



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2017**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La prévention primaire des troubles des conduites alimentaires en  
France et à l'international, une revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 4 avril 2017 à 18h  
au Pôle Formation

**Par Hugo Saoudi**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur P. Thomas**

**Monsieur le Docteur E. Chazard**

**Monsieur le Docteur P. Lapierre**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur O. Cottencin**

---

**Avertissement :**

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**



**« Les miroirs feraient bien de réfléchir avant de renvoyer les images »**

**Jean Cocteau**

**« Il s'agit de transformer les obstacles que nous rencontrons en point de départ »**

**Martin Luther King**

## ***Glossaire***

DSM-5 : Diagnostics Statistical Manual, 5<sup>e</sup> édition

BSQ : Body Shape Questionnaire

DRES : Dutch Restrained Eating Scale

WCS : Weight Concerns Scale

IMC : Indice de Masse Corporelle

VS : Versus

EDI : Eatind Disorder Inventory

EAT-26 : Eating Attitude Test

EDE-Q : Eating Disorders Examination Questionnaire

TCA : Troubles des conduites alimentaires

DS : Déviation standard

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ANEB : Anorexie et Boulimie Québec

## **Table des matières**

<b>Résumé</b> .....	1
<b>Introduction</b> .....	2
<b>Objectif de l'étude</b> .....	5
<b>Matériel et Méthodes</b> .....	6
<b>Résultats</b> .....	9
<b>Statistiques descriptives</b> .....	9
<b>Etudes utilisant la psychothérapie comme intervention préventive</b> .....	10
<b>Etudes utilisant la psychoéducation en milieu scolaire comme intervention préventive</b> .....	13
<b>Programmes préventifs délivrés sur ordinateur</b> .....	21
<b>Programmes menés dans une communauté particulière</b> .....	30
<b>Programmes basés sur la dissonance cognitive</b> .....	36
<b>Programmes d'éducation aux médias</b> .....	45
<b>Prévention ciblée sur des facteurs de risque originaux</b> .....	50
<b>Etudes de promotion de la santé ou mêlant prévention des troubles alimentaires et de l'obésité</b> .....	52
<b>Etudes comparatives</b> .....	57
<b>Discussion</b> .....	62
<b>Conclusion</b> .....	75
<b>Références bibliographiques</b> .....	77

## **Résumé**

**Introduction :** Les troubles des conduites alimentaires sont un réel problème de santé publique, avec environ 1% de personnes souffrant d'anorexie mentale, 1 à 2% de boulimie nerveuse, 1.9% d'hyperphagie et 2.4% de troubles alimentaires non spécifiés. Ces pathologies graves comportent des facteurs de risque tels que l'insatisfaction corporelle ou l'internalisation de l'idéal de minceur véhiculé par les médias, sur lesquels il est possible d'agir. On peut envisager la prise en charge ces facteurs de risque une fois les patients malades, afin d'éviter une aggravation des symptômes, ou avant le début de la maladie. Ce travail vise à effectuer une revue systématique de la littérature recensant les actions de prévention primaire (ayant lieu avant l'apparition de la maladie) qui ont démontré leur efficacité en conditions expérimentales ou leur efficacité en conditions réelles.

**Méthode :** Cette recherche a été conduite en utilisant les bases de données PubMed, AscodocPsy, Cairn et Cochrane Library, ainsi que Clinicaltrials.gov et controlled-trials.com en utilisant l'algorithme de mots clés suivants : (« Eating Disorders » OR « Anorexia Nervosa » OR « Bulimia Nervosa » OR « Binge eating Disorder » OR « Hyperphagia ») AND (« Universal Prevention » OR « Selective prevention » OR « primary prevention » OR « prevention »), en anglais et en français. La période d'investigation courait jusqu'en janvier 2017. Seules les essais contrôlés randomisés écrits en anglais ou en français ont été inclus.

**Résultats :** Cent six articles correspondant aux critères d'inclusion ont été inclus dans cette revue, dégageant plusieurs méthodes d'intervention différentes. L'éducation aux médias semble être le type d'intervention le plus utile en prévention universelle, alors que les études évaluant un protocole de dissonance cognitive montrent les résultats les plus probants en prévention sélective. Certains outils comme la psychoéducation, beaucoup utilisée dans le passé, ou la psychothérapie montrent des limites importantes. Les programmes de promotion de la santé mentale ou intégrant la prévention de plusieurs pathologies différentes semblent se dégager comme une voie d'avenir. On ne retrouve pas d'action centrée sur les familles.

**Conclusion :** Une prévention primaire des troubles alimentaires est possible, mais reste une question complexe qui doit prendre en compte la spécificité de la population à laquelle elle s'adresse.

## ***Introduction***

Les troubles des conduites alimentaires sont définis dans le DSM-5 comme une perturbation persistante des comportements alimentaires. Ces troubles aboutissent à une consommation altérée de nourriture qui perturbe significativement la santé ou le fonctionnement psychosocial (American Psychiatric Association 2013). Dans la même classification, cette famille de troubles psychiatriques comprend plusieurs entités diagnostiques, dont :

- **L'anorexie mentale** : perte de poids associée à une perte de la sensation de faim.
- **La boulimie nerveuse** : successions de comportements d'ingestion alimentaire massive en une courte période de temps et de conduites de compensation de l'apport alimentaire ingéré.
- **L'hyperphagie** : comportements d'ingestion alimentaire supérieurs à la normale sans conduites compensatoires.

La prévalence vie-entière de ces pathologies, calculée dans diverses revues de la littérature internationale entre 2007 et 2013, est estimée à environ 1% pour l'anorexie mentale (Roux et al. 2013), 1 à 2% pour la boulimie nerveuse et 1.9% pour l'hyperphagie (Smink et al. 2012) et jusqu'à 2.4% pour les troubles alimentaires non spécifiés (Machado et al. 2007). Si l'incidence globale de ces troubles reste relativement stable au cours des dernières décennies, elle a augmenté dans les groupes à haut risque (15-19 ans) (Smink et al. 2012). Certains facteurs de risque de ces pathologies, tels que l'internalisation de l'idéal de minceur, les conduites de restriction alimentaire ou l'insatisfaction corporelle (Stice et al. 2016), ainsi que certains facteurs protecteurs, tels que l'auto-compassion, qui correspond à l'idée de se traiter soi-même comme on traiterait un être aimé (Braun et al. 2016) ou les facilités de communication intrafamiliales (Levine et Smolak 2016) ont déjà été identifiés. Ces facteurs permettent d'envisager la prévention de ce type de troubles de manière concrète.



La prévention primaire vise en effet à réduire les facteurs de risque du développement d'une maladie (Families et al. 2009), mais aussi à en développer les facteurs protecteurs. On distingue 3 types d'actions de prévention, en fonction de la population visée, selon la classification proposée par Gordon en 1983 (Gordon 1983). La **prévention universelle** cible l'ensemble de la population, sans distinction de l'état de santé initial des personnes bénéficiant de l'action. Les actions de **prévention sélective** s'adressent à une population spécifique, censée être plus à risque de développer un trouble donné que la population générale. En dernier lieu, la **prévention ciblée** se concentre sur des populations dites « à risque », soit une population exprimant déjà un facteur de risque connu, soit une population sub-syndromique pour la pathologie donnée.

Plusieurs études visant à prévenir l'apparition des troubles alimentaires ont déjà été réalisées. Après de premiers résultats peu encourageants (Carter et al. 1997; Mann et al. 1997; Martz et Bazzini 1999), plusieurs méthodes ont été développées avec un succès plus probant (Stice et al. 2007) telles que l'éducation aux médias qui vise à permettre une vision pertinente, critique et réfléchie des messages issus de différents types de médias, ou des méthodes fondées sur la dissonance cognitive (Festinger 1962) qui visent à mettre en évidence une discordance (appelée dissonance cognitive) entre les valeurs intrinsèques à la personne et les comportements qu'elle exprime, créant ainsi une sensation d'inconfort intellectuel que l'on réduira dans un second temps.

Le champ de la prévention des troubles alimentaires est en effet en constante évolution. L'évolution des revues de la littérature sur le sujet montre une augmentation de la qualité de ces interventions. Les programmes efficaces, définis par une réduction des facteurs de risque mesurés par des échelles spécifiques à chacun, sont passés d'environ 20% en 2000 (Austin 2000) à 51% en 2007 (Stice et al. 2007). La diversité des interventions proposées est également en constante évolution. Les programmes développés étaient dans un premier temps majoritairement des programmes de psychoéducation (Pratt et Woolfenden 2002). Ils se définissent comme « une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face »

(Bonsack et al. 2015). Dans un second temps, les interventions se centrent sur les problématiques liées aux perturbations de l'image du corps, aux préoccupations corporelles, par le biais d'interventions spécifiques empruntant à la psychothérapie, comme les interventions de dissonance cognitive (voir page 36). Puis on note que les interventions deviennent de plus en plus interactives, ciblées sur les personnes à risque et durant plusieurs sessions, comme le proposent Stice & Shaw dans leur méta-analyse de 2004. La littérature scientifique à ce sujet est actuellement en pleine expansion. Certaines actions de prévention testées par des essais randomisés contrôlés ont été réalisées. Cette revue vise à recenser ces actions scientifiquement éprouvées, se concentrant sur la diminution des facteurs de risque de développement de ces pathologies, ou le développement de facteurs protecteurs.

## ***Objectif de l'étude***

L'objectif de cette étude est de réaliser une revue systématique des essais thérapeutiques randomisés contrôlés évaluant les actions de prévention primaire des troubles alimentaires. Cette revue est effectuée par le biais des résultats publiés ou en cours de publication dans la littérature internationale. Elle a pour objectif de déterminer quelles sont les actions efficaces, c'est à dire en condition de recherche, et efficientes, c'est à dire en conditions écologiques. Dans une optique de clarification des actions proposées, nous avons choisi de les présenter par type d'intervention, plutôt que par type de prévention (universelle, sélective, ciblée). Cette classification permettra au lecteur intéressé par la mise en place d'actions de prévention primaire des troubles alimentaires de percevoir quels principes de prévention sont plus à même d'être utilisées au niveau local.

## ***Matériel et Méthodes***

Cette revue de la littérature a été effectuée en utilisant la méthode PRISMA (Gedda 2015). La méthodologie de cette recherche a été approuvée par le comité de pilotage de la Fondation Sandrine Castellotti, sous l'égide de la Fondation de l'Avenir.

### **Pré-sélection des études :**

Les mots-clés (« Eating Disorders » OR « Anorexia Nervosa » OR « Bulimia Nervosa » OR « Binge eating Disorder » OR « Hyperphagia ») AND (« Universal Prevention » OR « Selective prevention » OR « primary prevention » OR « prevention »), en anglais et en français ont été utilisés. La recherche a été effectuée via les moteurs de recherche PubMed, AscodocPsy, Cairn et Cochrane Library pour les études déjà publiées dans la littérature, et Clinicaltrials.gov, controlled-trials.com pour les études en cours de réalisation. Nous nous sommes concentrés sur les résultats d'études publiées en Anglais et en Français.

### **Méthode de sélection des études :**

Une première sélection des articles a été effectuée sur lecture du titre. Après éviction des doublons et des études non en lien avec le sujet actuel, les résumés des études restantes ont été étudiés. La sélection des études présentées est le fruit d'une double lecture réalisée par deux chercheurs indépendants. La bibliographie des articles sélectionnés a également été parcourue de manière exhaustive, permettant l'inclusion de nouveaux articles absents lors de la recherche initiale.

### **Caractéristiques des études retenues :**

Les seuls articles sélectionnés correspondent à des études ayant un protocole d'essai clinique contrôlé randomisé, réalisé sur des sujets humains ne souffrant pas de trouble alimentaire constitué selon les critères des classifications internationales (American Psychiatric Association 2013). Les interventions retenues sont celles visant une réduction des facteurs de risque tels que, par exemple :

- L'insatisfaction corporelle mesurée par une échelle spécifique type BSQ,
- La perturbation des attitudes alimentaires
- Les conduites de restriction alimentaires mesurées par des échelles de type DRES,
- Les préoccupations importantes du poids ou des formes corporelles, mesurées par des échelles de type WCS,
- Les affects dépressifs,
- Les troubles de l'estime de soi.

Ou une augmentation des facteurs protecteurs, tels que :

- L'estime de soi,
- La conscience de soi.

Elles comparent un groupe recevant une intervention à un groupe contrôle ne recevant pas d'intervention, ou les études comparant deux types d'intervention différentes. Les études ne mesurant pas la diminution des facteurs de risque par des données chiffrées ont été exclues.

### **Données recueillies :**

L'extraction des données de ces articles s'est faite de manière semi-structurée, les lecteurs extrayant les données correspondant au nombre de participants inclus dans l'étude, ainsi que le nombre de participants analysés si celui-ci est différent. L'âge des participants aux diverses études a été trié, afin de donner à ce travail une vision développementale structurée en triant les études par tranches d'âge et d'assurer une meilleure lisibilité en vérifiant si certaines des interventions sont plus ou moins efficaces sur les adultes ou les adolescents. Le pays de réalisation de l'étude, donnée importante

dans une optique culturelle à visée de dissémination, a également été relevé. Une brève description du programme proposé, ainsi que les principaux résultats significatifs ont été repris, afin de présenter ces informations dans cette revue. De plus, la durée de l'étude a également été recueillie, permettant de déterminer si les interventions réalisées sont efficaces à **court terme** (moins d'1 an), à **moyen terme** (entre 1 et 3 ans) ou à **long terme** (3 ans ou plus)

### **Etude de la qualité des études recueillies :**

La base des critères définissant la qualité des études sélectionnées a été définie par l'instrument de notation de la qualité des études proposé par la collaboration Cochrane (Moncrieff et al. 2001). Les résultats de la plupart de ces études portant sur des analyses différentes (de par la multiplicité des facteurs de risque, mais aussi la multiplicité des échelles de recueil utilisées), la question de la qualité des études repose également sur les recommandations de Stice et Shaw qui conseillent de mesurer les facteurs de risque étudiés avec des échelles validées (Stice et Shaw 2004). La répétition de protocoles utilisant des échelles validées permet une meilleure visibilité de l'efficacité de ces études.

### **Présentation des études :**

Nous avons choisi de regrouper ces études par méthode d'intervention. Cette classification permet de discerner l'évolution des méthodes utilisées des plus anciennes (Psychothérapie) aux plus récentes (Méditation en pleine conscience et promotion de la santé), en passant par diverses techniques (dissonance cognitive, psychoéducation, utilisation de logiciels, etc.). De plus, les études présentées ont été triées en fonction de l'âge des populations cibles, de manière à permettre une vision développementale des diverses interventions proposées, certains programmes pouvant éventuellement être efficaces sur la réduction des facteurs de risque chez les adultes mais pas chez les adolescents. Cette classification facilitera une éventuelle adaptation future de ces programmes à une classe d'âge donnée.

## **Résultats**

### **Statistiques descriptives**

La recherche des articles a été effectuée le 27/01/2017, et retrouve 4902 articles. Cent six répondent aux critères de sélection (voir annexe 1 pour le diagramme de flux). Ces articles se divisent comme suit :

- 5 études testent diverses techniques de psychothérapie, de 1989 à 2014, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, visant à diminuer un facteur de risque spécifique ou à augmenter les facteurs protecteurs,

- 19 articles testent des interventions de psychoéducation en milieu scolaire, de 1993 à 2009. Ces interventions s'étendent sur l'Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada), mais aussi l'Europe, l'Australie et Israël. On retrouve une intervention menée au Venezuela mais publiée en espagnol et ne répondant donc pas aux critères d'inclusion dans cette revue,

- 16 proposent des interventions délivrées par le biais de logiciels informatiques, de 1997 à 2016, aux Etats-Unis et en Allemagne,

- 11 étudient, de 1997 à 2014, la mise en place de programmes divers dans des communautés particulières (scouts, sororités universitaires, athlètes) considérées comme à risque plus important de développer un trouble alimentaire. Ces études ont majoritairement été réalisées aux Etats-Unis,

- 18 proposent des interventions basées sur la dissonance cognitive, depuis la première utilisation de cette notion lors d'un protocole réalisé par Stice et al. en 2000, puis testées de 2001 à 2015 par le biais d'essais cliniques randomisés aux Etats-Unis par plusieurs laboratoires,

- 12 études évaluent l'impact de programmes d'éducation aux médias, aux Etats-Unis, en Australie mais également en Europe, de 2001 à 2015,

- 2 études ciblent des populations particulières (diabétiques et mangeuses « linéaires ») en 2002 et 2008,

- 11 études évaluent les programmes ciblant à la fois la prévention de l'obésité et des troubles alimentaires, ou les programmes de promotion de la santé, entre 2008 et 2016,

- 12 études évaluent de manière comparative les diverses méthodes utilisées.

