

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

AUTEUR

Thérèse **LEBACQ**

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Des remerciements particuliers sont adressés :

Aux participants et aux enquêteurs pour leur participation à l'enquête ;

À Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart et Sofie Van den Abeele pour la préparation et l'organisation du travail de terrain, ainsi que pour leur contribution à la gestion des données collectées ;

À Ledia Jani pour son travail organisationnel et logistique lors de l'enquête, de même que pour la mise en page de ce rapport ;

À Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérèse Lebacq, Cloë Ost et Eveline Teppers pour le travail de gestion et d'analyse des données collectées.

Pour toute référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante :

Lebacq T. Troubles du comportement alimentaire. Dans : Lebacq T, Teppers E (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	279
1. Introduction	280
2. Instruments	281
2.1. Questions	281
2.2. Indicateurs	282
3. Résultats	283
3.1. Prévalence des troubles du comportement alimentaire	283
3.2. Score moyen pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A)	284
3.3. Score moyen pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B)	285
4. Discussion	286
5. Tableaux	288
6. Bibliographie	292

RÉSUMÉ

Ce module a pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire en Belgique et d'étudier les relations possibles entre la présence de ces troubles et l'état nutritionnel des individus. Pour ce faire, l'outil *Eating Attitudes Test* (EAT), se focalisant sur l'identification de sept symptômes particuliers, a été utilisé comme instrument de mesure. Cet outil combine deux composantes, l'une visant à identifier la présence de symptômes de restriction alimentaire (associés à l'anorexie) et la seconde cherchant à déterminer la présence de symptômes de préoccupation alimentaire (associés à la boulimie), au sein de la population.

En Belgique, en 2014, près de 4 % de la population âgée de 10 à 64 ans pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire, tels que l'anorexie ou la boulimie. Cette proportion est similaire chez les hommes et chez les femmes. Les adolescents âgés de 14 à 17 ans sont les plus nombreux (6 %) à présenter ce type de troubles. Un gradient décroissant est ensuite observé en fonction de l'âge. Chez les hommes, cependant, la proportion la plus élevée est observée chez les adolescents plus jeunes, âgés de 10 à 13 ans (7 %). Au sein de la population, les personnes en situation de carence pondérale sont plus nombreuses à courir le risque de souffrir de tels troubles (16 % contre 3 à 4 % dans les autres catégories d'IMC). Au niveau socio-économique, enfin, le pourcentage de troubles observé chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long s'avère nettement inférieur (2 %) à celui observé chez les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur (4 %).

L'analyse complémentaire des deux composantes de l'EAT (restriction alimentaire et préoccupation alimentaire) montre que celles-ci sont significativement associées à l'indice de masse corporelle, de manière opposée. Ainsi, le niveau moyen de restriction alimentaire est le plus élevé pour les personnes en situation de carence pondérale et diminue ensuite chez les personnes ayant un statut pondéral normal et celles étant en surpoids. A l'inverse, le niveau moyen de préoccupation alimentaire est le plus élevé pour les personnes en surpoids et obèses ; celui-ci est inférieur chez les personnes ayant un IMC normal et diminue encore chez les individus en situation de carence pondérale.

1. INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire se caractérisent par un mal-être en rapport à l'alimentation. Ces troubles sont associés à des émotions, des attitudes et des comportements extrêmes vis-à-vis du poids corporel et des questions alimentaires (1). Différentes formes de troubles du comportement alimentaire existent (2) :

- l'anorexie mentale : les personnes touchées par ce trouble ont une peur intense de prendre du poids, malgré une insuffisance pondérale ; elles cherchent à garder un poids faible ou à perdre continuellement du poids, en ayant recours à des restrictions alimentaires drastiques, une activité physique intense ou d'autres stratégies (vomissement, utilisation de laxatifs) ;
- la boulimie : ce trouble est caractérisé par des épisodes réguliers d'ingestion excessive d'aliments, suivis de comportements compensatoires (vomissement, utilisation de laxatifs, jeûne, activité physique intense) visant à éviter la prise de poids ;
- les troubles atypiques (« eating disorder not otherwise specified ») : ces troubles du comportement alimentaire sont assez proches de l'anorexie mentale et de la boulimie mais sont considérés comme atypiques car ils ne rencontrent pas l'ensemble des critères de diagnostic de ces derniers.

