

L'AVENIR: INTÉGRER LA PRÉVENTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DANS LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

Magali Volery, psychologue et diététicienne, coordinatrice du Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie (www.ccnp-ge.ch) à Genève

La prévention des troubles alimentaires est peu développée actuellement en Suisse. Associer la prévention de l'anorexie et de la boulimie à celle de l'obésité est une proposition pertinente à plus d'un titre: les intérêts sont multiples, comme le démontre cet article.

PREMIER INTÉRÊT: UN PUBLIC CIBLE DONT LE POINT COMMUN EST LA PRÉOCCUPATION DU POIDS

L'insatisfaction corporelle ne touche pas que les personnes souffrant d'anorexie et de boulimie, la préoccupation du poids est omniprésente dans notre société. Près de la moitié des Européens aimerait être plus mince. En Suisse, chez les 14-17 ans, 62% des filles souhaitent maigrir et 77% se trouvent trop grosses (Narring N. & al. 2004). Chez les adultes (OFS 2004), 35% de la population est insatisfaite de son poids. En France, parmi les femmes de poids normal, 51% suivent un régime et parmi les femmes en excès de poids non obèses, 64% sont au régime parce qu'elles se trouvent trop rondes (Hubert A. & al. 2004).

Le régime amaigrissant est la réponse la plus populaire pour perdre du poids¹. Modifier intentionnellement et souvent temporairement ses habitudes alimentaires pour perdre du poids est la porte d'entrée la plus classique pour tomber dans un trouble alimentaire. Depuis les années nonante, les données scientifiques sont sans équivoque: face au surpoids, en suivant un régime, même équilibré, seuls 5 % des gens arrivent à perdre 5% de leur poids au-delà de cinq ans (Anderson J.W. & al. 2001; Douketis J.D. & al. 2005; Neumark-Sztainer D. & al. 2007; Phelan S. & al. 2003; Sacks F. & al. 2009; Summerbell C.D. & al. 2009). Les régimes sont inefficaces pour perdre du poids à long terme. La pratique des régimes amaigrissants favorise la prise pondérale et aggrave, voire induit des troubles du comportement alimentaire. Suivre un régime peut aussi avoir des conséquences sur la génération suivante. Les mères au régime ont plus de risque d'avoir des enfants présentant des troubles alimentaires ou des problèmes d'obésité.

DEUXIÈME INTÉRÊT: DES MESSAGES PERTINENTS CONTRE L'OBÉSITÉ ET LES TROUBLES ALIMENTAIRES

Promouvoir l'abandon des régimes amaigrissants auprès de la population et des professionnels est un message de santé publique de lutte à la fois contre les troubles alimentaires et l'obésité.

Le canton de Genève, en suivant l'avis d'un ensemble d'experts, s'est engagé à diffuser un message pour remplacer les régimes amaigrissants par une bonne hygiène de vie: «Maigrir fait grossir» est l'un des slogans du programme «Marchez et mangez malin!» du Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention, coordonné par le Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé et soutenu par Promotion Santé Suisse. Le message est accompagné de la mention: «Les «régimes-miracle» font grossir à long terme dans 95% des cas à cause de l'effet «yo-yo». En faisant un régime, on perd du poids. Dès l'arrêt du régime, on reprend davantage de poids. En cas de surpoids ou d'obésité, les «régimes-miracle» ne sont pas une solution. «Marchez et mangez malin!» est une bien meilleure solution »

Les effets visés par ce message sont, d'une part, de limiter la pratique de régimes amaigrissants au niveau individuel, et d'autre part, de diminuer l'offre de régimes amaigrissants, notamment celle des professionnels qualifiés, pour contribuer à l'amélioration de notre cadre de vie (Débenay E. & al., 2007).

L'exemple du canton de Genève est éloquent, la prévention de l'obésité en Suisse pourrait inclure davantage de messages essentiels pour lutter contre la préoccupation du poids et l'insatisfaction corporelle, communes à l'obésité et aux troubles alimentaires.

En revanche, les messages classiques des programmes de lutte contre l'obésité comme: «Manger cinq fruits et légumes par jour» ou «Pour votre santé, éviter de manger trop gras,

¹ Définition d'un régime d'après la Société canadienne de pédiatrie

trop sucré, trop salé» questionnent certains spécialistes². Diffuser de tels messages ne reviendrait-il pas à encourager l'ensemble de la population à contrôler son alimentation, voire à se restreindre?