## Etudes utilisant la psychothérapie comme intervention préventive

Parmi ces 5 études, on ne retrouve pas, comme attendu pour des études basées sur la psychothérapie de modèle de **prévention universelle**. On retrouve en revanche trois études de **prévention sélective** (Rosen et al. 1989; Nicolino et al. 2001; Bucchianeri et Corning 2012) et deux études de **prévention ciblée** (Kaminski et McNamara 1996; Tanofsky-Kraff et al. 2010).

L'effet à court terme est le plus souvent étudié. On retrouve une amélioration significative de l'insatisfaction corporelle à court terme avec l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales (Rosen et al. 1989) et de groupes d'affirmation de soi (Bucchianeri et Corning 2012), lors d'études proposant des sessions de traitement en plusieurs séances. A l'inverse, une séance seule de thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur l'image corporelle ne donne pas de résultat significatif à court terme (Nicolino et al. 2001).

Pour les études de **prévention ciblée**, lors de sessions de thérapie en plusieurs séances, en groupe et pour des participantes présentant déjà un trouble alimentaire sub-syndromique, on retrouve une amélioration significative de l'insatisfaction corporelle, de l'estime de soi, de l'estime de son propre corps, et du contrôle pondéral à court terme (Kaminski et McNamara 1996), ou une amélioration significative de la perte de contrôle alimentaire et de la cinétique de perte de poids à moyen terme (Tanofsky-Kraff et al. 2010)



AUTEURS (ANNEE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
TANOFSKY- KRAFF ET AL. (2010)	Etats- Unis	38	Adolescentes de 12 à 17 ans décrites comme « prenant trop de poids » et ayant un IMC entre le 75 <sup>e</sup> et le 97 <sup>e</sup> percentile – <b>prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> Thérapie interpersonnelle : 12 sessions de groupe menées par un professeur de psychologie et un étudiant en psychologie <b>VS Contrôles</b>	Prétest 6 mois 1 an	- <u>Diminution significative</u> de la <b>perte de contrôle alimentaire</b> pour le groupe thérapie à 6 mois - <u>Diminution significative</u> de la <b>cinétique de prise de poids</b> à 1 an pour le groupe thérapie
KAMINSKI ET MCNAMARA (1996)	Etats- Unis	25/29	Femmes d'environ 18 ans présentant des symptômes de boulimie sans atteindre le diagnostic de boulimie nerveuse – <b>Prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> 8 séances de 90 minutes de traitement spécifique en groupe <b>VS Contrôles</b>	Prétest 1 semaine post- intervention 5 semaines post- intervention	- <u>Amélioration significative</u> du <b>contrôle pondéral, de l'insatisfaction corporelle, de l'estime de soi, de l'estime de son propre corps, de la peur d'une évaluation négative et des croyances à propos de l'attirance</b> pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle
NICOLINO ET AL. (2001)	Etats- Unis	85	Etudiantes en première année de fac (environ 19 ans) – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 1 séance de 2h de thérapie cognitivo- comportementale centrée sur l'image corporelle (Thompson 1996) <b>VS Contrôles</b>	Prétest Post- intervention	- Pas de résultat significatif à 1 mois

**Tableau 1 : Programmes basés sur la psychothérapie**

AUTEURS (ANNEE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
<b>BUCCHIANERI ET CORNING (2012)</b>	Etats- Unis	86	Etudiantes en psychologie (environ 19 ans) avec insatisfaction corporelle définie à l'EDI par un score > 0.5 au-dessus de la déviation standard moyenne pour la sous-échelle « insatisfaction corporelle » – <b>prévention sélective</b>	<b><u>Intervention :</u></b> 1 séance de groupe d'affirmation de soi  <b>VS</b> Contrôles	Prétest Post- intervention	- <u>Diminution significative</u> de l' <b>insatisfaction corporelle</b> dans le groupe affirmation de soi par rapport au groupe contrôles
<b>ROSEN ET AL. (1989)</b>	Etats- Unis	23	Femmes (environ 19 ans) dans les normes d'IMC n'ayant pas de trouble alimentaire mais présentant des préoccupations corporelles (BSQ>109) – <b>prévention sélective</b>	<b><u>Intervention :</u></b> 6 sessions de 2h en petits groupes de : - Thérapie cognitivo- comportementale  <b>VS</b> - Traitement minimal	Prétest Post- intervention 2 mois	- <u>Amélioration significative</u> des <b>cognitions, attitudes et perceptions</b> de l' <b>insatisfaction corporelle</b> à 2 mois pour le groupe intervention par rapport au groupe traitement minimal

**Tableau 1 : Programmes basés sur la psychothérapie (suite)**

## Études utilisant la psychoéducation en milieu scolaire comme intervention préventive

L'école de Psychoéducation de l'université de Montréal, créée en 1971, définit la psychoéducation comme « *une discipline qui se spécialise en prévention et en intervention dans le domaine de l'inadaptation psychosociale, principalement auprès des jeunes* ». Habituellement méthode pédagogique didactique concernant un trouble psychiatrique (Bonsack et al. 2015), il s'agit dans le cas présent d'interventions fréquemment réalisées sous forme de cours magistraux, mais on retrouve également des interventions plus interactives, groupales, adaptées à l'âge des participants ou prenant en compte l'environnement scolaire dans sa globalité.

19 études utilisant des programmes de psychoéducation en milieu scolaire sont retrouvées parmi les études sélectionnées. Parmi celles-ci, on recense 6 études de **prévention universelle** (Killen et al. 1993; O'Dea et Abraham 2000; Dalle Grave et al. 2001; Kater et al. 2002; Ghaderi et al. 2005; McVey et al. 2007), 1 de **prévention ciblée** (O'Brien et LeBow 2007) et une majorité (12) d'études de **prévention sélective** se concentrant uniquement sur des participantes de sexe féminin, plus à risque (Buddeberg-Fischer et al. 1998; Heinze et al. 2000; Phelps et al. 2000; McVey et al. 2004; Wiseman et al. 2004; Withers et Wertheim 2004; Favaro et al. 2005; Weiss et Wertheim 2005; Dohnt et Tiggemann 2008; Ridolfi et Vander Wal 2008; Santonastaso et al. (1999); Canetti et al. 2009).

Trois des études de **prévention universelle** recensées présentent des résultats significatifs pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle : les programmes « *Everybody's different* » proposé par O'Dea et al. (O'Dea et Abraham 2000) et « *Everybody is a somebody* » dans l'étude menée par McVey et al. (McVey et al. 2007) présentent des résultats significatifs sur la diminution de facteurs de risque comme l'internalisation de l'idéal de minceur ou le désir de minceur à court (6 mois) ou moyen terme (1 an). Le dernier programme de psychoéducation efficace sur le plan des études de prévention universelle est « *Healthy Body Image* » proposé par Kater et al. (Kater et

al. 2002). Ce dernier rapporte en effet une amélioration significative des connaissances sur les troubles, du préjudice lié à la silhouette, des comportements de santé liés à l'image de soi et de la critique des médias dans le groupe intervention, mais uniquement en post-intervention, les résultats de l'étude ne s'étendant pas au-delà. Les trois autres études de prévention universelle proposées (Killen et al. 1993; Dalle Grave et al. 2001; Ghaderi 2003) rapportent parfois une augmentation des connaissances sur les troubles, mais sans effet significatif sur les attitudes ou les comportements perturbés.

L'étude proposant un groupe de psychoéducation dans un modèle de **prévention ciblée** (O'Brien et LeBow 2007) se montre efficace en post-intervention directe, mais les résultats à court terme ne sont pas interprétables, eu égard à la forte attrition liée à la petite taille du groupe initial de 24 participants.

Les diverses études proposant un modèle de **prévention sélective** par le biais de la psychoéducation obtiennent des résultats mitigés. Certaines provoquent une augmentation des connaissances sans réelle amélioration des facteurs de risque (Dohnt et Tiggemann 2008; Canetti et al. 2009), alors que d'autres n'ont aucun effet significatif (Buddeberg-Fischer et al. 1998; Heinze et al. 2000; McVey et al. 2004). Les études restantes montrent un effet significatif dans certaines situations seulement : chez les sujets à haut risque (Weiss et Wertheim 2005), les sujets à faible risque (Santonastaso et al. 1999), les sujets d'un seul pays (Wiseman et al. 2004). Trois études montrent des effets significatifs sur la recherche de la minceur, les préoccupations corporelles et une amélioration des comportements alimentaires sains en post-intervention direct ou à court terme (Phelps et al. 2000; Withers et Wertheim 2004; Ridolfi et Vander Wal 2008). Une seule étude montre un effet prolongé à moyen terme, lors de la formation de professeurs volontaires pour animer des séances de psychoéducation et des sessions de groupe interactifs (Favaro et al. 2005). Dans cette étude, on note une diminution significative des symptômes boulimiques dans le groupe ayant reçu les sessions de groupe et de psychoéducation, ainsi qu'une augmentation relative de l'incidence de la boulimie nerveuse dans le groupe contrôle. Les sujets n'ayant pas reçu l'intervention ont donc plus tendance, dans ce groupe, à développer une boulimie nerveuse que les sujets ayant reçu l'intervention.

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
DOHNT ET TIGGEMANN (2008)	Australie	84	Petites filles de 5 à 9 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Lecture du conte « Shapesville » écrit par l'auteur, visant à favoriser l'acceptation de toutes les formes corporelles <b>VS</b> Contrôles : Lecture du conte « Stop Elephant, Stop » écrit par l'auteur comme un conte neutre	Prétest Post- intervention 6 semaines post- intervention	- <b>Diminution du désir de ressembler à une pop-star</b> à 6 semaines dans le groupe intervention - <b>Augmentation des connaissances sur les choix alimentaires sains</b> à 6 semaines dans le groupe intervention - <b>Pas de différence significative</b> entre les 2 groupes <b>pour le désir d'être mince</b>
KATER ET AL. (2002)	Etats- Unis	415	Elèves de 9 à 13 ans - <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Healthy Body Image</i> » : 11 leçons de psychoéducation à visée de prévention des troubles de l'image corporelle, alimentaires et des préoccupations corporelles  <b>VS</b> Contrôles	Prétest Post- intervention	- <u>Amélioration significative des connaissances sur les troubles, du préjudice lié à la silhouette, des comportements de santé de l'image de soi et de la critique des médias</u> dans le groupe intervention pour les 2 sexes - <u>Diminution significative de la critique des images perçues dans les médias</u> par les garçons du groupe contrôle - <u>Amélioration significative des connaissances</u> chez les filles du groupe contrôle
GHADERI ET AL. (2005)	Suède	157 /164	Enfants de 11 ans de tous statuts socio- économiques, filles et garçons – <b>Prévention Universelle</b>	<b>Intervention :</b> Programme « Everybody's different » en 9 sessions hebdomadaires de 50 à 90 minutes <b>VS</b> Contrôles	Prétest Post- intervention	- <u>Pas de résultats significativement différents</u> entre les 2 groupes à post-intervention

**Tableau 2 : Psychoéducation en milieu scolaire**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
MCVEY ET AL. (2007)	Etats-Unis	681 élèves profs	Elèves de 4 écoles de classe moyenne, d'environ 11 ans, leurs familles et leurs professeurs – <b>Prévention Universelle</b>	<b>Intervention :</b> (8 mois, en conditions écologiques) : - Au niveau socio-environnemental : Formation des professeurs et de l'administration scolaire à la psychoéducation, Programme « <i>Everybody is a Somebody</i> » vidéos et posters diffusés dans l'école, groupes de parole, groupes d'éducation aux médias, ateliers théâtre. - Au niveau familial : Education parentale + flyers envoyés aux parents pour les tenir informés de l'évolution et des ateliers proposés aux élèves <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois	- <u>Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur et des conduites alimentaires perturbées</u> à 6 mois post-intervention dans le groupe intervention - <b>Pas d'influence du genre</b> dans les résultats - <b>Augmentation de la satisfaction corporelle chez les sujets à haut risque</b> de développer un trouble alimentaire
DALLE GRAVE ET AL. (2001)	Italie	104	Elèves de 11 à 12 ans – <b>prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> 6 sessions de 2h de psychoéducation interactive basées sur la restructuration cognitive et les jeux de rôles + session « boost » à M6 <b>VS</b> contrôles	Post-intervention 6 mois 1 an	- <u>Pas de différence significative</u> entre les 2 groupes sur les symptômes alimentaires - Pas d'aggravation dans le groupe intervention - Augmentation des connaissances sur les troubles alimentaires dans le groupe intervention
MCVEY ET AL. (2004)	Etats-Unis	258	Elèves de sexe féminin de 11 à 12 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Everybody is a somebody</i> » (6 sessions de psychoéducation hebdomadaires durant 50 minutes) <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an	- <u>Effets significatifs</u> du groupe intervention à court terme sur <b>estime de soi, symptômes alimentaires</b> - <u>Pas de différence significative</u> entre les groupes à 1 an

**Tableau 2 : Psychoéducation en milieu scolaire (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
KILLEN ET AL. (1993)	Etats-Unis	931	Elèves de 11 à 13 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> Cours didactiques sur les troubles alimentaires  <b>VS</b> contrôles	Prétest 18 semaines 7 mois 14 mois 2 ans	- A 18 semaines : <b>Amélioration des connaissances</b> sur les troubles alimentaires. - <u>Pas de modification significative des attitudes alimentaires</u>
O'DEA ET ABRAHAM (2000)	Australie	470	Elèves de 11 à 14 ans – <b>prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Everybody's different</i> » : Psychoéducation interactive centrée sur le sujet  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois 1 an	- <u>Diminution significative</u> du <b>désir de minceur</b> chez les sujets à risque à 1 an pour le groupe intervention - <u>Tendance à une diminution de l'insatisfaction corporelle et le désir de minceur</u>
PHELPS ET AL. (2000)	Etats-Unis	842	Adolescentes de 11 à 16 ans scolarisées en collège ou lycée – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Programme en 6 sessions de psychoéducation interactive  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	- Pas de résultats significatifs au lycée <b>Au Collège</b> - <u>Diminution significative</u> des <b>conduites de restriction, des projections dans des comportements alimentaires perturbés</b> dans le futur, de <b>l'insatisfaction corporelle</b> et de la <b>recherche de la minceur</b> dans le groupe intervention - <u>Augmentation significative</u> du <b>ressenti de soi</b> et du <b>sentiment de compétence personnelle</b> dans le groupe intervention

**Tableau 2 : Psychoéducation en milieu scolaire (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
WITHERS ET WERTHEIM (2004)	Australie	388	Elèves de sexe féminin de 12-13 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Vidéo à visée de psychoéducation + - Groupe d'élaboration verbale - Groupe d'élaboration écrite - Groupe de discussion <b>VS</b> contrôles	Prétest 2 semaines 6 semaines 14 semaines	- <u>Amélioration</u> des <b>connaissances</b> pour tous les groupes à tous les temps - <u>Amélioration</u> <u>significative</u> de la <b>recherche de la minceur</b> à 14 semaines pour tous les groupes sauf contrôle - <u>Pas de différence</u> <u>significative</u> des groupes d'élaboration par rapport au groupe de discussion
CANETTI ET AL. (2009)	Israël	140/290	Adolescentes de collège de 12 à 13 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 6 cours de 50 minutes d'éducation aux médias, influences des pairs et comportements de santé <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	- <u>Augmentation</u> <u>significative</u> des <b>connaissances</b> <b>des comportements de santé</b> pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle
HEINZE ET AL. (2000)	Australie	191	Elèves femmes de 12 à 16 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Vidéo de présentation des concepts d'image corporelle et d'alimentation saine, et des effets néfastes de la restriction alimentaire répartis en 4 conditions : - Présentée par un expert - Présentée par une ancienne patiente souffrant d'anorexie mentale - Présentée par un pair - Présentée par un sujet contrôle	Prétest Post-intervention	- Pas de différence <u>significative</u> en fonction de la condition de présentation