De multiples facteurs – biologiques, psychologiques et socioculturels – peuvent être à la source du développement de troubles du comportement alimentaire (3). Plus particulièrement, le fait d'être exposé à un idéal de minceur, l'internalisation de cet idéal et les préoccupations à l'égard de son poids qui en résultent constituent des facteurs psychosociaux fréquemment évoqués dans les études portant sur les troubles du comportement alimentaire (4).

Les adolescents et les jeunes adultes constituent des groupes particulièrement sensibles à la problématique des troubles du comportement alimentaire. Bien que la prévalence de ces troubles – estimée à partir d'études de population – soit relativement faible (0,5 à 1,0 % pour l'anorexie et 0,5 à 3,0 % pour la boulimie), ceux-ci ont un impact sévère et dramatique sur les personnes qui en souffrent (5). Les troubles du comportement alimentaire sont, en effet, à la source de problèmes psychosociaux et physiques sérieux (6). Ils sont également associés à un taux élevé de complications médicales, de comorbidité, de mortalité et de suicide (5). Les traitements médicaux qui s'en suivent possèdent un coût économique important, renforçant encore l'intérêt des actions de prévention (1;6).

Dans ce contexte, l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avait pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire en Belgique et d'étudier les relations possibles entre la présence de ces troubles et l'état nutritionnel des individus.

2. INSTRUMENTS

2.1. QUESTIONS

L'évaluation des troubles du comportement alimentaire ne faisait pas partie de l'enquête de 2004 ; cette thématique a été intégrée à la présente enquête car elle est étroitement liée à l'alimentation et au statut pondéral des individus. Différents outils existent afin d'identifier la proportion de personnes susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire au sein d'une population. Ceux-ci cherchent généralement à identifier, sur base d'une échelle de dépistage, une série – plus ou moins longue – de symptômes particuliers chez les personnes interrogées. A titre d'exemple, le *SCOFF* – utilisé dans le cadre de l'enquête de santé – est une échelle de dépistage constituée de cinq questions (7) ; l'*Eating Attitudes Test* est un outil constitué de 40, 26, 12 ou 7 items, selon les versions (2) ; et le questionnaire *Eating Disorders Examination* (EDE-Q) comporte une série de 36 items (8).

Dans le cadre de l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, l'*Eating Attitudes Test* (EAT), développé initialement par Garner and Garfunkel en 1969 (9), a été utilisé comme instrument de mesure afin d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire dans la population. La version utilisée dans la présente enquête se base sur l'identification de sept symptômes particuliers. Il permet d'indiquer l'éventuelle présence de ces symptômes chez les participants sans toutefois poser un diagnostic de l'existence de troubles alimentaires précis. La validité, la fiabilité et la sensibilité de cet instrument comme outil de dépistage (*screening*) des troubles du comportement alimentaire à des fins non cliniques ont été reconnues scientifiquement (2). Les outils de dépistage ont néanmoins pour défaut de surestimer la fréquence des troubles étudiés (7). L'utilisation d'un tel outil est, en effet, supposée être suivie, dans une seconde phase, par une interview visant à établir un diagnostic confirmatoire (8).

Les questions relatives aux troubles du comportement alimentaire se trouvaient dans le « questionnaire santé » auquel les participants (adolescents et adultes âgés de 10 à 64 ans) ont répondu par écrit, de manière confidentielle. Le questionnaire consistait en une liste de comportements alimentaires pour chacun desquels le répondant pouvait fournir l'une des réponses suivantes : (1) Jamais ; (2) Rarement ; (3) Souvent ; (4) Toujours.

- ED01 Quand je commence à manger, c'est difficile pour moi d'arrêter.
- ED02 Je passe trop de temps à penser à la nourriture.
- ED03 J'ai l'impression que la nourriture dirige ma vie.
- ED04 Je découpe ma nourriture en petits morceaux.
- ED05 Je prends plus de temps que les autres pour consommer mon repas.
- ED06 Les autres pensent que je suis trop maigre.
- ED07 J'ai l'impression que les gens me mettent la pression pour que je mange.

Les trois premiers comportements constituent la composante du test ayant trait aux préoccupations alimentaires (EAT-B), tandis que les quatre derniers constituent la composante concernant les restrictions alimentaires (EAT-A) (10). Ces deux composantes ont été appelées « préoccupation alimentaire » et « restriction alimentaire » afin de les distinguer des termes « boulimie » et « anorexie » nécessitant un diagnostic clinique (10).