Il a été clairement décrit que, chez des sujets préoccupés par leur apparence physique, contrôler et restreindre son alimentation peut induire des sentiments de restriction et de frustration. Ce qui peut entraîner, à plus ou moins long terme, des troubles alimentaires tels que compulsions alimentaires, grignotages intempestifs, hyperphagie boulimique ou crises de boulimie (Fairburn, C. G. 1997). Les fluctuations pondérales qui résulteraient de ces comportements de restriction aboutiraient à aggraver l'épidémie d'obésité et tiendraient un rôle contre-productif par rapport aux objectifs des experts en prévention, tant pour l'obésité que pour l'anorexie ou la boulimie.



Photo : Interfoto

TROISIÈME INTÉRÊT: DES ACTIONS EFFICACES À LARGE SPECTRE (SHANKLAND R. 2009)

Essentiel à relever, il existe des actions de prévention efficaces et validées pour lutter à la fois contre les troubles alimentaires et le surpoids.

Une équipe américaine au Texas, sous la direction d'Eric Stice (Stice E. & al. 2008) a développé une méthode auprès des adolescents dans les établissements scolaires, efficace en termes de changement d'attitude et de comportement. L'objectif est de réduire le risque actuel ou futur de troubles du comportement et de surpoids. L'intervention est constituée de 4 séances d'une heure ou de 2 séances de deux heures en groupe de 6 ou 8 participants, à raison d'une séance par semaine sur un mois, centrée autour de la remise en cause de l'idéal de minceur de la société. Des exercices verbaux, écrits et comportementaux (création de slogans, d'affiches, par exemple), réalisés pendant et entre les séances ont pour objet de produire une dissonance cognitive réduisant l'intériorisation de l'idéal de minceur et orientant les participants vers l'intégration d'un idéal de santé. Suite à ce programme, les participants ont présenté

une réduction de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des symptômes boulimiques et des risques de surpoids, en adoptant des comportements de contrôle de poids adaptés, et cela maintenu au-delà d'un an après l'intervention.

Ce modèle d'intervention est basé sur la théorie de la dissonance cognitive de Festinger. Cette théorie postule que si un individu réalise librement des actions non conformes à ses croyances, cela produira un conflit interne et une remise en question de ses croyances. Il s'agit de produire une dissonance en réalisant des actions ou en développant des arguments allant à l'encontre de l'idéal de minceur véhiculé par les médias. Il n'est pas fait mention des troubles alimentaires eux-mêmes, étant donné qu'il a été démontré que l'apport d'informations sur les problèmes a un effet contre-productif. De telles interventions ont déjà été utilisées pour le sevrage tabagique et seraient utilisables dans d'autres champs de la prévention, comme la prévention du suicide ou l'abus d'alcool ou de drogues, par exemple.

Les interventions préventives de type didactique donnant des informations sur les troubles alimentaires (Mann T. & al. 1997) peuvent engendrer ou aggraver les troubles. Le fait de citer des moyens de contrôle du poids peut avoir un effet incitatif, provoquer une augmentation des préoccupations corporelles, rendre le trouble attractif ou encore produire une banalisation des comportements en question.

Les programmes de prévention non spécifiques aux troubles des conduites alimentaires et centrés sur le développement des compétences transversales, ont démontré leur efficacité. Ainsi des ateliers d'affirmation de soi, de résolution de problèmes, de prise de décision, de relations, permettent de renforcer l'autonomie et les capacités d'action des individus. Avec ce type d'interventions, on cible l'amélioration de l'estime de soi, de la gestion des émotions et des facteurs de résilience des jeunes.

En école primaire, trois axes pourraient être développés:

- La gestion des émotions
- L'éducation aux médias pour remettre en cause le modèle de minceur
- L'éducation à la diversité, afin de réduire l'expression de critiques et de jugements

Le clip «Je veux maigrir» (accessible à partir de www.youtube.com) a été réalisé par des jeunes pour des jeunes et primé en 2006 au festival Clap Santé Jeunes. En trois minutes, Claire Danlalune décrit toute la dérive des régimes amaigrissants chez les jeunes. Excellent!

