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx183>
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 9, 158.
- Zink, C. F. et Weinberger, D. R. (2010). Cracking the moody brain: the rewards of self starvation. *Nature Medicine*, 16(12), 1382-1383.

Appendice A

Tableau présentant les facteurs précipitants, prédisposant et de maintien de l'anorexie mentale

Prédisposant	Gènes Effets épigénétiques Complications obstétriques Prématurité Difficulté d'être nourrit dans l'enfance	Troubles anxieux Déficits cognitifs Faible estime de soi Perception de soi négative Évitement	Isolement Occupation (ballet, athlète) Abus Parent surprotecteur Défis d'attachement
Précipitant	Puberté	Stress Diète	Évènement marquant Valeur
Contribuant	Faible niveau de dopamine Changements gastro-intestinaux Faible taux BDNF Altération de l'axe HPA	TOC Rigidité cognitive Anxiété Dépression	Dynamique familiale Isolement social Difficulté d'expression des émotions

(Woerwag-Mehta et Treasure, 2008 pp. 148)

Appendice B

Démarche de la recension des écrits

Psychinfo	social identification social identities social identity identity crisis self concept Egodystonicity	eating disorders	Âge : 13-29 ans Année de publication : 2015-2021	Abstract	AB ("social identit*" OR "identit* crisis" OR "self concept*" OR "selfconcept*" OR "self-concept*" OR "egodystonicity") AND AB (eating disorders)	22
Medline	social identification social identities social identity identity crisis self concept Egodystonicity	eating disorders anorexia anorexia nervosa	Âge : 13-24 ans Date de publication : 2010-2021	Abstract	AB ("social identit*" OR "identit* crisis" OR "self concept*" OR "selfconcept*" OR "self-concept*" OR "egodystonicity") AND AB (eating disorders or anorexia or)	24
Érudit	Concept de soi Crise identitaire Identité Égodystone	Troubles alimentaires Anorexie	Date de publication : 2010-2021 Langue : Anglais français	Titre, résumé, mots clés	(Titre, résumé, mots-clés : "concept de soi" ou " crise d'identité" ou "identité" ou " perception de soi") OU (Tous les champs : égodystone) ET (Titre, résumé, mots-clés : anorexie) OU (Titre, résumé, mots-clés : "troubles alimentaires") ET (Publié entre 2010 et 2022) ET (Types de publication : ['Article', 'Thèses']) ET (Types d'articles savants : ['Article', 'Compte rendu']) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB'])	10
Google scholar	social identity identity crisis	Anorexia nervosa	Date de publication: 2018-2021	titre	TI ("social identity*" OR "identity* crisis") AND TI anorexia nervosa	47

Appendice C

Arbre décisionnel