2.2. INDICATEURS

L'outil *Eating Attitudes Test* (EAT) implique d'attribuer des scores aux réponses apportées par les participants aux sept questions décrites dans la Section 2.1. Pour chaque question, les scores suivants ont été attribués (2) :

- 0 aux réponses « Jamais » et « Rarement » ;
- 1 à la réponse « Souvent » ;
- 2 à la réponse « Toujours ».

Des sous-totaux ont ensuite été calculés pour chacune des deux composantes du test : celle ayant trait aux restrictions alimentaires (EAT-A, score maximal de huit) et celle concernant les préoccupations alimentaires (EAT-B, score maximal de six) (2;10). La somme de ces deux sous-totaux fournit le score EAT total.

A partir de ces scores, les trois indicateurs suivants ont été calculés :

- ED_1** Cet indicateur évalue la proportion de la population adulte et adolescente belge (de 10 à 64 ans) présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire. Les individus ayant un score EAT total strictement supérieur à quatre (> 4) ont été considérés comme présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire (11).
- ED_3** Cet indicateur présente le score moyen de la composante du test ayant trait aux restrictions alimentaires (EAT-A) pour la population belge âgée de 10 à 64 ans. Ce score est la somme des scores attribués aux quatre questions de cette composante (score maximal de huit). Plus ce score est élevé, plus l'individu présente des symptômes de restriction alimentaire.
- ED_4** Cet indicateur présente le score moyen de la composante du test ayant trait aux préoccupations alimentaires (EAT-B) pour la population belge âgée de 10 à 64 ans. Ce score est la somme des scores attribués aux trois questions de cette composante (score maximal de six). Plus ce score est élevé, plus l'individu présente des symptômes de préoccupation alimentaire.

3. RÉSULTATS

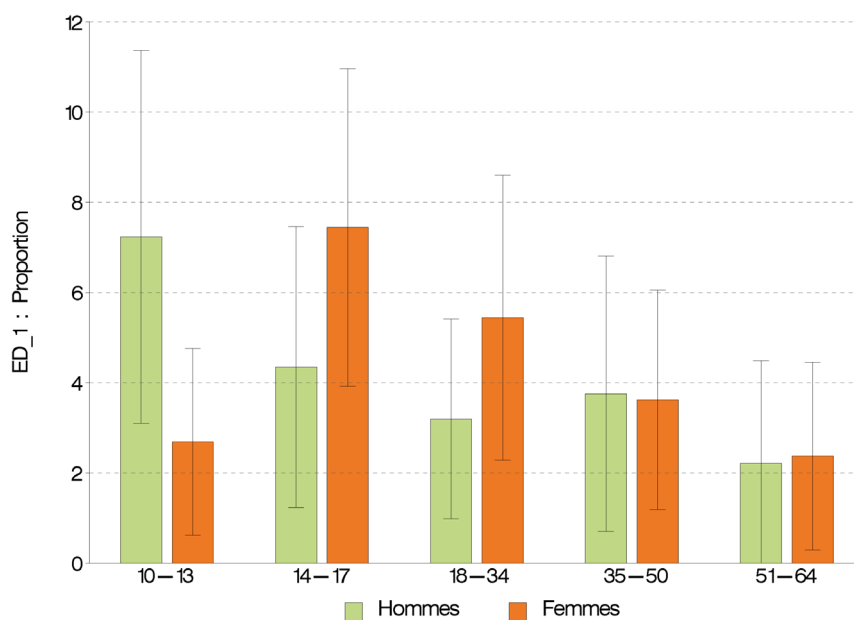
3.1. PRÉVALENCE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

La présence de troubles du comportement alimentaire en Belgique a été évaluée au départ d'un indicateur construit à partir d'une échelle de dépistage (EAT, *Eating Attitudes Test*) composée de sept questions. La somme de l'ensemble des scores attribués à chaque question a été dichotomisée (cf. Section 2.2), sur base d'un seuil de quatre, afin d'identifier les personnes susceptibles de souffrir de ces troubles. Il est important de préciser que cet indicateur constitue uniquement un outil de dépistage, ne faisant pas intervenir de diagnostic médical. Les résultats présentés dans cette section doivent donc être interprétés avec précaution.

En considérant comme valeur seuil un score EAT total de quatre, 3,7 % de la population âgée de 10 à 64 ans pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire, en Belgique, en 2014. Ce pourcentage est similaire pour les femmes (4,0 %) et pour les hommes (3,5 %). Les différences entre hommes et femmes varient cependant selon l'âge (Figure 1) : parmi les personnes âgées de 10 à 13 ans, la prévalence de troubles du comportement alimentaire est significativement plus élevée chez les hommes (7,2 %) que chez les femmes (2,7 %) (OR 2,82 ; IC 95 % 1,04-7,69). Chez les personnes plus âgées, les différences observées ne sont pas significatives.