² Voir le site du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids www.gros.org, par exemple

QUATRIÈME INTÉRÊT: DES PROFESSIONNELS LIÉS AUTOUR D'UNE PROBLÉMATIQUE COMMUNE

Aujourd'hui, parmi les professionnels de la santé, il y a un clivage: d'un côté, les troubles alimentaires et les médecins-psychiatres, de l'autre côté, l'obésité et les médecins-somatiques. De plus, on constate aussi un fossé entre les spécialistes de la promotion de la santé et les spécialistes du traitement. Développer une passerelle entre les professionnels de ces réseaux permettrait d'initier des réflexions communes et de créer de nouvelles idées.

Former et informer les professionnels est essentiel. La prévention des troubles alimentaires et du surpoids doit être de plus en plus intégrée aux formations de base des professionnels de la santé, du social, de l'éducation, du sport et de la restauration, afin que les connaissances et les pratiques des professionnels soient en adéquation avec les données scientifiques et contribuent à la diffusion des messages-clés.

Si vous êtes parents, donnez l'exemple, mangez et bougez régulièrement, prenez plaisir à partager des moments conviviaux à table. Si vous êtes préoccupés par votre apparence physique ou que vous valorisez souvent ouvertement la plastique des tops modèles à la télévision ou dans les magazines, cela témoigne de l'importance que vous accordez à l'apparence physique qui est un facteur de risque de développer un problème de comportement alimentaire.

Deux messages phares:

- La minceur n'est pas une valeur
- Les régimes ne marchent pas!

Que l'on soit mère, père, journaliste, enseignant, médecin, pharmacien, professionnel de la santé, cuisinier, entraîneur, nous nous devons de transmettre le même message pour faire valoir notre cohérence auprès des jeunes.

CINQUIÈME INTÉRÊT: UNE DÉTECTION SYSTÉMATIQUE PRÉCOCE

Lors des visites de santé dans les écoles, contrôler le poids et la taille d'un enfant et signaler un surpoids ou une obésité est un acte intégré dans les pratiques quotidiennes. Percevoir une insatisfaction corporelle ou une obsession de la minceur nécessite davantage de temps et d'écoute. L'observation de comportements inquiétants récurrents doit nous alerter.

Troubles alimentaires: quels sont les signes?

Voici quelques indices souvent associés à la survenue d'un trouble alimentaire:

- Insatisfaction corporelle
- Obsession de la minceur
- Préoccupation exagérée pour l'apparence physique
- Port de vêtements très amples ou de vêtements superposés
- Perte de poids importante
- Contrôle excessif de la nourriture
- Evitement complet de certaines catégories d'aliments
- Refus de manger des choses consommées auparavant
- Evitement des repas en famille ou des repas en public
- Obsession de l'exercice physique
- Utilisation de laxatifs pour se débarrasser de la nourriture
- Présence de vomissements après avoir mangé
- Diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi
- Retrait social, isolement

Si vous constatez l'apparition de ces signes chez une personne que vous fréquentez et si vous soupçonnez un trouble alimentaire, manifestez votre inquiétude, sans insister pour autant, suggérez-lui d'en parler à son médecin-traitant.

Il existe un questionnaire très court, le SCOFF, élaboré par une équipe de chercheurs à Londres permettant de déceler rapidement un problème de comportement alimentaire. Facile à utiliser, il pourrait être intégré dans les visites de santé systématique du cycle d'orientation, ou dans les clubs sportifs.

Les cinq questions du SCOFF (Morgan J.F. & al. 1999):

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois?
4. Pensez-vous que vous êtes gros/se alors que d'autres vous trouvent trop mince?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?

Si vous répondez oui à plus de deux questions, il est possible que vous souffriez d'anorexie ou de boulimie.

DERNIER INTÉRÊT: LE FINANCEMENT POTENTIEL ET L'ATTENTION DES POU- VOIRS PUBLICS

Aujourd'hui, la prévention de l'obésité est une priorité de santé publique. En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a été jusqu'à qualifier l'obésité d'épidémie, alors qu'à priori c'est une maladie non contagieuse. La prévalence de l'obésité en Suisse est de 10 à 15% de la population, environ une personne sur dix présente une obésité. En France ou

dans d'autres pays européens, les taux sont aux environs de 20% alors qu'aux États-Unis, certains États affichent une prévalence jusqu'à plus de 30%, une personne sur trois souffre d'obésité. Ces chiffres alarmants ainsi que l'impact connu de l'obésité sur les maladies cardio-vasculaires, le diabète et certains cancers ont orienté l'utilisation de fonds publics pour lutter contre cette problématique de santé.