**Tableau 2 : Psychoéducation en milieu scolaire (suite)**



AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES	PRINCIPAUX RESULTATS
<b>WEISS ET WERTHEIM (2005)</b>	Australie	114	Adolescentes de 14 à 17 ans issues de la classe moyenne – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 4 semaines de groupes de psychoéducation (format interactif + activités de groupe)  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois	- Pas d'effet significatif du groupe intervention à 2 mois - <u>Amélioration significative de la recherche de la minceur, insatisfaction corporelle et conscience intéroceptive</u> pour les sujets à haut risque par rapport aux sujets à bas risque ou aux sujets contrôles
<b>BUDEBERG-FISCHER ET AL. (1998)</b>	Suisse	314	Elèves de 14 à 19 ans à risque (EAT-26≥10) – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Présentations de promotion de la santé, pique-nique  <b>VS</b> contrôles	Prétest 6 mois	- <u>Amélioration non significative de l'EAT-26</u> dans le groupe intervention. - <u>Pas de différence significative</u> entre les deux groupes en analyse multivariée
<b>SANTONASTASO ET AL. (1999)</b>	Italie	265	Elèves de sexe féminin de 16 ans - <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Cours et discussions de groupe sur les troubles alimentaires  <b>VS</b> contrôles	Prétest 1 an	- <u>Amélioration significative de l'insatisfaction corporelle</u> chez les sujets à faible risque - <u>Pas de différence entre les deux groupes</u> pour les sujets à haut risque (EAT-40≥30)
<b>FAVARO ET AL. (2005)</b>	Italie	129 /141	Adolescentes de 16 à 18 ans – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Formation de professeurs volontaires à animer des séances de psychoéducation et des sessions de groupe. - Psychoéducation (interactive) - Contrôles	Prétest 1 an	- <u>Augmentation de l'incidence de la boulimie nerveuse</u> dans le groupe contrôle par rapport au groupe intervention - <u>Diminution significative des symptômes boulimiques</u> dans le groupe intervention

**Tableau 2 : Psychoéducation en milieu scolaire (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE PREVENTION	DE BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
RIDOLFI ET VANDER WAL (2008)	Etats-Unis	81	Etudiantes d'environ 18 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Session unique de psychoéducation sur l'image du corps et l'éducation aux médias <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	- Amélioration significative <b>des préoccupations corporelles</b> pour le groupe intervention
WISEMAN ET AL. (2004)	Etats-Unis/Italie	188 /188	Etudiantes en 2 <sup>e</sup> année de faculté (138 en Italie, 50 aux USA) – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Psychoéducation en 5 leçons réalisée par un expert en troubles alimentaires <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention (à 6 semaines)	- Amélioration significative de la <b>recherche de la minceur</b> en Italie seulement.
O'BRIEN ET LEBOW (2007)	Canada	24	Etudiantes d'environ 22 ans avec des conduites alimentaires perturbées sans trouble alimentaire constitué – <b>Prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> 8 séances hebdomadaires de psychoéducation didactiques de 60 à 90 minutes <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois 6 mois	- Pas de résultats interprétables à 3 ou 6 mois à cause de l'attrition importante - Diminution significative des <b>comportements alimentaires perturbés et de l'insatisfaction corporelle</b> en post-intervention direct dans le groupe intervention.

**Tableau 2 : Psychoéducation en milieu scolaire (suite)**

## Programmes préventifs délivrés sur ordinateur

Depuis les années 1980, la « révolution numérique » a permis le développement de l'accessibilité à la technologie et de l'internet, et donné lieu à la mise en place d'interventions spécifiques utilisant le média technologique (CD-ROM, internet)

On retrouve 16 études de prévention primaire (avant l'apparition de la maladie) ayant porté sur un ou plusieurs logiciels de prévention. Ceux-ci peuvent être utilisés via internet (« *Student Bodies* » et ses dérivés (Winzelberg et al. 1998, 2000; Zabinski et al. 2001; Abascal et al. 2004; Low et al. 2006; Taylor et al. 2006, 2016, Jacobi et al. 2007, 2012; Doyle et al. 2008; Jones et al. 2008; Kass et al. 2014), programme initialement développé dans l'étude de Winzelberg et al. en 1997 ou la version internet du « *Body Project* » (Stice et al. 2012a, 2014a), protocole de dissonance cognitive imaginé par Stice et al. (Stice et al. 2000)), ou via un logiciel sur CD-ROM (« *Food, Mood and Attitudes* » (Franko et al. 2005)). On ne retrouve dans cette recherche aucune étude proposant un protocole de **prévention universelle**, chacune de ces interventions se basant sur une frange particulière de la population. Deux études proposent un protocole de prévention **ciblée** (Jones et al. 2008; Taylor et al. 2016) alors que 14 des études sélectionnées correspondent à de la **prévention sélective** (Winzelberg et al. 1998, 2000, Zabinski et al. 2001, 2004; Abascal et al. 2004; Franko et al. 2005; Low et al. 2006; Taylor et al. 2006; Jacobi et al. 2007, 2012; Doyle et al. 2008; Stice et al. 2012a, 2014a; Kass et al. 2014). Chacune de ces études montre des résultats significatifs.

Le logiciel « *Student Bodies* », développé comme un logiciel de psychoéducation (Winzelberg et al. 1998), permet d'aborder des difficultés pouvant mener aux troubles alimentaires comme l'insatisfaction corporelle, les préoccupations excessives liées au poids et les conduites de restriction alimentaire. Il a été développé à partir du programme « *The Road To Recovery* », des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur l'image du corps développées par Cash et les recommandations développées par les auteurs de précédentes interventions de prévention des troubles alimentaires (Shisslak et al. 1987; Killen et al. 1993). Il permet d'aborder la prévention selon 4 angles différents : les troubles

alimentaires, la régulation saine du poids corporel, l'exercice physique et la nutrition (Winzelberg et al. 1998). Le programme peut s'accompagner, selon les études, de groupes de soutien, de discussions instantanées, de forums de discussion ou de rappels par courrier électronique visant à augmenter l'adhésion au programme.

Les divers tests des modalités sus-citées du logiciel « *Student Bodies* » permettent une amélioration significative des préoccupations corporelles (Winzelberg et al. 1998; Zabinski et al. 2001, 2004; Low et al. 2006; Jacobi et al. 2007; Doyle et al. 2008; Kass et al. 2014), de la recherche de la minceur (Winzelberg et al. 1998, 2000; Taylor et al. 2006; Jacobi et al. 2007) et des symptômes alimentaires (Jacobi et al. 2012) à court et moyen terme, chez des participantes désirant travailler sur leur image corporelle. A long terme, on note une amélioration significative à 1 an des préoccupations corporelles, des symptômes alimentaires et de la recherche de la minceur, sans modification de l'incidence des troubles alimentaires chez les jeunes femmes à risque de développer un trouble alimentaire (Taylor et al. 2006). Ces améliorations ne sont néanmoins pas liées au logiciel dans toutes les études (Zabinski et al. 2001). On retiendra également les résultats différentiels entre les groupes à risque et à faible risque de développer un trouble alimentaire, avec une diminution significativement plus importante des préoccupations corporelles dans le groupe à haut risque (Abascal et al. 2004).

Le logiciel a ensuite été modifié pour s'adapter aux pathologies telles que l'hyperphagie (Jones et al. 2008), donnant ainsi des études de prévention ciblée : on y note une diminution significative de l'IMC, de l'hyperphagie pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle. De plus, certains auteurs modifient le logiciel de base de *Student Bodies* pour y ajouter des outils de prévention de facteurs de risque supplémentaires à ceux ciblés auparavant, comme la capacité à faire face aux critiques ou les affects négatifs liés à la silhouette (Jacobi et al. 2011; Taylor et al. 2016). Ce nouveau logiciel, baptisé « *Image and Mood* » (IaM) permet une réduction significative des attitudes et des comportements alimentaires perturbés dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à moyen terme. Néanmoins, contrairement aux effets attendus pour un logiciel dérivé de « *Student Bodies* », on ne retrouve pas de différence significative sur les préoccupations corporelles ou alimentaires.

L'intervention « *Food, Mood and Attitudes* » développée par Franko et al. en 2005 (Franko et al. 2005), retrouve des résultats intéressants en termes de réduction des facteurs de risque connus de troubles alimentaires, avec une diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, non retrouvé dans les interventions par le logiciel « *Student Bodies* », mais également des préoccupations liées au poids et aux formes corporelles.

La dernière intervention testée sur ordinateur est l'adaptation du protocole de dissonance cognitive développé par Stice et al. (Stice et al. 2000), appelée « *eBody Project* ». Cette intervention a été testée à moyen terme et donne des résultats persistants dans le sens d'une diminution prolongée des affects négatifs et de restriction alimentaire à moyen terme lorsqu'on compare le groupe recevant l'intervention à des groupes contrôles (Stice et al. 2012a, 2014a).

AUTEURS (DATE)	PAYS	N (ANALYSES)/ (RECRUTES)	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
DOYLE ET AL. (2008)	Etats-Unis	80	Elèves de 12 à 18 ans, en surpoids ou à risque de développer un surpoids – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> <i>Student Bodies 2</i> (16 semaines) <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 4 mois	- Pas de différences significatives à 4 mois pour l'IMC - <u>Diminution significative des préoccupations corporelles</u> à 4 mois pour le groupe intervention
ABASCAL ET AL. (2004)	Etats-Unis	78	Elèves de 13 à 16 ans, engagées dans un cursus d'éducation physique ou d'éducation à la santé – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> - <i>Student Bodies</i> /Groupe à risque - <i>Student Bodies</i> /Groupe à bas risque - <i>Student Bodies</i> /Groupe combiné	Prétest Post-intervention	- <u>Amélioration significative des préoccupations liées au poids</u> dans le groupe à risque - <u>Amélioration significative des préoccupations corporelles, comportements de restriction, recherche de la minceur</u> dans les groupes à risque et combiné - <u>Amélioration significative des connaissances</u> dans les 3 groupes
JONES ET AL. (2008)	Etats-Unis	87/105	Lycéens d'environ 15 ans en surpoids (IMC>85 <sup>e</sup> percentile rapporté à l'âge) ; présentant des épisodes d'hyperphagie au moins 1 fois par semaine sur les 3 derniers mois, sans maladies ou traitements affectant la prise de poids ou l'appétit – <b>Prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> <i>Student Bodies 2 – Binge Eating Disorders</i> (16 semaines) + lettres hebdomadaires pour faciliter l'adhésion au programme <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 9 mois	- <u>Diminution significative de l'IMC, de l'hyperphagie objective et subjective</u> pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle - <u>Diminution significative des préoccupations corporelles et pondérales</u> en analyse non en intention de traiter - <u>Pas de différences significatives pour la prise de gras et de sucre</u> ou les niveaux de <b>dépression</b>

**Tableau 3 : Programmes délivrés par ordinateur**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N (ANALYSES)/ (RECRUTES)	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
ZABINSKI ET AL. (2001)	Etats-Unis	56 / 62	Etudiantes d'université de 17 à 24 ans avec BSQ initial $\geq$ 110 sans trouble alimentaire – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Logiciel <i>Student Bodies</i> + rappels téléphoniques – communication synchrone <b>VS</b> contrôles (intervention retardée)	Prétest Post-intervention 10 semaines	- Pas de différence significative entre les 2 groupes - <u>Amélioration significative des préoccupations corporelles</u> dans les 2 groupes - Tendance vers une diminution plus importante de l'insatisfaction corporelle dans le groupe <i>Student Bodies</i>
ZABINSKI ET AL. (2004)	Etats-Unis	58/60	Etudiantes d'université de 17 à 33 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> <i>Student bodies</i> + live chat <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 10 semaines	- <u>Amélioration significative des préoccupations corporelles et liées au poids</u> pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle - <u>Amélioration significative de l'estime de soi</u> pour le groupe intervention par rapport aux contrôles
FRANKO ET AL. (2005)	Etats-Unis	231/236	Etudiantes de première année d'université (18-22 ans) sans trouble alimentaire – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Food, Mood and Attitudes</i> » : CD-ROM permettant à la participante de jouer le rôle d'un pair conseiller pour 3 étudiants souffrant de troubles alimentaires <b>VS</b> groupe contrôle	Prétest Post-intervention 3 mois	- <u>Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur et des préoccupations corporelles et liées au poids</u> chez le groupe d'étudiantes à risque par rapport aux sujets à bas risque et aux sujets contrôle.

**Tableau 3 : Programmes délivrés par ordinateur (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N (ANALYSES)/ (RECRUTES)	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES A	PRINCIPAUX RESULTATS
KASS ET AL. (2014)	Etats-Unis	151	Etudiantes de 18 à 25 ans, à risque de développer un trouble alimentaire (défini par un score au WCS>47), ne présentant pas de trouble alimentaire ou de pathologie alimentaire sub-syndromique – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Student Bodies</i> » - Avec groupe internet de discussion guidé - Sans groupe de discussion	Prétest Post-intervention	- <u>Diminution significative</u> des préoccupations corporelles post intervention pour le groupe avec groupe de discussion  - <u>Pas de différence</u> entre les 2 groupes pour les symptômes alimentaires.
TAYLOR ET AL. (2016)	Etats-Unis	185/206	Jeunes femmes de 18 à 25 ans à haut risque de développer un trouble alimentaire défini par un score au WCS>47), ne présentant pas de trouble alimentaire mais des facteurs de risque importants supplémentaires – <b>prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Image and Mood</i> » (logiciel dévié de « <i>Student Bodies</i> » en 10 sessions visant des facteurs de risque spécifiques <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 1 an 2 ans	- <u>Diminution significative des attitudes et des comportements alimentaires perturbés</u> dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle à moyen terme  - <u>Pas de différence significative</u> sur les <b>préoccupations corporelles ou alimentaires</b>
JACOBI ET AL. (2007)	Allemagne	100	Etudiantes de 18 à 29 ans, avec un IMC entre 18 et 30, n'ayant pas de conduites alimentaires perturbées dans les 3 derniers mois et désirant améliorer leur image corporelle – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Student Bodies</i> »  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post intervention 3 mois	- <u>Amélioration significative</u> de la <b>recherche de la minceur et des connaissances</b> , ainsi que des <b>préoccupations liées aux formes</b> pour le sujet intervention dans son ensemble à 3 mois - <u>Amélioration significative</u> des <b>préoccupations corporelles et pondérales</b> et des <b>connaissances</b> pour les groupes à haut risque de développer un trouble alimentaire (WCS>42) à 3 mois

**Tableau 3 : Programmes délivrés par ordinateur (suite)**



AUTEURS (DATE)	PAYS	N (ANALYSES)/ (RECRUTES)	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
TAYLOR ET AL. (2006)	Etats-Unis	421 /480	Etudiantes de 18 à 30 ans avec un IMC entre 18 et 32, à risque de développer un trouble alimentaire (défini par un score $\geq 50$ au WCS) – <b>Prévention Sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Student Bodies</i> » + e-mails + révision possible du programme au 9 <sup>e</sup> mois après l'intervention  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-Intervention 1 an 2 ans 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration significative des échelles <b>Weight Concerns Scale, EDE-Q et de l'EDI</b> (Sous-échelle Recherche de la minceur) à 1 an pour le groupe intervention</li> <li>- Pas de différence significative entre les 2 groupes pour l'apparition de <b>troubles alimentaires</b></li> <li>- Identification de sous-groupes dans lesquels l'apparition des troubles alimentaires est réduite : IMC&gt;25 et participants avec conduites compensatoires à T<sub>0</sub></li> </ul>
WINZELBERG ET AL. (2000)	Etats-Unis	44 /60	Etudiantes d'université de 18 à 33 ans, de plus de 18 d'IMC, sans trouble alimentaire et désirant travailler sur leur image corporelle – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Logiciel « <i>Student Bodies</i> »  <b>VS</b> contrôles (intervention retardée)	Prétest Post-intervention (8 semaines) 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution significative de l'<b>insatisfaction corporelle et de la recherche de la minceur</b> dans le groupe <i>Student Bodies</i> par rapport au groupe contrôle</li> <li>- Diminution plus importante (non significative) de l'insatisfaction corporelle dans les groupes à haut risque</li> </ul>
JACOBI ET AL. (2012)	Allemagne	103 /126	Jeunes femmes de 18 à 35 ans présentant des préoccupations corporelles et un IMC compris entre 17.5 et 33, sans trouble alimentaire ou psychiatrique. – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Student Bodies</i> + »  <b>VS</b> contrôles	Prétest 8 semaines 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution significative des <b>symptômes alimentaires</b> pour le groupe intervention à 6 mois</li> <li>- Pas d'apparition de <b>conduites alimentaires perturbées</b> dans le groupe intervention, 5 personnes en développant dans le groupe contrôle</li> </ul>