La part de personnes susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire est la plus élevée chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans (5,8 %). Ce pourcentage diminue ensuite en fonction de l'âge, pour atteindre 2,3 % chez les personnes âgées de 51 à 64 ans. La distribution par âge varie cependant selon le sexe des individus (Figure 1). Chez les hommes, la prévalence la plus importante de suspicion de troubles du comportement alimentaire est observée dans la catégorie d'âge 10-13 ans (7,2 %). Une distribution relativement stable de la prévalence des troubles en fonction de l'âge est ensuite observée pour les catégories d'âge supérieures (2 à 4 %). Chez les femmes, cette prévalence est la plus élevée dans la catégorie d'âge 14-17 ans (7,4 %) et diminue ensuite en fonction de l'âge pour atteindre 2,4 % chez les plus âgées (51 à 64 ans).

Figure 1 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) susceptible de souffrir de troubles du comportement alimentaire (score EAT > 4), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long sont deux fois moins nombreuses (1,9 %) à présenter une suspicion de troubles du comportement alimentaire, en comparaison aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type court (4,5 %) (OR 0,38 ; IC 95 % 0,17-0,84) et à celles ayant un diplôme du secondaire, du primaire ou n'ayant pas de diplôme (4,4 %) (OR 0,38 ; IC 95 % 0,18-0,76). Ces différences s'avèrent significatives après standardisation selon l'âge et le sexe.

La part de personnes susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire est significativement plus importante (15,6 %) chez les personnes ayant un indice de masse corporelle¹ (IMC) indiquant une situation de carence pondérale, en comparaison aux personnes ayant un IMC normal (3,1 %) (OR 5,55 ; IC 95 % 2,19-14,04), aux personnes en situation de surpoids (3,4 %) (OR 4,00 ; IC 95 % 1,43-11,23) et aux personnes obèses (4,1 %) (OR 3,29 ; IC 95 % 1,03-10,48).

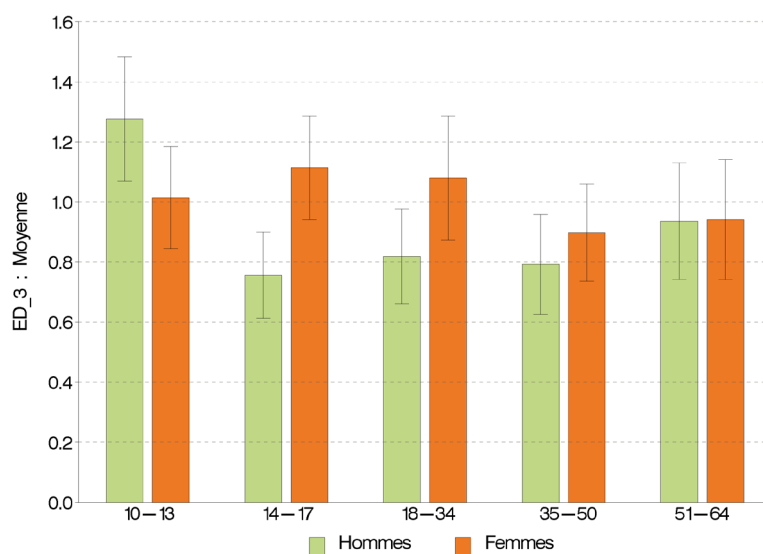
D'un point de vue géographique, la prévalence de troubles du comportement alimentaire ne varie pas significativement d'une région belge à l'autre (Wallonie *versus* Flandre)².

3.2. SCORE MOYEN POUR LA COMPOSANTE « RESTRICTION ALIMENTAIRE » (EAT-A)

En Belgique, en 2014, le score moyen de la population âgée de 10 à 64 ans pour la composante « restriction alimentaire » de l'*Eating Attitudes Test* (EAT-A) est de 0,9. Cette moyenne est similaire pour les hommes et pour les femmes. Les différences entre sexes varient cependant selon l'âge (Figure 2) : alors que le score moyen n'est pas significativement différent entre genres dans les catégories d'âge « 10-13 », « 35-50 » et « 51-64 », la valeur moyenne du score EAT-A est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les catégories d'âge « 14-17 » et « 18-34 ». Dans ces tranches d'âge, les femmes présentent, en moyenne, des symptômes de restriction alimentaire plus marqués que les hommes.