Le taux de personnes souffrant de troubles alimentaires est bien en-dessous des chiffres de l'obésité. C'est pourquoi il est rare de voir les pouvoirs publics financer des actions de prévention ciblant directement l'anorexie ou la boulimie. Dans ce contexte, l'accès à des financements, pour la prévention des troubles alimentaires, pourrait être possible en s'associant à la prévention de l'obésité. Avis aux professionnels et aux décideurs!

POUR RÉSUMER

Il est essentiel de communiquer l'avancée des recherches dans le champ de la prévention pour que les acteurs soient informés, de même que les pouvoirs publics, afin de favoriser le financement et la mise en place d'actions efficaces validées. Il s'agit d'un domaine à investir davantage afin de permettre une réduction de l'incidence des troubles de l'alimentation et du surpoids.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé et de prévention des troubles alimentaires et du surpoids, certains axes sont à travailler en priorité:

- Le développement de la prise de conscience de ses émotions et des capacités de gestion de celles-ci.
- La capacité à exprimer ses besoins et ses émotions, le développement d'expériences corporelles positives, l'amélioration de l'estime de soi, la critique des modèles sociétaux superficiels et le renforcement des comportements de santé.

Les résultats apportés par les programmes fondés sur la dissonance cognitive en font un modèle de prévention qui gagnerait à être utilisé pour d'autres actions visant la modification des attitudes et des comportements comme la réduction du tabagisme, de l'abus d'alcool, des rapports sexuels non protégés, etc.

Le développement de projets permettant de prévenir l'obésité tout en réduisant le risque de troubles alimentaires serait à considérer comme une priorité.

Bibliographie:

- (1) Anderson J.W. & al. (2001) Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. Nov; 74(5) : 579-584.
- (2) Anderson JW & al. (2001) Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. Nov; 74(5): 579-584.
- (3) Débenay E. & al. (2007) - *Rapport stratégique du Plan*

cantonal de promotion de la santé et de prévention du canton de Genève - Service de promotion de la santé et de prévention, Direction générale de la santé, Département de l'économie et de la santé, Etat de Genève, Suisse.

(4) Douketis J.D. & al. (2005) – Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults : clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29: 1153-1167.

(5) Fairburn, C. G. (1997) *Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. In Handbook of Treatment for Eating Disorders (2nd edn) (eds D. M. Garner & P. E. Garfinkel), pp. 278-294. New York: Guilford.

(6) Hubert A. & al. (2004) – Corps de femmes sous influence. Questionner les normes – *Les Cahiers de l'Ocha* N°10, Paris.

(7) Mann T. & al. (1997). Are two interventions worse than none ? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.

(8) Morgan J.F. & al. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468

(9) Narring N. & al. (2004) - Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002) – *SMASH 2002 – Swiss multicenter adolescent survey on health 2002*, Lausanne.

(10) Neumark-Sztainer D. & al. (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II : a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc* 107 : 448-455.

(11) Office fédéral de la statistique OFS (2004) – *Enquête suisse sur la santé 2002 – ESS 2002*, Neuchâtel.

(12) Phelan S. & al. (2003) Recovery from relapse among successful weight maintainers. *Am J Clin Nutr*. Dec; 78(6): 1079-1084.

(13) Sacks F. & al. (2009) – Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 360 :859-873.

(14) Shankland R. (2009). *Les troubles du comportement alimentaire*. Coll. les topos, ed. Dunod, Paris.

(15) Stice E. & al. (2008). Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 9, 114-128.

(16) Summerbell C.D. & al. (2009) - The association between diet and physical activity and subsequent excess weight gain and obesity assessed at 5 years of age or older: a systematic review of the epidemiological evidence. *Int J Obes (Lond)*. Jul ;33 Suppl 3 :S1-92.

Courriel:

magali.volery@ccnp-ge.ch