**Tableau 3 : Programmes délivrés par ordinateur (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/ TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES A	PRINCIPAUX RESULTATS
WINZELBERG ET AL. (1998)	Etats- Unis	57	Etudiantes d'université d'environ 20 ans, de plus de 19 d'IMC sans trouble alimentaire– <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Logiciel « <i>Student Bodies</i> » + groupe de soutien par email – communication asynchrone  <b>VS Contrôles</b>	Prétest Post- intervention 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Amélioration significative</u> pour le groupe intervention de la <b>recherche de la minceur et des symptômes de boulimie, des préoccupations liées au poids et aux formes et de l'insatisfaction corporelle</b></li> <li>- Pas d'augmentation significative des connaissances.</li> </ul>
STICE ET AL. (2012A, 2014A)	Etats- Unis	107	Etudiantes d'université d'environ 22 ans présentant des préoccupations corporelles – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> "eBody Project" (eBP) <b>VS Body Project (BP)</b> <b>VS Vidéo neutre VS contrôles</b>	Prétest Post- intervention 1 an 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diminution significative de l'insatisfaction corporelle, des affects négatifs et des comportements de restriction</u> pour eBP par rapport au groupe contrôle post intervention. Persistance des effets sur les <b>affects négatifs</b> à 1 an et sur <b>l'IMC</b> à 1 et 2 ans.</li> <li>- <u>Diminution significative des comportements de restriction</u> pour eBP par rapport au groupe vidéo post intervention. Persistance des effets sur <b>l'IMC</b> à 1 an et sur les <b>comportements de restriction alimentaire</b> à 2 ans.</li> <li>- <u>Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle et des symptômes alimentaires</u> pour le groupe BP par rapport au groupe contrôle post intervention. Persistance de l'effet sur <b>l'insatisfaction corporelle et les affects négatifs</b> à 1 an et de l'effet sur <b>l'IMC et l'insatisfaction corporelle</b> à 2 ans.</li> <li>- <u>Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle et des symptômes alimentaires</u> pour le groupe BP par rapport au groupe vidéo post intervention. Persistance de l'effet sur <b>l'insatisfaction corporelle et les comportements de restriction alimentaire</b> à 1 an et 2 ans. A 2 ans s'ajoute une diminution des <b>symptômes de troubles alimentaires</b></li> <li>- <u>Pas de différence significative</u> entre les 2 interventions ou les 2 groupes contrôle</li> </ul>

**Tableau 3 : Programmes délivrés par ordinateur (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
LOW ET AL. (2006)	Etats- Unis	61/72	Etudiantes d'une université privée ne souffrant pas de trouble alimentaire ou n'ayant pas d'antécédent de trouble alimentaire – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Student bodies</i> » complet <b>VS</b> « <i>Student bodies</i> » avec un groupe d'échange sans modérateur <b>VS</b> « <i>Student bodies</i> » sans groupe d'échange <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-Intervention 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Amélioration significative</u> des <b>préoccupations alimentaires et corporelles</b> dans le bras avec groupe d'échange sans modération.</li> <li>- <u>Augmentation significative</u> des scores à la <b>sous-échelle de boulimie de l'EDI</b> chez les sujets contrôles par rapport à tous les autres groupes.</li> </ul>

**Tableau 3 : Programmes délivrés par ordinateur (suite)**

## **Programmes menés dans une communauté particulière**

En 1997, Martz et al. imaginent la première intervention menée dans une communauté envisagée comme à risque de développer un trouble alimentaire, les sororités universitaires, communautés étudiantes féminines attirant principalement des étudiantes en premier cycle des études supérieures. Ces sororités sont connues pour apporter une entraide par des pairs, en particulier sur le plan extra-scolaire, mais aussi pour leur tendance à certains comportements déviants, tels que le développement de troubles alimentaires ou les conduites sexuelles à risque. Ce type de communauté est ainsi sélectionné, de par le rapport particulier qui y est entretenu à l'image d'une femme attractive. Ce rapport particulier à l'image conduit les jeunes femmes appartenant à ces sororités adopter des conduites de restriction alimentaire (Martz et al. 1997). Cette première étude ne donne pas de résultats significatifs mais donne lieu à plusieurs études de la sorte. Les sororités universitaires (Martz et al. 1997; Becker et al. 2005, 2006, 2008), les communautés d'athlètes (Elliot et al. 2004; Buchholz et al. 2008; Smith et Petrie 2008; Becker et al. 2012; Martinsen et al. 2014), les minorités ethniques (Rodriguez et al. 2008) ou les scouts (Neumark-Sztainer et al. 2000) ont ici été l'objet d'études testant diverses interventions, permettant entre autres de former des pairs menant les interventions dans leur propre groupe d'appartenance.

Les 11 études de cette catégorie correspondent à des études de **prévention sélective**.

Les jeunes scouts féminines ont été l'objet d'un programme d'éducation aux médias (Neumark-Sztainer et al. 2000). Ce programme montre une augmentation significative du sentiment d'efficacité personnelle pour ne pas répondre aux normes sociétales imposées par les médias retrouvé 3 mois après l'intervention.

Les minorités ethniques (Rodriguez et al. 2008) réagissent toutes de la même manière au protocole de dissonance cognitive développé par Stice et al. (Stice et al. 2000). On retrouve dans ces sous-groupes une diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle et des symptômes alimentaires.

Le laboratoire de Becker et al. a pu tester en 3 études les différences provoquées par un protocole de dissonance cognitive et un protocole d'éducation aux médias menés par des cliniciens (Becker et al. 2005) ou par des pairs (Becker et al. 2006, 2008) dans des sororités universitaires aux Etats-Unis. Au décours de ces études, on notera une diminution significative des comportements de restriction alimentaire, de l'insatisfaction corporelle et des symptômes alimentaires à 8 mois (Becker et al. 2006, 2008). On y retrouve une diminution plus importante pour les groupes à haut risque (Becker et al. 2008) que pour les groupes à bas risque dans le cadre des interventions menées par des pairs. Lors des sessions menées par des cliniciens, on notera une diminution des facteurs de risque de développer un trouble alimentaire à 1 mois dans les sororités (Becker et al. 2005).

Trois études centrées sur les athlètes se concentrent sur les effets de protocoles de psychoéducation (Elliot et al. 2004; Buchholz et al. 2008) ou de dissonance cognitive (Smith et Petrie 2008) à court et moyen terme. Le protocole de dissonance cognitive comparé au protocole de gestion saine du poids ou à un groupe contrôle ne provoque pas d'effet significatif post-intervention (Smith et Petrie 2008), alors que les deux protocoles de psychoéducation diminuent l'internalisation de l'idéal de minceur véhiculé par les médias post-intervention et à 3 mois (Elliot et al. 2004; Buchholz et al. 2008). Les deux dernières études se concentrent également sur les effets de protocoles de dissonance cognitive ou de régulation saine du poids à long terme, et montrent une diminution de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des comportements de restriction alimentaire et des préoccupations corporelles (Becker et al. 2012; Martinsen et al. 2014) à 1 an, ainsi qu'une diminution de l'incidence des troubles alimentaires pour le protocole le plus complet, réalisé en Norvège et faisant intervenir à la fois les athlètes, mais aussi les parents et les coaches de l'école à 2 ans (Martinsen et al. 2014).

ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
NEUMARK- SZTAINER ET AL. (2000)	Etats- Unis	222 /226	Jeunes troupes de scouts féminines de 9 à 12 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> - Programme « <i>free to be me</i> » dirigé sur les interactions entre l'environnement social, l'environnement personnel et les facteurs comportementaux au travers de l'éducation aux médias. - Troupes de scout contrôles	Prétest Post- intervention direct 3 mois	- <u>Augmentation</u> <u>significative</u> du <b>sentiment</b> <b>d'efficacité personnelle</b> à ne pas répondre aux normes sociétales de minceur imposées par les médias
BUCHHOLZ ET AL. (2008)	Canada	62/106 athlètes 32/64 mères 11/33 pères 18/33 coaches	Athlètes de sexe féminin de 11 à 18 ans faisant partie de 7 clubs de sports différents et leurs familles – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>BodySense</i> » : psychoéducation pour les athlètes, parents et coaches pouvant bénéficier à leur demande d'ateliers de sensibilisation sur les troubles alimentaires et la triade de l'athlète féminine. Brochures mises à disposition des parents. <b>VS</b> contrôles	Prétest 3 mois post- intervention	- <u>Diminution significative</u> de <b>l'internalisation de l'idéal</b> <b>de minceur</b> pour les athlètes du groupe intervention - Pas de résultats significatifs pour les parents ou les coaches (biais d'attrition)
ELLIOT ET AL. (2004)	Etats- Unis	928	Adolescentes (d'environ 15 ans) étudiantes en sport engagées dans une activité sportive dans leur école – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Formation de chefs de groupe de 90 minutes + 8x45 minutes de psychoéducation interactive avec travail de groupe mené par des pairs, intégré dans les sessions de cours habituelles  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post- intervention	- <u>Diminution significative</u> de l'utilisation de pilules amincissantes, de l'intention d'utiliser des <b>conduites</b> <b>alimentaires perturbées</b> pour perdre du poids chez les sujets ayant bénéficié de l'intervention - <u>Diminution significative</u> post-intervention de <b>l'internalisation de l'idéal de</b> <b>minceur</b> véhiculé par les médias.

**Tableau 4 : Programmes délivrés dans une communauté particulière**

ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
MARTINSEN ET AL. 2014)	Norvège	465	Jeunes athlètes de 16-17 ans des 2 sexes recrutés dans des écoles spécialisées dans les sports d'élite, ne souffrant pas de troubles alimentaires – <b>prévention sélective</b>	<b><u>Intervention :</u></b> Basée sur les théories socio-cognitives et la dissonance cognitive. Séminaires, formations pour les coaches et les parents, brochures d'information. Durée de l'intervention : 1 an.  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 21 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pas de nouveau cas de trouble alimentaire dans le groupe intervention</b> (8 dans le groupe contrôle)</li> <li>- <u>Augmentation significative</u> des <b>rémissions des troubles alimentaires</b> dans le groupe intervention (non inclus dans les statistiques)</li> <li>- <u>Diminution significative</u> des <b>conduites de restriction alimentaire ou de purge, de l'aménorrhée, de l'insatisfaction corporelle et de la recherche de la minceur, augmentation significative de <b>l'estime de soi</b> pour les athlètes de sexe féminin à 21 mois</b></li> <li>- <u>Diminution significative</u> du <b>nombre de symptômes de troubles alimentaires, de la recherche de la minceur et augmentation significative de <b>l'estime de soi</b> chez les athlètes de sexe masculin à 21 mois</b></li> </ul>
RODRIGUEZ ET AL. (2008)	Etats-Unis	481	Adolescentes de 14 à 19 ans avec préoccupations corporelles, sans diagnostic de TCA – <b>prévention sélective</b>	<b><u>Intervention :</u></b> 4 groupes : <u>Dissonance cognitive</u> : 3 sessions hebdomadaires d'1h en groupe <u>Programme de contrôle du poids</u> : 3 sessions hebdomadaires d'1h en groupe <u>Expression écrite</u> : 3 sessions individuelles d'écriture <b>VS</b> <u>Liste d'attente</u>	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diminution significative</u> de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle et des symptômes alimentaires <u>similaire pour les différents groupes ethniques</u> par rapport aux groupes contrôles</li> </ul>

**Tableau 4 : Programmes délivrés dans une communauté particulière (suite)**

ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
<b>BECKER ET AL. (2005)</b>	Etats-Unis	149 /161	Membres de sororités de 18 à 22 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 2 séances de 2h de - Dissonance cognitive - Psychoéducation aux médias  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 1 mois	- Diminution significative des <b>conduites de restriction, des symptômes alimentaires et de l'insatisfaction corporelle</b> pour les 2 groupes intervention par rapport aux contrôles à 1 mois - Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur pour le groupe dissonance par rapport au groupe contrôle à 1 mois
<b>MARTZ ET AL. (1997)</b>	Etats-unis	36/61	Jeunes femmes de 20 ans faisant partie de sororités universitaires – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> - Formation de « leaders » afin de réaliser des interventions de psychoéducation personnalisées visant à réduire les conduites alimentaires perturbées - Sororité contrôle	Prétest 1 mois post-intervention	- Pas de résultats significatifs entre les sororités ayant eu l'intervention et les sororités contrôles.
<b>BECKER ET AL. (2006)</b>	Etats-Unis	80	Membres d'une sororité d'université américaine de 19 ans environ ne présentant pas de trouble alimentaire – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 2 séances de 2h menées par des membres de la sororité de - Dissonance cognitive - Psychoéducation aux médias	Prétest 2 semaines post-intervention 7 semaines 8 mois	- Diminution significative des <b>comportements de restriction, de l'insatisfaction corporelle et de l'internalisation de l'idéal de minceur</b> pour le groupe dissonance à 8 mois - Diminution significative des <b>symptômes de pathologie alimentaire</b> pour les 2 groupes à 8 mois

**Tableau 4 : Programmes délivrés dans une communauté particulière (suite)**



ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
<b>BECKER ET AL. (2008)</b>	Etats-Unis	173	Membres d'une sororité d'université américaine de 19 ans environ ne présentant pas de trouble alimentaire – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 2 séances de 2h menées par des membres de la sororité de - Dissonance cognitive - Psychoéducation aux médias	Prétest Post-intervention 7 semaines 8 mois	- Réponses différentes à 8 mois entre population à haut risque et population à bas risque en analyse post-hoc, sur la base de la réponse à l'échelle EDE-Q - <u>Diminution plus importante et prolongée</u> dans le temps de <b>l'insatisfaction corporelle, des conduites de restriction et des symptômes de boulimie</b> pour le groupe à haut risque
<b>SMITH ET PETRIE (2008)</b>	Etats-Unis	29	Jeunes femmes athlètes (19 ans) avec des préoccupations corporelles – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Body Project</i> » « <i>Healthy Weight</i> »  <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	- <u>Pas de différence significative</u> entre les 3 groupes - <u>Pas de Diminution significative</u> des facteurs de risque quelle que soit l'intervention
<b>BECKER ET AL. (2012)</b>	Etats-Unis	157 /168	Jeunes athlètes de sexe féminin de 18 à 22 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Female Athlete Body Project</i> » : adapté du programme de dissonance cognitive de Stice et al. VS « <i>Athlete Modified Healthy Weight</i> » : adapté du programme de régulation du poids de Stice et al.	Prétest Post-intervention 6 semaines post-intervention 1 an post-intervention	- <u>Diminution significative</u> de <b>l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des comportements de restriction alimentaires, des préoccupations corporelles et des affects négatifs</b> pour les 2 groupes

**Tableau 4 : Programmes délivrés dans une communauté particulière (suite)**

## Programmes basés sur la dissonance cognitive

La dissonance cognitive est un processus initialement théorisé par Léon Festinger en 1957 (Festinger 1962), qui correspond à la simultanéité de cognitions incompatibles ou de cognitions et de comportements contradictoires. Cette incompatibilité provoque une sensation d'inconfort intellectuel qui peut être provoqué en permettant l'accession à des cognitions nouvelles contredisant les idées aberrantes comme l'internalisation de l'idéal de minceur. On peut provoquer cette sensation d'inconfort par des exercices tels que la critique en groupe de l'idéal de minceur. Il est par exemple demandé à ces participantes à ces interventions de convaincre, dans le cadre d'un jeu de rôle, une autre jeune femme de l'importance de ne pas suivre l'idéal de minceur véhiculé par la société. La participante sera alors dans l'obligation d'imaginer pourquoi cet idéal est contraire à ses propres valeurs de santé ou de critique sociétale par exemple, provoquant chez elle une sensation d'inconfort intellectuel. Son comportement par rapport au poids, ses idées par rapport à sa propre silhouette seront en effet mis en évidence comme contraire aux idées qu'elle énoncera dans le cadre de cet exercice. Cette sensation inconfortable est appelée à disparaître lorsque l'on guide la personne vers un comportement plus adapté aux idées concordantes à la réalité.