Les adolescents âgés de 10 à 13 ans possèdent le score EAT-A moyen le plus élevé (1,1) ; après standardisation selon le sexe, ce score est significativement plus élevé que celui observé dans les tranches d'âge supérieures. La Figure 2 met cependant en évidence que cette différence se marque uniquement chez les hommes, tandis que chez les femmes, le score moyen s'avère similaire pour les cinq catégories d'âge.

Figure 2 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A), par sexe et par âge, Belgique, 2014



Les personnes ayant un niveau d'instruction relativement faible (aucun diplôme, diplôme de primaire ou diplôme de secondaire) obtiennent un score moyen de 1,0 pour la composante « restriction alimentaire », tandis que cette moyenne est de 0,8 pour les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Le degré moyen de restriction alimentaire a tendance à augmenter lorsque l'IMC diminue : ainsi, le score moyen pour la composante « restriction alimentaire » passe de 0,7 chez les personnes en surpoids, à 1,0 chez les personnes ayant un statut pondéral normal et 2,4 chez les personnes ayant une carence pondérale.

¹ Pour davantage d'informations sur l'IMC, se référer au Chapitre « Anthropométrie ».

² Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Les différences observées entre ces trois catégories d'IMC sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

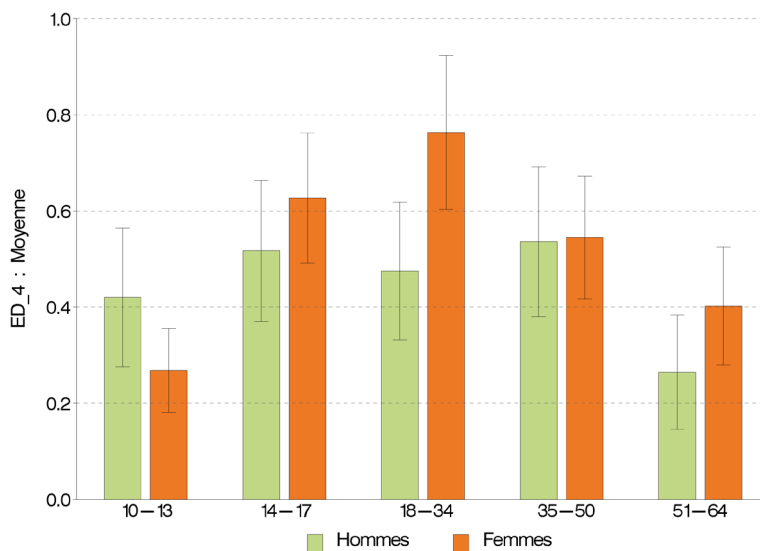
On n'observe pas ici de variation en fonction de la région de résidence (Wallonie *versus* Flandre).

3.3. SCORE MOYEN POUR LA COMPOSANTE « PRÉOCCUPATION ALIMENTAIRE » (EAT-B)

En Belgique, en 2014, le score moyen de la population âgée de 10 à 64 ans pour la composante « préoccupation alimentaire » de l'*Eating Attitudes Test* (EAT-B) est de 0,5. Cette moyenne est légèrement plus élevée chez les femmes (0,6) que chez les hommes (0,4) ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge. La Figure 3 met en exergue que cette différence entre genres concerne particulièrement les personnes âgées de 18 à 34 ans.

Les adolescents âgés de 10 à 13 ans et les adultes âgés de 51 à 64 ans possèdent un degré moyen de préoccupation alimentaire inférieur (0,3) à ceux des personnes appartenant aux catégories d'âge intermédiaires (0,6, 0,6 et 0,5 pour les catégories « 14-17 », « 18-34 » et « 35-50 » respectivement). Ces différences sont significatives après standardisation pour le sexe.

Figure 3 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B), par sexe et par âge, Belgique, 2014



A l'inverse des restrictions alimentaires, le degré moyen de préoccupation alimentaire augmente lorsque l'IMC augmente. Le score moyen pour la composante « préoccupation alimentaire » passe ainsi de 0,2 chez les personnes étant en carence pondérale, à 0,4 chez les personnes ayant un statut pondéral normal. Les personnes en situation de surpoids et les personnes obèses possèdent le degré moyen de préoccupation alimentaire le plus élevé (0,6 et 0,7). De telles différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Après standardisation pour le sexe et l'âge, aucune différence significative en fonction du niveau d'éducation ou de la région de résidence n'a été observée pour cet indicateur.

4. DISCUSSION

Les troubles du comportement alimentaire constituent une thématique de santé publique importante, étant donné l'impact que ceux-ci ont sur les individus (essentiellement les adolescents et les jeunes adultes) au niveau physique, psychologique et social, ainsi que le coût économique qu'ils représentent pour la société (6). L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 avait pour objectif d'évaluer l'importance de ces troubles, en Belgique, et d'identifier les groupes de la population les plus susceptibles d'être touchés par cette problématique. Pour ce faire, l'échelle de symptômes « *Eating Attitudes Test* », et plus spécifiquement l'EAT composé de 7 questions (*EAT-7 items*) (10;11), a été utilisée comme outil d'analyse.

Sur base de cet outil, l'enquête de consommation alimentaire nous apprend qu'en Belgique, près de 4 % de la population âgée de 10 à 64 ans pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire, en 2014. Plus de 300 000 personnes pourraient donc être touchées par cette problématique. Le pourcentage observé dans la présente enquête est nettement inférieur à celui reporté par l'enquête de santé en 2013 qui estimait à 8 % la proportion de la population de 15 ans et plus susceptible de souffrir de tels troubles (7). L'utilisation d'un outil de dépistage différent (le SCOFF) pourrait expliquer cette différence. *A contrario*, la prévalence de 4 % obtenue dans l'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 est supérieure aux prévalences observées dans d'autres études, celles-ci étant de l'ordre de 1,0 %³ pour la boulimie et de 0,3 % pour l'anorexie (12;13). Étant donnée l'absence de diagnostic confirmatoire individuel, les chiffres obtenus dans la présente enquête sont probablement surestimés et doivent, par conséquent, être interprétés avec précaution.

En Belgique, en 2014, la prévalence de troubles du comportement alimentaire s'avère similaire parmi les femmes et parmi les hommes (4,0 % et 3,5 %, respectivement). Un tel résultat contraste avec ceux habituellement reportés et montrant une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (7;12). Une explication potentielle est la prise en compte, dans la présente enquête, des individus dès l'âge de 10 ans ; or, les résultats indiquent, pour les adolescents âgés de 10 à 13 ans, une prévalence plus élevée parmi les garçons que parmi les filles, ce qui pourrait avoir pour effet d'« équilibrer » les prévalences observées pour les deux sexes dans l'ensemble de la population étudiée.

L'analyse détaillée des deux composantes du test EAT a néanmoins montré que les femmes âgées de 14 à 34 ans obtiennent un score moyen plus élevé que les hommes pour la première composante (EAT-A), signifiant que celles-ci présentent des symptômes de restriction alimentaire plus marqués. En outre, le score moyen pour la seconde composante (EAT-B, préoccupation alimentaire) est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. De tels résultats suggèrent, par conséquent, que les femmes constituent effectivement un groupe sensible à ces deux problématiques de restriction et de préoccupation alimentaire.

Un lien entre la prévalence des troubles du comportement alimentaire et l'âge a été observé : la part de personnes susceptibles de présenter des troubles du comportement alimentaire s'avère la plus élevée chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans et diminue ensuite avec l'âge. Une différence existe néanmoins à ce sujet, en fonction du sexe : ainsi, chez les hommes, la proportion la plus élevée est observée chez les adolescents plus jeunes, âgés de 10 à 13 ans.

Au niveau de l'indice de masse corporelle, les résultats de l'enquête mettent en évidence que les personnes en situation de carence pondérale sont plus nombreuses à courir le risque de souffrir de tels troubles. À l'instar d'autres travaux (10), une association entre les deux composantes du test et l'indice de masse corporelle a été mise en évidence. Ainsi, le niveau moyen de restriction alimentaire dans la population est le plus élevé pour les personnes en situation de carence pondérale et diminue ensuite chez les personnes ayant un statut pondéral normal et celles en surpoids. À l'inverse, le niveau moyen de préoccupation alimentaire est le plus élevé chez les personnes en surpoids et obèses pour diminuer ensuite chez les personnes ayant un IMC normal et celles étant en carence pondérale.

³ Dans ce domaine, il est important de distinguer la prévalence ponctuelle (c'est-à-dire à un instant donné) de la prévalence vie-entière, cette dernière correspondant au pourcentage de personnes ayant souffert de troubles du comportement alimentaire au moins une fois dans leur vie.