Ces 18 études, menées par plusieurs laboratoires différents, ont permis de tester le protocole de dissonance cognitive initialement proposé par Stice et al. (Stice et al. 2000), dans diverses conditions d'efficacité et d'efficience. Le protocole, appelé « *Body Project* » a été testé par différents laboratoires (Stice et al. 2001, 2006, 2008, 2009; Roehrig et al. 2006; McMillan et al. 2011) et sous différentes formes (de 2 sessions (Brown et Keel 2015) à 6 sessions au niveau scolaire (Rohde et al. 2014), dissonance faible vs dissonance forte (Green et al. 2005), ou par informatique (Stice et al. 2012a)). Toutes les études citées ici retrouvent une amélioration significative des facteurs de risque. Dans la quasi-totalité des cas, on retrouve des effets à long terme (Stice et al. 2008, 2011) sur les symptômes alimentaires, par le biais à court ou moyen terme de la réduction de l'internalisation de l'idéal de minceur (Stice et al. 2001, 2003, 2006, 2008, 2013a, 2013b, 2014b, 2015b; Matussek et al. 2004; Green et al. 2005; McMillan et al. 2011), de l'insatisfaction corporelle (Stice et al. 2001, 2008, 2009, 2011, 2013a, 2013b, 2014b, 2015a; Green et al. 2005; McMillan et al. 2011; Serdar et al. 2014), des affects négatifs (Stice et al. 2001, 2003, 2006, 2008, 2013a,

2015a; Green et al. 2005; Roehrig et al. 2006; Rohde et al. 2014), des comportements de restriction alimentaire (Stice et al. 2001, 2003, 2006, 2009, 2013a, 2013b, 2014b, 2015a; Green et al. 2005; McMillan et al. 2011) chez des jeunes femmes avec des préoccupations corporelles ou une insatisfaction corporelle repérée par des mesures psychométriques.

On notera également l'efficacité de ce programme chez les hommes homosexuels (Brown et Keel 2015) à 1 mois, avec une diminution significative de l'insatisfaction corporelle, de l'attirance pour la masse musculaire, des comportements de restriction alimentaire et boulimiques et de l'objectification de soi et du partenaire pour le groupe « *Pride Body Project* » par rapport aux contrôles.

Un niveau de preuve supplémentaire a été atteint en démontrant les effets du « *Body Project* » sur les activations cérébrales du noyau caudé, impliqué dans le système de récompense (Stice et al. 2015b).

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION / TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
ROHDE ET AL. (2014)	Etats- Unis	Etude 1 : 81  Etude 2 : 41	Elèves de 12 ans, de sexe féminin sans trouble alimentaire	<b><u>Intervention :</u></b> « <i>Middle School Body Project</i> » : 6 sessions de 45 minutes en groupes de 5 à 8 <b>VS</b> contrôles	Etude 1 : Prétest Post- intervention  Etude 2 : + 3 mois	Etude 1 : - <u>Diminution significative</u> de la <b>pression à être maigre</b> pour le groupe dissonance par rapport au groupe contrôle Etude 2 : - <u>Diminution significative</u> des <b>affects négatifs</b> en post-intervention direct pour le groupe dissonance, ne se prolongeant pas à 3 mois
STICE ET AL. (2001)	Etats- Unis	78/87	Jeunes femmes (13- 20 ans) avec préoccupations corporelles – <b><i>prévention sélective</i></b>	<b><u>Intervention :</u></b> Dissonance cognitive  <b>VS</b> Programme de contrôle du poids	Prétest ; Post- intervention ; 1 mois	- <u>Diminution significative</u> des <b>comportements de restriction, de l'insatisfaction corporelle, des affects négatifs et des symptômes boulimiques</b> dans les 2 groupes - <u>Diminution significative</u> de <b>l'internalisation de l'idéal de minceur</b> dans le groupe intervention à 1 mois par rapport aux sujets contrôles
STICE ET AL. (2003)	Etats- Unis	135 /148	Jeunes femmes (13- 20 ans) avec préoccupations corporelles – <b><i>prévention sélective</i></b>	<b><u>Intervention :</u></b> Dissonance cognitive  <b>VS</b> Programme de contrôle du poids <b>VS</b> liste d'attente	Prétest Post- intervention 1 mois 3 mois 6 mois	- <u>Diminution significative</u> de <b>l'internalisation de l'idéal de minceur (IM)</b> entre T <sub>0</sub> et 6 mois post-intervention pour les participantes au groupe Dissonance cognitive. - <u>Diminution significative</u> des <b>comportements de restriction alimentaire</b> entre T <sub>0</sub> et M6 pour les groupes dissonance cognitive et programme de contrôle du poids. - <u>Diminution significative</u> des <b>affects dépressifs</b> et des <b>symptômes boulimiques</b> dans le groupe Programme de contrôle du poids entre T <sub>0</sub> et M6

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION / TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
STICE ET AL. (2006)	Etats-Unis	481	Adolescentes de 14 à 19 ans avec préoccupations corporelles, sans diagnostic de TCA— <b>prévention sélective</b>	<p><b><u>Intervention :</u></b> 4 groupes : <u>Dissonance cognitive</u> : 3 sessions hebdomadaires d'1h en groupe</p> <p><u>Programme de contrôle du poids</u> : 3 sessions hebdomadaires d'1h en groupe</p> <p><u>Expression écrite</u> : 3 sessions individuelles d'écriture</p> <p><u>Liste d'attente</u></p>	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Dissonance &gt; liste d'attente</u> à 1 an pour <b>l'internalisation de l'idéal de minceur, les conduites de restriction et les symptômes boulimiques</b></li> <li>- <u>Dissonance &gt; Expression écrite</u> pour les <b>conduites de restriction</b> à 1 an</li> <li>- <u>Dissonance &gt; Liste d'attente</u> pour les <b>affects négatifs</b> à 1 an</li> <li>- <u>Programme de contrôle du poids &gt; Liste d'attente</u> pour <b>l'internalisation de l'idéal de minceur, les conduites de restriction et les symptômes boulimiques</b> à 1 an</li> <li>- <u>Programme de contrôle du poids &gt; Expression écrite</u> pour <b>l'internalisation de l'idéal de minceur</b> à 1 an</li> <li>- <u>Expression écrite &gt; Liste d'attente</u> pour <b>les symptômes boulimiques</b> à 1 an.</li> </ul>

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION TYPE DE PREVENTION	/	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	- PRINCIPAUX RESULTATS
STICE ET AL. (2008)	Etats- Unis	481	Idem– <i>prévention sélective</i>		Poursuite de l'étude précédente à 2 et 3 ans	Prétest 2 ans 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Dissonance &gt; liste d'attente</u> pour <b>l'internalisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle, les affects négatifs</b> et les <b>symptômes boulimiques</b> à 2 ans, avec persistance des effets à 3 ans pour <b>l'insatisfaction corporelle</b> et les <b>affects négatifs</b></li> <li>- <u>Dissonance &gt; Expression écrite</u> pour <b>l'internalisation de l'idéal de minceur</b> et <b>l'insatisfaction corporelle</b> à 2 ans, avec persistance à 3 ans pour <b>l'insatisfaction corporelle</b></li> <li>- <u>Dissonance &lt; programme de contrôle pondéral</u> pour <b>l'IMC</b> à 3 ans</li> <li>- <u>Programme de contrôle pondéral &gt; liste d'attente</u> pour <b>l'insatisfaction corporelle, les affects négatifs</b> et les <b>symptômes boulimiques</b> à 2 ans avec persistance à 3 ans <b>+IMC</b> à 3 ans</li> <li>- <u>Programme de contrôle pondéral &gt; Expression écrite</u> pour <b>l'insatisfaction corporelle</b> à 2 ans et pour <b>l'internalisation de l'idéal de minceur</b> et <b>l'IMC</b> à 3 ans</li> </ul>

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION / TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
STICE ET AL. (2009, 2011)	Etats-Unis	304/306	Jeunes femmes de 14 à 19 ans avec des préoccupations corporelles. Exclusion des participantes atteintes de troubles alimentaires – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Dissonance cognitive en conditions réelles (implantées et réalisées par le personnel des écoles concernées) <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an 2 ans 3 ans	- <u>Diminution significative de l'insatisfaction corporelle, des conduites de restriction et des symptômes de troubles des conduites alimentaires</u> pour le groupe dissonance par rapport au groupe contrôle à 1 an. - <u>Diminution significative de l'insatisfaction corporelle</u> à 2 ans ne se prolongeant pas à 3 ans pour le groupe intervention - <u>Diminution significative des symptômes de troubles alimentaires</u> à 3 ans pour le groupe intervention.
GREEN ET AL. (2005)	Etats-Unis	155	Etudiantes en psychologie de 17 à 22 ans – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Protocole de dissonance cognitive forte <b>VS</b> Protocole de dissonance cognitive faible <b>VS</b> Contrôles	Post-intervention 4 semaines post-intervention	- Pas de différence significative entre les 3 groupes aux 2 temps mesurés
MATUSEK ET AL. (2004)	Etats-Unis	84/89	Etudiantes (18-23 ans) avec préoccupations corporelles, sans diagnostic de TCA – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Protocole de dissonance cognitive en 1 session <b>VS</b> protocole de psychoéducation « comportements sains » en 1 session <b>VS</b> liste d'attente (contrôles)	Prétest 1 mois	- <u>Amélioration significative de la recherche de la minceur (RM), de l'internalisation de l'idéal de minceur et des comportements alimentaires sains</u> dans les 2 groupes intervention (dissonance et comportements sains) par rapport au groupe contrôle

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION / TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
ROEHRIG ET AL. (2006)	Etats- Unis	51/78	Jeunes femmes (18-44 ans) à risque de trouble alimentaire (internalisation de l'idéal de minceur et insatisfaction corporelle de plus de 0.5DS par rapport à la moyenne) – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> <u>Protocole de dissonance cognitive pure</u> (3 sessions de 90min) <b>VS</b> <u>protocole de dissonance cognitive</u> proposé par Stice	Prétest Après chaque session A 1 mois post-intervention	Résultats similaires dans les 2 groupes - <u>Diminution significative</u> des <b>affects négatifs</b> dans le groupe dissonance pure après 1 mois
MCMILLAN ET AL. (2011)	Etats- Unis	124	Etudiantes de 18 à 50 ans ne présentant pas de trouble alimentaire constitué – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 4 séances d'1h d'un programme de Dissonance forte Dissonance faible <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois	- <u>Diminution significative</u> de l' <b>internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle et des comportements de restriction alimentaire</b> à 3 mois pour le groupe dissonance forte par rapport aux contrôles - <u>Diminution significative</u> de l' <b>internalisation de l'idéal de minceur et des comportements de restriction alimentaire</b> à 3 mois pour le groupe dissonance faible par rapport aux contrôles - Pas de différence à 3 mois entre les 2 groupes intervention
STICE ET AL. (2013A, 2015A)	Etats- Unis	408	Etudiantes d'université ne souffrant pas de troubles alimentaires	<b>Intervention :</b> 4 sessions d'1h en groupe, animées par des cliniciens non chercheurs ( <i>Body Project</i> ) <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 1 an 2 ans 3 ans	- <u>Diminution significative</u> de l' <b>internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des comportements de restriction alimentaire, des affects négatifs et des symptômes de troubles alimentaires</b> pour le groupe BP par rapport aux contrôles à 1 an en conditions écologiques - <u>Prolongation</u> des effets à 2 et 3 ans. - Pas de modification de l'incidence des troubles alimentaires entre les 2 groupes à 2 et 3 ans

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive (suite)**



AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION / TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
<b>STICE ET AL. (2013B)</b>	Etats-Unis	Etude 1 : 171  Etude 2 : 148	Jeunes femmes d'environ 21 ans présentant des préoccupations corporelles mais sans trouble alimentaire	Etude 1 : <b><u>Intervention :</u></b> 4 sessions d'1h en groupe de 6 à 8 de Dissonance cognitive menée par des pairs <b>VS</b> Dissonance cognitive menée par des cliniciens <b>VS</b> contrôles  Etude 2 : <b><u>Intervention :</u></b> 4 sessions d'1h en groupe de 6 à 8 de Dissonance cognitive menée par un couple de pairs <b>VS</b> contrôles	Etude 1 : Prétest Post-intervention 1 an  Etude 2 : Prétest 1 mois Post-intervention	Etude 1 : - <u>Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, des conduites de restriction alimentaire, de l'insatisfaction corporelle, des affects négatifs et des symptômes de troubles alimentaires</u> pour les 2 groupes intervention par rapport aux contrôles post-intervention - <u>Prolongation des effets</u> à 1 an pour le groupe intervention mené par les cliniciens - <u>Prolongation des effets sur les conduites de restriction alimentaire</u> à 1 an pour le groupe intervention mené par des pairs  Etude 2 : - <u>Diminution significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, des conduites de restriction alimentaire, de l'insatisfaction corporelle des affects négatifs et des symptômes de troubles alimentaires</u> pour le groupe intervention à 1 mois post-intervention
<b>SERDAR ET AL. (2014)</b>	Etats-Unis	333	Etudiantes de 18 à 25 ans présentant des préoccupations corporelles mais sans trouble alimentaire constitué	<b><u>Intervention :</u></b> 3 sessions d'1h « <i>Body Project</i> » « <i>eBody Project</i> » <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	- Pas de différences significatives entre les 2 groupes intervention - <u>Augmentation significative des attitudes positives par rapport au corps</u> et <u>Diminution significative de l'insatisfaction corporelle</u> dans les 2 groupes intervention par rapport au groupe contrôle

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION / TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
STICE ET AL. (2014B)	Etats-Unis	Etude 1 : 437	Etudiantes avec préoccupations corporelles mais sans trouble alimentaire	Etude 1 : <b><u>Intervention :</u></b> « <i>Body Project</i> » VS groupe vidéo VS contrôles	Etude 1 Prétest Post-intervention 1 an	Etude 1 : - Diminution significative de <b>l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des comportements de restriction alimentaire, des affects négatifs et des symptômes de troubles alimentaires</b> pour le groupe BP par rapport aux contrôles à 1 an en conditions écologiques Pas de différence significative entre les ethnicités
		Etude 2 : 192		Etude 2 : <b><u>Intervention :</u></b> « <i>Body Project</i> » mené par des pairs VS contrôles	Etude 2 : Prétest Post-intervention	Etude 2 : Résultats similaires Pas de différences significatives de l'ethnicité
BROWN ET KEEL (2015)	Etats-Unis	87	Hommes gay de 18 à 30 ans sans trouble alimentaire et désirant participer au programme	<b><u>Intervention :</u></b> « <i>Pride Body Project</i> » : 2 sessions de dissonance cognitive menées par des pairs  VS contrôles	Prétest Post-intervention 4 semaines	- Diminution significative à 1 mois de <b>l'insatisfaction corporelle, de l'attirance pour la masse musculaire, des comportements de restriction alimentaire et boulimiques et de l'objectification de soi et du partenaire</b> pour le groupe « <i>Pride Body Project</i> » par rapport aux contrôles
STICE ET AL. (2015B)	Etats-Unis	38	Femmes désirant travailler sur l'acceptation de l'image de leur corps	<b><u>Intervention :</u></b> « <i>Body Project</i> »  VS contrôles	IRM fonctionnelle	- Amélioration comportementale : Diminution du nombre de fois où le modèle le plus fin est noté comme le plus attractif pour le groupe dissonance par rapport aux contrôles - Diminution significative de <b>l'activation du noyau caudé droit</b> (impliqué dans le système de récompense) pour le groupe dissonance par rapport aux contrôles.

**Tableau 5 : Programmes basés sur la Dissonance cognitive (suite)**

## Programmes d'éducation aux médias

L'éducation aux médias est, selon le Ministère de l'Education Nationale, une technique qui vise à permettre une appréciation pertinente, critique et réfléchie des messages issus de différents types de médias. Dans le cas de la prévention des troubles des conduites alimentaires, les études cherchent à mettre l'accent sur la critique des idéaux de beauté (minceur pour les femmes, musculature saillante pour les hommes) transmis par les divers messages (publicitaires entre autres) véhiculés par les médias.

Parmi ces 12 études testant l'éducation aux médias, on retrouve 5 études de **prévention universelle** (Wilksch et al. 2006; Wilksch et Wade 2009; González et al. 2011; Espinoza et al. 2013; Wilksch 2015) et 7 études de **prévention sélective** (Irving et Berel 2001; McVey et Davis 2002; Coughlin et Kalodner 2006; Wilksch et al. 2008; Raich et al. 2010; López-Guimerà et al. 2011; Sharpe et al. 2013).

Deux des études de prévention sélective ne montrent pas d'effet de l'éducation aux médias à court (Raich et al. 2010) ou à moyen terme (McVey et Davis 2002). Ces deux études ont été réalisées chez de jeunes adolescentes de 10 à 14 ans. Les études se concentrent d'abord sur une population féminine, avec des résultats nuls sur les symptômes alimentaires (Irving et Berel 2001) et les préoccupations liées au poids et aux formes corporelles (Wilksch et al. 2008). Dans un second temps, elles se centrent sur une diminution des facteurs de risque (recherche de la minceur, insatisfaction corporelle, sentiment d'inefficacité personnelle) pour les sujets à haut risque à court terme (Coughlin et Kalodner 2006). Les études de prévention sélectives plus récentes se montrent plus efficaces à moyen terme avec une diminution des conduites de restriction et des préoccupations alimentaires (López-Guimerà et al. 2011) ou une augmentation de l'estime apportée à son propre corps (Sharpe et al. 2013). Ce dernier programme nommé « *Me, You and Us* » se démarque en proposant 4 sessions d'éducation aux médias suivies de 2 sessions de principes généraux de psychologie positive, visant à augmenter l'estime de soi, la capacité de gratitude et la connaissance des forces personnelles des participantes.

Sur le plan des études de **prévention universelle**, l'éducation aux médias semble remporter plus de succès, avec une diminution des affects dépressifs chez les jeunes filles et une diminution significative de divers facteurs de risque de troubles alimentaires chez les garçons post-intervention (Wilksch et al. 2006), une diminution des préoccupations corporelles et celles liées au poids à plus de 2 ans après la fin de l'intervention chez les jeunes filles (Wilksch et Wade 2009). Les études réalisées en Espagne montrent une diminution significative des symptômes alimentaires, et de l'internalisation de l'idéal de minceur de 6 à 30 mois (González et al. 2011; Espinoza et al. 2013). L'étude la plus récente menée en conditions écologiques ne retrouve pas l'efficacité en prévention universelle à 6 mois sur les préoccupations liées au poids et aux formes corporelles, mais retrouve une augmentation significative du sentiment d'efficacité personnelle et de la résistance aux moqueries (Wilksch 2015).

ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION- TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
MCVEY ET DAVIS (2002)	Etats-Unis	263 /282	Jeunes filles de 10 à 11 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> - Education aux médias en groupes interactifs, dispensée pendant les heures de cours par divers supports <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an	- <u>Pas de différence significative</u> entre les 2 groupes pour <b>l'insatisfaction corporelle ou l'apparition de troubles alimentaires</b>
WILKSCH (2015)	Australie	51	Elèves de 12 à 13 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> Menée par des professeurs (conditions écologiques) « <i>Media Smart</i> » : 8 sessions interactives de 50 minutes d'éducation aux médias (en 4 semaines) <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois	- <u>Pas de différences significatives</u> entre les 2 groupes pour <b>les préoccupations liées au poids et aux formes corporelles</b> - <u>Amélioration significative</u> du <b>sentiment d'inefficacité et des moqueries subies par les pairs</b> pour le groupe « <i>Media Smart</i> » par rapport aux sujets contrôles
RAICH ET AL. (2010)	Espagne	288	Adolescentes de 12 à 14 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Education aux médias <b>VS</b> Education aux médias + éducation nutritionnelle <b>VS</b> Contrôles	Prétest Post-intervention	- <u>Pas de différence significative</u> entre les groupes post-intervention
ESPINOZA ET AL. (2013)	Espagne	443	Adolescents de 12 à 14 ans – <b>Prévention Universelle</b>	<b>Intervention :</b> Education aux médias <b>VS</b> Education aux médias + éducation nutritionnelle <b>VS</b> Contrôles	Prétest 30 mois	- <u>Diminution significative</u> des <b>problèmes liés à l'image du corps</b> dans les 2 groupes intervention par rapport aux contrôles
SHARPE ET AL. (2013)	Royaume- Uni	409/436	Adolescentes de 12 à 14 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Me, You and Us</i> », 6 sessions d'éducation aux médias et de psychologie positive <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois	- <u>Amélioration significative</u> de <b>l'estime apportée à son propre corps</b> pour le groupe intervention à 3 mois - Pas d'aggravation de l'incidence dans les 2 groupes

**Tableau 6 : Programmes d'éducation aux médias**

ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION- TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
WILKSCH ET WADE (2009)	Australie	540	Elèves de 13 à 14 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> « Media Smart » : 8 sessions interactives de 50 minutes d'éducation aux médias (en 4 semaines) <b>VS</b> contrôles	Prétest Post- intervention 6 mois 30 mois	- <u>Diminution significative</u> des <b>préoccupations corporelles et liées au poids</b> chez les filles du groupe intervention à 30 mois par rapport au groupe contrôle
GONZALEZ ET AL. (2011)	Espagne	276/443	Adolescents de 13 à 14 ans - <b>Prévention Universelle</b>	<b>Intervention :</b> Education aux médias <b>VS</b> Education aux médias + éducation nutritionnelle <b>VS</b> Contrôles	Prétest Post- intervention 7 mois 30 mois	- <u>Diminution significative</u> des <b>symptômes alimentaires et de l'internalisation de l'idéal de minceur</b> pour le groupe éducation aux médias par rapport aux contrôles à 30 mois - <u>Diminution significative</u> des <b>symptômes alimentaires et de la recherche de la minceur</b> pour le groupe éducation aux médias et nutritionnelle à 30 mois, par rapport aux contrôles - Pas de différence significative entre les 2 groupes intervention - Pas de modification notable de l'IMC entre les groupes
LOPEZ- GUIMERA ET AL. (2011)	Espagne	263	Adolescentes de 13 à 14 ans de poids normal – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Education aux médias <b>VS</b> Education aux médias + éducation nutritionnelle <b>VS</b> Contrôles	Prétest Post- intervention 6 mois	- <u>Diminution significative</u> de la <b>restriction et des préoccupations alimentaires</b> pour le groupe éducation aux médias par rapport aux contrôles à 6 mois - <u>Diminution significative</u> de <b>l'internalisation de l'idéal de beauté</b> pour le groupe Education aux médias et nutritionnelle par rapport aux contrôles à 6 mois

**Tableau 6 : Programmes d'éducation aux médias (suite)**

ETUDE (PREMIER AUTEUR)	PAYS	N	POPULATION- TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
WILKSCH ET AL. (2006)	Australie	237	Elèves des 2 sexes de 13 à 15 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> Chaque classe recevait aléatoirement l'une des 6 leçons d'éducation aux médias, analyse faite par sexe.	Prétest Post-intervention	- <u>Diminution significative</u> des <b>affects dépressifs</b> chez les jeunes filles - <u>Diminution significative</u> des <b>conduites de restriction alimentaire, de l'internalisation des pressions sociales et du sentiment d'inefficacité</b> chez les garçons
WILKSCH ET AL. (2008)	Australie	138	Elèves de sexe féminin de 14 à 16 ans n'ayant pas de trouble alimentaire constitué – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 8 sessions de 50 minutes en 4 semaines de : - Programme d'éducation aux médias - Programme centré sur le perfectionnisme <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois	- Pas d'effet attendu sur les <b>préoccupations liées au poids et aux formes corporelles</b> - <u>Amélioration significative</u> des <b>préoccupations à faire une erreur</b> pour le groupe sur le perfectionnisme à 3 mois par rapport aux 2 autres groupes
COUGHLIN ET KALODNER (2006)	Etats-Unis	92	Etudiantes de 18 à 26 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « ARMED » - 2 sessions de 90 minutes d'éducation aux médias <b>VS</b> contrôles	Prétest 8 semaines	- <u>Diminution significative</u> de la <b>recherche de la minceur, de l'insatisfaction corporelle, du sentiment d'inefficacité personnelle</b> pour les sujets à haut risque à 8 semaines
IRVING ET BEREL (2001)	Etats-Unis	110	Etudiantes d'université de 18 à 38 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> - Education aux médias centrée sur l'image véhiculée par les médias - Education aux médias centrée sur les participantes - Psychoéducation par le biais d'une vidéo <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	- <u>Pas de différences significatives</u> entre les groupes pour les mesures de symptômes de troubles alimentaires - <u>Diminution significative</u> du <b>réalisme perçu et de la désirabilité des images perçues dans les médias</b> pour les groupes intervention par rapport aux contrôles

**Tableau 6 : Programmes d'éducation aux médias (suite)**

## **Prévention ciblée sur des facteurs de risque originaux**

Des facteurs de risque peu pris en compte dans la littérature sur le plan de la prévention primaire sont identifiés par cette sélection. On retiendra une seule étude menée sur les patients diabétiques de type 1, ainsi qu'une étude sur les mangeuses dites « linéaires » (Zandian et al. 2009). Les mangeuses linéaires sont définies comme mangeant à un rythme constant, sans prendre en compte la sensation de satiété qui entraîne habituellement une diminution du rythme de la prise alimentaire en s'installant. Ce facteur de risque peu classique pourrait expliquer la perte de contrôle lors de repas conséquents. Il est supposé par les auteurs de cet article qu'il s'agirait d'un facteur de risque d'hyperphagie et d'obésité à long terme.

Les deux interventions font preuve d'efficacité sur les comportements de restriction alimentaire. Dans le cadre de l'étude d'Olmsted (Olmsted et al. 2002) on notera également des réductions significatives de l'internalisation de l'idéal de minceur et des préoccupations alimentaires.



AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
<b>OLMSTED ET AL. (2002)</b>	Canada	85 /130	Jeunes femmes (12-19 ans) souffrant de diabète de type 1 et d'un trouble alimentaire sub- syndromal	<b><u>Intervention :</u></b> Psychoéducation : 6 séances de 90 minutes (1 par semaine pendant 6 semaines) <b>VS</b> Contrôles	Prétest 1 mois Post- intervention 6 mois	- <u>Pas d'effet significatif</u> sur les <b>comportements de purge</b> liés au diabète (utilisation d'insuline...) - <u>Diminution significative</u> de <b>l'internalisation de l'insatisfaction corporelle, des comportements de restriction et des préoccupations alimentaires</b> à 6 mois
<b>ZANDIAN ET AL. (2009)</b>	Suède	34	Jeunes femmes (19-24 ans) décrites comme mangeuses « linéaires » et ayant un moins bon contrôle alimentaire	<b><u>Intervention :</u></b> Entraînement de 8 semaines à ralentir la prise alimentaire <b>VS</b> contrôles	Prétest Post- intervention 2 semaines	- <u>Diminution significative</u> des <b>comportements de restriction alimentaire</b> à 2 semaines par rapport au groupe contrôle

**Tableau 7 : Programmes ciblant des facteurs de risque originaux**

## Etudes de promotion de la santé ou mêlant prévention des troubles alimentaires et de l'obésité

La promotion de la santé permet aux populations d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, comme le définit l'OMS. La promotion de la santé mentale englobe tous les types d'action visant à améliorer la santé mentale des individus. Leurs objectifs et limites sont définis par la charte d'Ottawa parue en 1986.

Parmi ces 11 études, on retiendra 5 études de **prévention universelle** (dont 4 de promotion de la santé), 5 études de **prévention sélective** (dont 1 de promotion de la santé) et 1 étude de **prévention ciblée**.

Parmi toutes ces études se voulant à la fois agir sur les troubles alimentaires et sur l'obésité, deux ne présentent aucun résultat significatif (Follansbee-Junger et al. 2010; Johnson et al. 2016).

On retiendra l'efficience à moyen terme du programme « *planet health* », programme de prévention de l'obésité permettant une diminution de moitié des comportements alimentaires perturbés chez les jeunes femmes ayant reçu le programme (Austin et al. 2005), mais également en prévention universelle, s'associant à une diminution de l'obésité chez les adolescents (Austin et al. 2007).

Par ailleurs, les programmes de prévention ciblés sur les jeunes femmes que sont « *New moves* » (Neumark-Sztainer et al. 2010) et « *Healthy Weight 2* » (Stice et al. 2012c, 2013c) permettent une amélioration significative des comportements de santé (Neumark-Sztainer et al. 2010; Stice et al. 2012c, 2013c), ainsi qu'une augmentation plus modérée de l'IMC à long terme (Stice et al. 2013c) pour les participantes ayant bénéficié de l'intervention.

Le programme « *life smart* » testé en Australie en 2013 montrant une amélioration post-intervention des préoccupations liées au poids et aux formes corporelles (Wilksch et Wade 2013) est rapidement supplanté par le programme « *Media Smart* » d'éducation aux médias pour ses résultats sur les préoccupations liées au poids et aux formes à 1 an, ainsi que sa supériorité sur les préoccupations alimentaires et l'effet significatif exercé par l'intervention sur les jeunes hommes. (Wilksch et al. 2015).

Le programme de promotion de la santé par développement de l'estime de soi chez les jeunes femmes australiennes provoque une augmentation significative de l'estime de soi persistant dans le temps, sans augmentation du risque de développer un trouble alimentaire (Tirlea et al. 2015).

On notera également l'utilisation d'un logiciel de thérapie cognitivo-comportementale testé par Musiat en 2014, en comparaison à un logiciel contrôle. Ce logiciel ne retrouve pas d'effet significatif à court terme sur les perturbations des conduites alimentaires, mais une diminution des affects négatifs et des symptômes d'anxiété généralisée (Musiat et al. 2014).

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
FOLLANSBEE-JUNGER ET AL. (2010)	Etats-Unis	50/68	Enfants de 8 à 13 ans en surpoids ou obèses + 1 parent, non traité pour une perte de poids ou avec un traitement provoquant des pertes de poids – <b>prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> 12 séances de 90 minutes sur 16 semaines visant à améliorer la qualité de l'alimentation et de l'activité physique. Adapté du programme « <i>Stoplight</i> » Sur la dyade Sur le parent <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois	- <u>Pas de différence significative</u> entre les 2 groupes intervention - <u>Pas de différence significative</u> entre les groupes intervention et contrôles
JOHNSON ET AL. (2016)	Australie	308	Enfants de 10 à 12 ans – <b>Prévention universelle ; Promotion de la santé</b>	<b>Intervention :</b> 8 sessions hebdomadaires de 35 à 60 minutes avec exercices de méditation guidée à domicile <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 3 mois	- <u>Pas de différences significatives</u> entre les 2 groupes pour les <b>affects dépressifs l'anxiété ou les préoccupations alimentaires</b>
TIRLEA ET AL. (2015)	Australie	122	Jeunes filles de 10 à 13 ans avec préoccupations de l'image corporelle – <b>Prévention sélective ; Promotion de la santé</b>	<b>Intervention :</b> 8 sessions de 3h et 2 sessions d'1h visant à augmenter l'estime de soi et les choix de vie sains : « <i>Girls on the Go !</i> » <b>VS</b> contrôles puis « <i>Girls on the Go !</i> »	Prétest 3 mois 6 mois 9 mois	- <u>Augmentation significative de l'estime de soi</u> persistant dans le temps - <u>Pas d'augmentation significative</u> du <b>risque de développer un trouble alimentaire</b>
AUSTIN ET AL. (2005)	Etats-Unis	480	Elèves de 10 à 14 ans de sexe féminin – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « Planet Health » : Education aux médias, nutritionnelle et à l'importance de l'activité physique <b>VS</b> contrôles	Prétest 21 mois post-intervention	- <u>Diminution significative</u> des <b>comportements alimentaires perturbés</b> pour le groupe « <i>planet health</i> » par rapport au groupe contrôle à 2 ans