Au niveau socio-économique, enfin, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long s'avèrent nettement moins nombreuses à souffrir de troubles du comportement alimentaire que les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur.

Les résultats obtenus ne permettent cependant pas de conclure à l'existence d'un gradient socio-économique linéaire. Un résultat semblable avait été reporté dans l'enquête de santé de 2013 : une prévalence inférieure de troubles du comportement alimentaire avait, en effet, été observée chez les personnes issues des ménages les plus instruits, sans toutefois pouvoir noter un gradient linéaire (7). Des avis controversés peuvent être notés à ce sujet dans la littérature, certaines études montrant un risque plus important de développer des troubles du comportement alimentaire chez les personnes ayant un statut socioéconomique élevé (14;15) et d'autres études nuançant l'existence d'une telle association (16).

D'un point de vue méthodologique, l'approche utilisée dans cette enquête présente certaines limites. D'une part, ces estimations se basent sur un outil de dépistage (*screening*) et non pas sur des diagnostics médicaux, ces derniers apportant des résultats plus précis et nuancés (7). La validité de l'*Eating Attitudes Test* a, en outre, été testée en se concentrant sur la population adolescente (12-19 ans) (17;18), tandis que l'enquête de consommation alimentaire mobilise cet outil pour la population adulte jusqu'à 64 ans également. D'autre part, les troubles du comportement alimentaire approchés par cet indicateur se réfèrent aux deux formes les plus connues : les restrictions alimentaires ayant trait à l'anorexie et les préoccupations alimentaires concernant la boulimie. Cet indicateur donne dès lors une image simplifiée de la réalité, d'une part parce que ces deux catégories de troubles peuvent être liées et, d'autre part, parce qu'il existe d'autres troubles du comportement alimentaire atypiques (tels que l'hyperphagie compulsive ou « *binge eating* ») (7).

En conclusion, en termes de santé publique, les résultats obtenus ont pour atout d'identifier les sous-groupes de la population présentant davantage de risques de développer ce type de troubles, à savoir les adolescents, les femmes, les personnes caractérisées par un niveau d'éducation plus faible et les personnes en situation de carence pondérale. Ces groupes devraient dès lors être particulièrement ciblés lors de la mise en place d'actions de prévention et d'accompagnement. De telles actions peuvent, par exemple, passer par des campagnes visant à informer la population des conséquences néfastes résultant de ces troubles et des comportements alimentaires adéquats à adopter (tels qu'un régime sain et équilibré, des principes diététiques et une activité sportive régulière) ou encore par la mise en place d'actions visant à faire face aux pressions socioculturelles liées aux idéaux de minceur et de régime (19).

5. TABLEAUX

Tableau 1	Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire (score EAT > 4), Belgique, 2014	289
Tableau 2	Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A), Belgique, 2014	290
Tableau 3	Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B), Belgique, 2014	291

Tableau 1 | Pourcentage de la population (de 10 à 64 ans) présentant une suspicion de troubles du comportement alimentaire (score EAT > 4), Belgique, 2014

ED_1		Taux brut* (%)	IC 95 % brut	Taux stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	3,5	(2,1-4,8)	3,4	(2,1-4,8)	1027
	Femmes	4,0	(2,7-5,4)	4,0	(2,7-5,4)	1078
AGE	10 - 13	5,0	(2,7-7,4)	5,0	(2,7-7,3)	417
	14 - 17	5,8	(3,5-8,2)	5,9	(3,6-8,2)	476
	18 - 34	4,3	(2,4-6,2)	4,3	(2,4-6,2)	469
	35 - 50	3,7	(1,7-5,6)	3,7	(1,7-5,6)	410
	51 - 64	2,3	(0,8-3,8)	2,3	(0,8-3,8)	333
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	4,4	(2,9-6,0)	4,6	(3,0-6,3)	906
	Supérieur de type court	4,5	(2,3-6,6)	4,3	(2,3-6,3)	584
	Supérieur de type long	1,9	(0,7-3,0)	1,7	(0,7-2,7)	583
REGION***	Flandre	3,1	(1,9-4,3)	3,2	(2,0-4,3)	1216
	Wallonie	4,6	(2,8-6,4)	4,5	(2,7-6,3)	728
TOTAL		3,7	(2,8-4,7)			2105

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Prévalence pondérée.