**Tableau 8 : Etudes de promotion de la santé ou mêlant prévention des troubles alimentaires et de l'obésité**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/ TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES A	PRINCIPAUX RESULTATS
AUSTIN ET AL. (2007)	Etats-Unis	1508 /1839	Elèves de 11 à 12 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> « Planet Health » : Education aux médias, nutritionnelle et à l'importance de l'activité physique + « School Health Index » : Aide pour l'école à faciliter la diffusion de messages de santé <b>VS</b> contrôles	Prétest 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diminution significative</u> de l'<b>incidence des conduites alimentaires perturbées</b> chez les jeunes femmes à 2 ans pour le groupe intervention</li> <li>- Pas d'effet chez les jeunes hommes</li> <li>- <u>Diminution globale</u> de l'<b>obésité</b> chez les adolescents pour le groupe intervention à 2 ans</li> </ul>
WILKSCH ET WADE (2013)	Australie	2114	Elèves de 12 à 13 ans – <b>Prévention universelle ; Promotion de la santé</b>	<b>Intervention :</b> « Life Smart » : Programme multisessions interactives de promotion de la santé. 8 sessions de 50 minutes en 4 semaines <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diminution significative</u> des <b>préoccupations liées au poids et aux formes corporelles, de l'insatisfaction corporelle et des moqueries liées au poids</b> chez les filles post-intervention dans le groupe « Life Smart »</li> <li>- Pas d'effet significatif chez les garçons</li> </ul>
WILKSCH ET AL. (2015)	Australie	1316	Elèves de 12 à 14 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> 8 sessions interactives 2 fois par semaine « Media Smart » « HELPP » « Life Smart » <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 1 an	<p>Pour les jeunes femmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Media Smart » &gt; « Life Smart » pour les <b>préoccupations liées au poids et aux formes</b> à 1 an</li> <li>- « HELPP » &gt; « Life Smart » pour les <b>préoccupations liées au poids et aux formes</b> à 1 an</li> <li>- <u>Contrôles</u> &gt; « Life Smart » à 1 an pour les <b>préoccupations alimentaires</b></li> </ul> <p>Pour les jeunes hommes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Media Smart » &gt; <u>contrôles</u> pour <b>l'internalisation du message médiatique et affects dépressifs</b> à 1 an</li> <li>- « Media Smart » &gt; « HELPP » et « Life Smart » à 1 an pour le <b>temps passé devant les écrans</b></li> <li>- « HELPP » &gt; <u>contrôles</u> pour l'<b>activité physique</b> à 1 an</li> </ul>

**Tableau 8 : Etudes de promotion de la santé ou mêlant prévention des troubles alimentaires et de l'obésité (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
NEUMARK- SZTAINER ET AL. (2010)	Etats-Unis	356	Adolescentes de 14 à 17 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>New Moves</i> » : Intervention pendant les cours de sport avec activités de groupe et individuelles, éducation à la nutrition, cartes postales aux parents pour les prévenir de l'évolution de l'intervention <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 9 mois	- Augmentation significative de <b>L'activité physique, du sentiment d'efficacité personnelle, de la prise de fruits et légumes, de la satisfaction corporelle, du sentiment de compétence et d'importance personnelle, amélioration significative des buts alimentaires et d'activité physique fixés, des portions alimentaires, du support des pairs, des parents et des professeurs pour l'activité physique et la pratique d'une nutrition saine</b> dans le groupe intervention par rapport aux contrôles
MUSIAT ET AL. (2014)	Royaume-Uni	1047	Etudiants d'université de plus de 18 ans – <b>Prévention universelle ; Promotion de la santé</b>	<b>Intervention :</b> Logiciel de thérapies cognitivo-comportementales en 5 séances visant à améliorer des facteurs protecteurs (estime de soi, régulation émotionnelle...) <b>VS</b> Logiciel contrôle	Prétest Post-intervention 3 mois	- Pas d'effet sur les perturbations des conduites alimentaires - Diminution de la <b>dépression et de l'anxiété généralisée</b>
STICE ET AL. (2012B, 2013C)	Etats-Unis	398	Jeunes femmes n'ayant pas de troubles alimentaires, présentant des préoccupations corporelles – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Healthy Weight 2</i> » : 4 sessions de groupe d'1h avec 6 à 10 participantes <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an 2 ans	- Augmentation plus modérée de <b>l'IMC</b> dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle à 6 mois - Diminution significative de <b>l'insatisfaction corporelle et des symptômes de troubles alimentaires</b> à 1 et 2 ans pour le groupe « <i>Healthy Weight 2</i> » par rapport au groupe contrôle

**Tableau 8 : Etudes de promotion de la santé ou mêlant prévention des troubles alimentaires et de l'obésité (suite)**

## Etudes comparatives

Les 12 dernières études comparent certains des programmes entre eux, afin de déterminer l'efficacité d'un programme par rapport à un autre.

Les interventions de dissonance cognitive sont testées sur 4 études (Atkinson et Wade 2015, 2016; Becker et al. 2010; Mitchell et al. 2007), montrant des résultats contrastés lorsqu'elles sont comparées à d'autres types d'intervention. En effet, la dissonance cognitive montre un effet inférieur ou égal à un protocole de pleine conscience à court terme (Atkinson et Wade 2015, 2016), et montre un effet significatif équivalent au protocole initialement imaginé comme un protocole contrôle de cette même intervention (Becker et al. 2010), ou supérieur à un protocole de yoga (Mitchell et al. 2007) à court terme.

Une intervention de psychoéducation est comparée au programme « *Student Bodies* » (Celio et al. 2000), démontrant cette fois la supériorité du média informatique, comme pouvaient le laisser entendre les résultats précédents concernant les programmes menés par ordinateur, ou à un programme plus interactif impliquant parents et enfants (Jáuregui Lobera et al. 2010). Cette dernière étude montre une supériorité du programme réalisé en conditions plus écologiques, faisant intervenir plus de variables de la vie quotidienne des participants.

L'éducation aux médias est quant à elle comparée à une activité théâtre (Mora et al. 2015, 2016) ou à un programme d'estime de soi (Wade et al. 2003). L'activité théâtre montre une efficacité plus importante à moyen terme que l'intervention d'éducation aux médias chez les adolescents cibles sur le plan des cognitions anorexiques (Mora et al. 2016), mais cette efficacité n'est retrouvée que dans une des deux études, l'autre ne retrouvant aucun effet significativement différent entre les deux interventions (Mora et al. 2015). L'étude de Wade et al. ne retrouve pas d'effet supérieur de l'éducation aux médias par rapport à un programme de promotion de la santé mentale centré sur l'estime de soi à court terme.

Enfin, la thérapie cognitivo-comportementale est comparée selon deux modalités : en face à face et devant un ordinateur (Paxton et al. 2007). Cette étude menée à court terme montre la supériorité du média informatique sur la psychothérapie menée en face à face sur la diminution de l'insatisfaction corporelle. Néanmoins, la psychothérapie se montre supérieure à un groupe contrôle quelle que soit la modalité de réalisation de la dite psychothérapie. La seule étude comparative menée à long terme évalue les effets d'une psychothérapie (interpersonnelle) par rapport à ceux d'un protocole d'éducation à la santé se rapprochant d'un protocole de psychoéducation. Cette intervention visant à diminuer les conduites d'ingestion massives de nourriture et de perte de contrôle alimentaire montre une diminution de la prise de poids, des troubles de l'humeur et de la perte de contrôle alimentaire à 1 an (Tanofsky-Kraff et al. 2014), mais les résultats ne se montrent pas significatifs à long terme (Tanofsky-Kraff et al. 2016).



AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES A	PRINCIPAUX RESULTATS
WADE ET AL. (2003)	Australie	86	Elèves de classe secondaire, garçons et filles, de 12 à 13 ans – <b>Prévention Universelle</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Go Girls!</i> » : Programme d'éducation aux médias « <i>Everybody's different</i> » : Programme d'estime de soi <b>VS</b> contrôles	Post-intervention 3 mois	- <u>Diminution des préoccupations sur le poids</u> post-intervention pour le groupe « <i>Go Girls!</i> » post-intervention - Pas de différences significatives entre les 3 groupes à M3
MORA ET AL. (2015)	Espagne	200	Elèves de 12 à 15 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> Education aux médias + nutritionnelle <b>VS</b> Théâtre en lien avec l'éducation aux médias <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 5 mois 13 mois	- <u>Pas de différence significative</u> entre les 3 groupes
MORA ET AL. (2016)	Espagne	131 /178	Elèves de 12 à 15 ans – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> Education aux médias + nutritionnelle <b>VS</b> Théâtre en lien avec l'éducation aux médias <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 8-9 mois 15 mois	- <u>Diminution significative des cognitions spécifiques aux troubles alimentaires</u> pour le groupe théâtre se prolongeant à 15 mois par rapport aux 2 autres groupes - <u>Pas de différence significative</u> entre le groupe d'éducation aux médias et le groupe contrôle
TANOFSKY-KRAFF ET AL. (2014, 2016)	Etats-Unis	70 /113	Jeunes femmes de 12 à 17 ans avec un IMC entre le 75 <sup>e</sup> et le 97 <sup>e</sup> percentile ayant eu au moins 1 épisode de perte de contrôle alimentaire le mois précédent – <b>prévention ciblée</b>	<b>Intervention :</b> 1 RDV en individuel suivi de 12 sessions de groupe de 90 minutes Psychothérapie interpersonnelle visant à diminuer la perte de contrôle alimentaire  <b>VS</b> Education à la santé selon le programme HEY-Durham (Clark 2003)	Prétest Post-intervention 6 mois 1 an 3 ans	- <u>Diminution de la prise de poids</u> (psychothérapie interpersonnelle > éducation à la santé) des <b>troubles de l'humeur</b> et de la <b>perte de contrôle alimentaire</b> dans les 2 groupes à 1 an - Pas de différence d'effet de l'intervention à 3 ans. <u>Résultats non significativement différents entre les 2 groupes.</u>

**Tableau 9 : Etudes comparant divers programmes**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
JAUREGUI LOBERA ET AL. (2010)	Espagne	371	Elèves de collège et lycée (moyenne d'âge = 15 ans) ne présentant pas de trouble alimentaire – <b>Prévention universelle</b>	<b>Intervention :</b> Programme en 10 sessions (par paires groupe/individuel) centrées sur des concepts comme l'image du corps ou l'idéal de silhouette + 2 sessions de groupe pour les parents <b>VS</b> contrôles : Psychoéducation sur les troubles alimentaires	Prétest Post-intervention	- Diminution significative de la <b>recherche de la minceur et de l'insatisfaction corporelle, de l'influence des modèles familiaux, médiatiques et interpersonnels, amélioration significative</b> de l'estime de soi et des habitudes alimentaires chez les sujets du groupe intervention
ATKINSON ET WADE (2015)	Australie	340 /347	Lycéennes de 14 à 18 ans – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 3 semaines, leçons hebdomadaires menées par des cliniciens Mindfulness <b>VS</b> Dissonance <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 1 mois 6 mois	- Pas de différence <u>significative</u> entre les 3 groupes à 6 mois
ATKINSON ET WADE (2016)	Australie	37/50	Jeunes femmes de 17 à 31 ans avec préoccupations corporelles – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> 3 sessions Mindfulness « <i>Body Project</i> » <b>VS</b> contrôles	Prétest Post-intervention 1 mois 6 mois	- Diminution significative des <b>préoccupations corporelles et de l'internalisation de l'idéal de minceur</b> pour le groupe mindfulness par rapport aux contrôles à 6 mois - Pas d'effet <u>significatif à court terme</u> du « <i>Body Project</i> »
BECKER ET AL. (2010)	Etats-Unis	102	Jeunes femmes de 18 à 21 ans de sororité – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Menées par des pairs - Dissonance - « <i>Healthy Weight</i> » modifié	Prétest 8 semaines 8 mois 14 mois	- Diminution significative des <b>affects négatifs, internalisation de l'idéal de minceur, insatisfaction corporelle, conduites de restriction alimentaire et symptômes boulimiques</b> comparables entre les 2 groupes

**Tableau 9 : Etudes comparant divers programmes (suite)**

AUTEURS (DATE)	PAYS	N	POPULATION/TYPE DE PREVENTION	BRAS TESTES	MESURES REALISEES A	PRINCIPAUX RESULTATS
MITCHELL ET AL. (2007)	Etats- Unis	93	Jeunes femmes d'environ 19 ans avec insatisfaction corporelle – <b>prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> Dissonance cognitive <b>VS</b> Yoga <b>VS</b> contrôles	Prétest Post- intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diminution significative</u> de la <b>symptomatologie alimentaire, de la recherche de la minceur, l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie</b> dans le groupe dissonance par rapport aux deux autres groupes</li> <li>- <u>Pas de différence significative</u> entre les contrôles et le groupe yoga pour les variables mesurées</li> </ul>
CELIO ET AL. (2000)	Etats- Unis	58/76	Etudiantes d'université de plus de 19 ans, sans trouble alimentaire avec une insatisfaction corporelle et le désir de travailler dessus – <b>Prévention sélective</b>	<b>Intervention :</b> « <i>Student Bodies</i> » <b>VS</b> « <i>Body Traps</i> » : programme de psychoéducation en milieu scolaire <b>VS</b> contrôles	Prétest Post- intervention 2 mois 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Amélioration significative</u> de la <b>recherche de la Minceur</b> et des <b>préoccupations sur le poids ou les formes</b> pour le programme <i>Student Bodies</i> comparé aux conditions « <i>body traps</i> » et aux sujets contrôles, à 2 et 6 mois</li> <li>- <i>Student bodies</i> a l'effet le plus marqué des 3 groupes sur <b>les préoccupations corporelles et liées au poids</b></li> </ul>
PAXTON ET AL. (2007)	Australie	116	Jeunes femmes de 18 à 35 ans avec des préoccupations corporelles définies par un score au BSQ>100	<b>Intervention :</b> 8x 90 minutes de thérapie cognitive- comportementale « <i>Set your Body Free</i> »: TCC par ordinateur <b>VS</b> Face à face <b>VS</b> contrôles	Prétest Post- intervention 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diminution significative</u> de <b>l'insatisfaction corporelle</b> à 6 mois pour le groupe internet par rapport au groupe face à face</li> <li>- <u>Diminution significative</u> de toutes les mesures pour les groupes intervention par rapport au groupe contrôle</li> </ul>

**Tableau 9 : Etudes comparant divers programmes (suite)**

## ***Discussion***

Cette revue de la littérature recense 106 études ayant porté sur la prévention primaire des troubles des conduites alimentaires. La prévention décrite pouvait s'effectuer, selon la méthode proposée, par le biais de travaux sur la diminution des facteurs de risque tels que l'internalisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle, les préoccupations liées au poids ou aux formes corporelles, les comportements boulimiques ou de restriction alimentaire, ou par le biais de renforcement des facteurs protecteurs tels que l'estime de soi ou la conscience intéroceptive.

On notera la répartition géographique des diverses interventions proposées : Etats-Unis, Australie, Europe (Espagne, Italie, Suède, Allemagne, Norvège) et Israël. Les études sud-américaines et asiatiques sont absentes de cette revue de la littérature, alors même que les ethnies asiatiques et afro-américaines sont testées pour certaines des interventions et semblent y être aussi réceptives que les populations d'origine caucasienne (Stice et al. 2014b). La sélection exclusive d'articles rédigés en anglais empêche peut-être la diffusion des études asiatiques et sud-américaines.

Les programmes de prévention primaire des troubles alimentaires, s'ils ont été estimés nécessaires eu égard à la prévalence des troubles, ont d'abord été critiqués et jugés comme potentiellement dangereux (Carter et al. 1997; Mann et al. 1997; Martz et Bazzini 1999). Parmi les premières études menées sur le sujet, il a été montré une augmentation des conduites de restriction alimentaire chez des filles de 13 à 14 ans (Carter et al. 1997) bénéficiant d'un protocole de 8 semaines de psychoéducation. Ce résultat étonnant est retrouvé malgré, et peut-être à cause d'une augmentation des connaissances liées aux troubles alimentaires. Une étude de psychoéducation menée par des pairs ayant guéri de troubles alimentaires et visant des étudiantes de première année d'université (Mann et al. 1997) montre également une légère augmentation des symptômes correspondant à des troubles alimentaires après l'intervention. Ces deux programmes font alors rapidement évoquer une dangerosité des interventions de prévention primaire, malgré l'absence de randomisation dans ces études leur conférant une validité moindre. Dans le même temps,

certaines études contrôlées (Killen et al. 1993; Buddeberg-Fischer et al. 1998; Martz et Bazzini 1999) ne permettent pas de mettre en évidence un effet satisfaisant des protocoles proposés, ce qui amène à penser à l'échec de ce type de prévention. L'échec relatif de ces protocoles, souvent proposés comme des cours magistraux sur les dangers de l'anorexie, ou comme une information donnée à des élèves toujours dans la même tranche d'âge (13-19 ans), poussent néanmoins les chercheurs à poursuivre les investigations visant à trouver un protocole efficace. En effet, la peur de la maladie, média souvent employé comme levier motivationnel dans le cadre de ces premières études, a le plus souvent un effet de rétraction chez les publics auxquels il s'adresse. L'information et la prévention par le biais de témoignages se montre ici inefficace, car ces actions ne permettent pas l'engagement du public ciblé dans l'action. Ainsi se pose la question suivante : avec quel type de prévention et pour quelle population pourrions-nous améliorer l'offre proposée ?