** Prévalence pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 2 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « restriction alimentaire » (EAT-A), Belgique, 2014

ED_3		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	0,9	(0,8-0,9)	0,9	(0,8-1,0)	1037
	Femmes	1,0	(0,9-1,1)	1,0	(0,9-1,1)	1092
AGE	10 - 13	1,1	(1,0-1,3)	1,1	(1,0-1,3)	422
	14 - 17	0,9	(0,8-1,0)	0,9	(0,8-1,0)	480
	18 - 34	0,9	(0,8-1,1)	0,9	(0,8-1,1)	471
	35 - 50	0,8	(0,7-1,0)	0,8	(0,7-1,0)	415
	51 - 64	0,9	(0,8-1,1)	0,9	(0,8-1,1)	341
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	1,0	(0,9-1,1)	1,1	(1,0-1,2)	916
	Supérieur de type court	0,8	(0,7-0,9)	0,8	(0,7-0,9)	591
	Supérieur de type long	0,8	(0,7-1,0)	0,8	(0,7-1,0)	589
REGION***	Flandre	0,9	(0,8-1,0)	0,9	(0,8-1,0)	1231
	Wallonie	1,0	(0,9-1,1)	1,0	(0,9-1,1)	736
TOTAL		0,9	(0,9-1,0)			2129

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

Tableau 3 | Score moyen de la population (de 10 à 64 ans) pour la composante « préoccupation alimentaire » (EAT-B), Belgique, 2014

ED_4		Moyenne brute*	IC 95 % brut	Moyenne stand**	IC 95 % stand	N
SEXE	Hommes	0,4	(0,4-0,5)	0,4	(0,4-0,5)	1036
	Femmes	0,6	(0,5-0,6)	0,6	(0,5-0,6)	1091
AGE	10 - 13	0,3	(0,3-0,4)	0,3	(0,3-0,4)	422
	14 - 17	0,6	(0,5-0,7)	0,6	(0,5-0,7)	480
	18 - 34	0,6	(0,5-0,7)	0,6	(0,5-0,7)	474
	35 - 50	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	411
	51 - 64	0,3	(0,3-0,4)	0,3	(0,2-0,4)	340
NIVEAU D'EDUCATION	Sans diplôme, primaire ou secondaire	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,5-0,6)	915
	Supérieur de type court	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	591
	Supérieur de type long	0,5	(0,4-0,5)	0,4	(0,3-0,5)	588
REGION***	Flandre	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	1229
	Wallonie	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	736
TOTAL		0,5	(0,4-0,6)			2127

Source : Enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015, Belgique.

* Moyenne pondérée.

** Moyenne pondérée après standardisation pour l'âge et/ou le sexe sur base d'un modèle de régression linéaire (population belge de 2014 comme référence).

*** Bruxelles n'a pas été considérée dans la comparaison entre régions de résidence. Les trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles) ont, par contre, été incluses dans toutes les autres analyses.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) National Eating Disorders Association. Types & Symptoms of Eating Disorders. 2015. 13-5-2015.
- (2) Bjørnelv S. Eating- and weight problems in adolescents. The Young-HUNT study. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine.; 2009.
- (3) Thelen MH, Lawrence CM, Powell AL. Body image, weight control, and eating disorders among children.: Taylor & Francis; 2013 p. 81.
- (4) Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2013;46(5):433-9.
- (5) Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
- (6) Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of clinical nursing* 2012;21(9-10):1355-63.
- (7) Gisle L. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Santé mentale. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
- (8) Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy* 2004;42(5):551- 67.
- (9) Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine* 1979;9(02):273-9.
- (10) Bjørnelv S, Nordahl HM, Holmen TL. Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 May;46(5):353-62.
- (11) Jeppesen E, Bjelland I, Fossa SD, Loge JH, Sorebo O, Dahl AA. Does a parental history of cancer moderate the associations between impaired health status in parents and psychosocial problems in teenagers: a HUNT study. *Cancer medicine* 2014;3(4):919-26.
- (12) Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research* 2009;43(14):1125- 32.
- (13) Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PloS one* 2008;3(2):e1541.
- (14) Wardle J, Griffith J. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of epidemiology and community health* 2001;55(3):185-90.
- (15) Story M, French SA, Resnick MD, Blum RW. Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 1995;18(2):173-9.
- (16) Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, Blum RW. The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22(1):15-23.
- (17) Wichstrom L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological medicine* 1995;25(03):567-79.
- (18) Bjørnelv S, Mykletun A, Dahl AA. The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2002;7(4):284- 92.
- (19) Réseau troubles alimentaires suisse. Prévention des troubles du comportement alimentaire. 2012. 12-8-2015.