Des protocoles de psychothérapie ont pu être utilisés dans le but de prévenir l'apparition d'un trouble alimentaire. Cinq études différentes testent des protocoles de psychothérapie centrés sur des facteurs de risque de développer la maladie. Les groupes recevant les interventions y sont comparés à des groupes contrôles (Rosen et al. 1989; Kaminski et McNamara 1996; Nicolino et al. 2001; Tanofsky-Kraff et al. 2010; Bucchianeri et Corning 2012). La plupart de ces études montrent une efficacité de la psychothérapie, mais ne sont testées qu'à court terme. Seule la psychothérapie interpersonnelle (Tanofsky-Kraff et al. 2010) montre une efficacité à moyen terme (1 an) mais sur un petit groupe de personnes testées (38 au total). Néanmoins, les auteurs ont pu répliquer et préciser les résultats liés à cette technique, sur un plus grand nombre de patients et à plus long terme (Tanofsky-Kraff et al. 2014, 2016). Cette technique de psychothérapie, utilisée en petits groupes et se basant sur l'idée que les troubles sont liés à un faible niveau de fonctionnement interpersonnel, la seule testée sur le long terme, ne montre pas d'effet significativement différent à long terme (3 ans) qu'un protocole d'éducation pour la santé. On notera toutefois l'attrition importante à 3 ans (70 participantes testées sur 113 initialement), ainsi que le recours à d'autres types de psychothérapie pour certaines des participantes ayant continué à ressentir une souffrance malgré l'intervention proposée dans le cadre de l'étude. Ces éléments doivent être pris en compte comme biais de confusion et les résultats de cette étude doivent être répliqués avant de conclure à une inefficacité à long terme de la psychothérapie interpersonnelle centrée sur des facteurs de risque comme la

perte de contrôle alimentaire, et ce d'autant plus que les résultats restaient significatifs à 1 an dans deux études (Tanofsky-Kraff et al. 2010, 2014). L'amélioration des facteurs prosociaux visés par cette thérapie de groupe et la diminution des affects négatifs liés aux difficultés initialement présentes vont dans le sens d'une diminution supposée des facteurs de risque retrouvés dans ces études. Ces données supposent qu'une poursuite des investigations concernant ce type de psychothérapie pourrait être nécessaire. Dans cette catégorie on retiendra également l'inefficacité du seul protocole proposant une intervention unique de psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur l'image du corps, qui va dans le sens de la méta-analyse de Stice et Shaw en 2004. Ils y proposent en effet que les interventions en plusieurs sessions et en groupe, comme l'est par exemple le protocole de thérapie interpersonnelle proposé dans les études de Tanofsky et al. sont plus efficaces que les interventions uniques.

Il manque dans cette revue des études évaluant l'impact de thérapies familiales, pourtant utilisées de longue date dans le traitement des troubles alimentaires centrées sur certains facteurs de risque comme le déroulement des repas (Loth et al. 2015) pour envisager un tour d'horizon de la question des thérapies. De plus, l'idée d'une prévention primaire et de psychothérapies semble ne pas aller parfaitement ensemble. En effet, la prévention primaire vise à diminuer les facteurs de risque dans une population donnée, mais la psychothérapie implique la prise en charge d'une souffrance suffisante pour venir demander de l'aide à un thérapeute.

Parmi les premiers types d'études proposées, on retrouve 19 études recensant des programmes de psychoéducation en milieu scolaire. Parmi celles-ci figurent 6 études de prévention universelle (Killen et al. 1993; O'Dea et Abraham 2000; Dalle Grave et al. 2001; Kater et al. 2002; Ghaderi et al. 2005; McVey et al. 2007), une de prévention ciblée (O'Brien et LeBow 2007) et une majorité d'études de prévention sélective, en se concentrant uniquement sur des participantes de sexe féminin, considérés comme plus à risque (Buddeberg-Fischer et al. 1998; Heinze et al. 2000; Phelps et al. 2000; McVey et al. 2004; Wiseman et al. 2004; Withers et Wertheim 2004; Favaro et al. 2005; Weiss et Wertheim 2005; Dohnt et Tiggemann 2008; Ridolfi et Vander Wal 2008; Canetti et al. 2009). Parmi ces études, très peu proposent des actions de prévention efficaces. Seuls 3 programmes semblent produire des effets intéressants : « *Everybody's different* » (O'Dea et Abraham 2000; Ghaderi et al. 2005), « *Everybody is a somebody* » (McVey et al. 2004, 2007) et

« *Healthy Body Image* » (Kater et al. 2002) -qui nécessite un test à plus long terme-, ainsi que la formation des professeurs à dispenser des cours spécifiques de psychoéducation (Favaro et al. 2005). On retrouve en effet dans ces interventions centrées sur l'étudiant (O'Dea et Abraham 2000; Ghaderi et al. 2005), ciblant également l'environnement de sujets jeunes (McVey et al. 2004, 2007) ou poussant plus les participants à être acteurs de leur propre prévention (Favaro et al. 2005) des résultats significatifs sur la diminution de certains facteurs de risque à court ou moyen terme. La majorité des autres interventions de psychoéducation présentent des résultats de nuls à inconstants à court, moyen ou long terme. On peut imaginer que la psychoéducation telle qu'elle est proposée dans les interventions présentes dans cette revue, sous la forme de cours magistraux visant à dispenser des connaissances sur ce qu'est un trouble alimentaire, peu interactifs, ne permettent pas de produire un effet d'engagement satisfaisant dans le cours. Les programmes efficaces sont en effet ceux qui proposent, autour d'une action de psychoéducation, un programme interactif centré sur l'étudiant, son entourage, sa famille, permettant une meilleure adhésion au programme, comme l'illustre l'évolution des résultats du programme « *Everybody is a somebody* » de 2004 à 2007. Il passe en effet d'un programme simple de psychoéducation non efficace à moyen terme à un programme réalisé en conditions écologiques proposant des résultats beaucoup plus importants à 6 mois.

On retrouve ces résultats mitigés lorsqu'on compare la psychoéducation à des interventions ayant fait montre de leur efficacité, tel que « *Student Bodies* » (Celio et al. 2000) ou une intervention de promotion de la santé (Jáuregui Lobera et al. 2010). Les études de psychoéducation ne montrent pas leur efficacité de manière flagrante, ce d'autant que les premières tentatives allant dans ce sens ont été soldées par des échecs (Carter et al. 1997; Mann et al. 1997; Martz et Bazzini 1999). On retrouve ces effets au niveau de certaines études qui provoquent une augmentation des connaissances sur les troubles alimentaires mais une aggravation du facteur de risque visé (Kater et al. 2002). On retiendra néanmoins que les études de psychoéducation semblent plus efficaces lorsque l'âge des participants au moment de l'intervention augmente, ou lorsqu'au contraire celui-ci correspond à la préadolescence (Kater et al. 2002; McVey et al. 2004, 2007). En effet, les études concernant des participants de 16 ans ou plus, soit au moment du pic de développement des troubles retrouvent des effets significatifs à court (Wiseman et al. 2004; Ridolfi et Vander Wal 2008) et/ou moyen terme (Santonastaso et al. 1999; Favaro et al. 2005), ce qui est rarement le cas avant, même si l'on retrouve régulièrement une augmentation des connaissances (Killen et al. 1993; Kater et al. 2002; Withers et Wertheim

2004; Dohnt et Tiggemann 2008; Canetti et al. 2009). Ces données appellent à la prudence quant à la réalisation de protocoles de psychoéducation en milieu scolaire en dehors d'un cadre établi comme efficace, pratique relativement courante et non testée en France à ce jour.

Devant la relative inefficacité des programmes proposés dans un premier temps et avec la parution de la méta-analyse de Stice et Shaw (Stice et Shaw 2004) proposant une trame commune aux actions de prévention efficaces, le contenu de psychoéducation disparaît peu à peu des programmes de prévention, la dernière étude recensée dans cette revue datant de 2009 (Canetti et al. 2009). Ces contenus sont remplacés par des actions interactives, en plusieurs sessions, en petit groupe, souvent centrées sur les individus à haut risque de développer des troubles alimentaires :

- Présentant une forte internalisation de l'idéal de minceur
- Présentant une forte insatisfaction corporelle
- Présentant des conduites de restriction alimentaire
- Présentant des affects négatifs
- Présentant une problématique alimentaire sub-syndromique.

Rapidement arrive l'avènement d'interventions menées au moyen de l'informatique. Seize études de prévention primaire allant dans ce sens ont été réalisées. Ces études permettent de mettre en évidence le succès du programme « *Student Bodies* », comme évoqué dans la revue systématique et méta-analyse de Loucas parue en 2014, et qui met l'accent sur l'efficacité de ce programme et de ses dérivés sur la réduction des facteurs de risque de troubles alimentaires. Ce programme bénéficie d'un fort potentiel d'efficacité sur le plan scientifique, le logiciel initial comme ses dérivés ayant montré leur efficacité significative dans plusieurs études menées par plusieurs laboratoires, en prévention sélective comme en prévention ciblée. On regrettera néanmoins l'absence de test sur des participants de sexe masculin, ne permettant pas d'évoquer une potentielle efficacité en condition réelle. De plus, si ce programme a fait preuve de sa supériorité sur une seule étude par rapport à un protocole de psychoéducation seul à court terme (Celio et al. 2000), il lui manque encore une validation à long terme ainsi qu'une comparaison à d'autres programmes existants pour que l'on puisse réellement évaluer la plus-value qu'il apporte.



Plusieurs autres interventions, telles que « *Food, Mood and Attitudes* » (Franko et al. 2005), le « *eBody Project* », adaptation du protocole de dissonance cognitive de Stice (Stice et al. 2012a, 2014a) ou « *Image and Mood* » (Taylor et al. 2016) n'ont été testées que dans une étude (deux pour le protocole de Stice qui utilise le même échantillon dans les deux études) et les résultats n'ont pas à ce jour été répliqués afin de tester le maintien dans le temps des effets préventifs perçus. Si aucune étude ne permet à ce jour de déterminer la supériorité de l'intervention « *Food, Mood and Attitudes* » sur une autre malgré ses résultats intéressants à court terme, on retiendra que le « *Body Project* » ajoute ici une nouvelle potentialité de diffusion. Ce protocole a par ailleurs déjà fait la preuve de son efficacité par le biais d'une réplification de ses effets en face-à-face dans plusieurs conditions (voir ci-dessous). Le protocole « *Image and Mood* » (Taylor et al. 2016) semble proposer également des résultats intéressants et différents des autres logiciels proposés, mais nécessite réplification. On peut imaginer que les résultats de cette dernière intervention sont intéressants de par la population qu'elle cible, qui correspond à des participantes présentant un trouble sub-syndromique. On regrettera par ailleurs que malgré l'explosion actuelle du marché des téléphones intelligents, aucune action préventive ne se soit encore développée par le biais d'applications smartphones, alors même que ce marché est en pleine expansion dans divers cadres thérapeutiques (applications de méditation, de cohérence cardiaque, de diététique, de surveillance de divers symptômes de pathologies comme la dépression, le diabète, voire même de traitement des troubles alimentaires (Bauer et Moessner 2013)). Ces programmes pourraient, comme le proposent Lindenberg et al. en 2011, évaluer les facteurs de risque des participants en fonction de leurs résultats à divers questionnaires pour adapter les protocoles de prévention à leurs besoins spécifiques, permettant ainsi une prévention primaire individualisée, mêlant des aspects préventifs et des aspects de promotion de la santé dont le développement de compétences psychosociales. Sur le plan de l'âge, aucun résultat n'est testé à long terme sur l'apparition des problématiques alimentaires ou sur la réduction des facteurs de risque chez les plus jeunes. Si les écrans sont déconseillés aux plus jeunes d'entre nous (Desmurget 2011), étant donné leur nocivité au plus jeune âge, leur omniprésence dans la vie de tous les jours et le développement d'écrans portatifs à l'intérieur de toutes nos poches doit nous questionner sur les effets positifs pouvant ressortir d'interventions utiles et efficaces. Ces « doudous numériques » doivent absolument entrer dans notre mode de réflexion pour pouvoir, comme le propose Olivier Oullier, s'attaquer à l'« émorationalité » de chacun qui nous fait prendre des décisions, et les axer vers des comportements de santé (Oullier 2010). Chacun des outils numériques utilisés dans la vie de tous les jours doivent être pris en compte, dans une

période où l'on n'a plus besoin de réfléchir pour accéder à une information disponible au bout des doigts et où l'information vient à nous par le biais de notifications. L'utilisation d'outils comme l'Ecological Momentary Assessment (Shiffman et al. 2008) permettant à chaque participant d'évaluer ses comportements et expériences en temps réel et en conditions écologiques pourrait également renforcer l'adhésion à ces programmes, et ainsi renforcer l'efficacité de ceux-ci.

Les interventions dont les résultats semblent les plus robustes sur le plan scientifique semblent à ce jour être les interventions de dissonance cognitive. En effet, celles-ci ont été l'objet de plus de 20 études au total (Stice et al. 2000, 2001, 2003, 2006, 2008, 2009, 2011, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, 2014b, 2015b; Matusek et al. 2004; Green et al. 2005; Roehrig et al. 2006; Mitchell et al. 2007; Becker et al. 2010; McMillan et al. 2011; Rohde et al. 2014; Serdar et al. 2014; Brown et Keel 2015; Atkinson et Wade 2016) testées par divers laboratoires (Stice et al. 2001, 2006, 2008, 2009; Roehrig et al. 2006; McMillan et al. 2011), sous différentes formes (de 2 sessions (Brown et Keel 2015) à 6 sessions en milieu scolaire (Rohde et al. 2014), dissonance faible vs dissonance forte (Green et al. 2005), ou par informatique (Stice et al. 2012a)), permettant de recréer leurs effets significatifs à court, moyen mais aussi long terme. Le programme « *Body Project* » a montré son efficacité pour les jeunes femmes désirant travailler sur leur image corporelle, mais aussi pour des athlètes (Becker et al. 2012) ou encore pour des hommes homosexuels (Brown et Keel 2015). Par ailleurs il a également démontré son efficacité lorsqu'il est mené par des pairs (Stice et al. 2013b) ou par des cliniciens non chercheurs (Stice et al. 2013a, 2015a). On note également le développement d'un programme efficace de dissonance cognitive par le biais d'un logiciel permettant de dispenser le protocole par ordinateur plutôt qu'en conditions réelles, ce qui permet au participant de bénéficier du programme à son rythme et renforce l'adhésion à celui-ci (Stice et al. 2014a). L'étude menée en IRM (Stice et al. 2015b) permet de montrer qu'au-delà des effets présents au niveau des facteurs de risque sur le plan cognitif ou sur le plan comportemental, l'intervention semble avoir un effet sur le système de récompense. Cette découverte pose la question d'une éventuelle dissémination dépassant le simple cadre de la maladie ou des frontières, et permet d'imaginer des protocoles adaptés à l'addictologie, sur le modèle de Marlatt avec le protocole de pleine conscience « Mindfulness Based Relapse Prevention », protocole de

prévention de la rechute en addictologie (Bowen et al. 2009), lui-même basé sur le protocole initial de mindfulness de réduction du stress (Kabat-Zinn et al. 1992).

L'écueil principal présenté par cette intervention est qu'elle n'a encore jamais été testée en prévention universelle. De plus, les études permettant de comparer les différentes interventions proposées jusqu'ici ne permettent pas de conclure à une efficacité clairement supérieure de ce type de protocole aux protocoles de promotion de la santé proposés dans cette revue, comme illustré par les résultats présentés dans les études de Atkinson et Wade (2015,2016). De plus, ce protocole est très régulièrement testé chez des femmes majeures, et relativement peu au cours des pics habituels de développement de la maladie, ce qui ne permet pas de conclure de manière claire sur l'efficacité du « *Body Project* » sur le plan de la réduction de l'incidence des problématiques alimentaires, malgré son efficacité notoire sur les facteurs de risque étudiés dans les diverses études. Par ailleurs, on retiendra le développement d'un protocole de soins (Linville et al. 2015) utilisant la même technique chez les patientes déjà atteintes d'un trouble alimentaire. Cette étude montre des effets similaires sur la réduction de l'internalisation de l'idéal de minceur que les études de prévention, permettant ainsi aux patientes de se défaire du *diktat* de la minceur actuellement en vogue dans nos sociétés occidentales. De nouveaux tests permettant de confirmer l'efficacité du protocole sur de nouvelles populations, comme les patientes atteintes de trouble alimentaire ou des plus jeunes, comme le suppose l'article de Linville et al., sont nécessaires à ce jour. Le développement de cette technique semble néanmoins prometteur à l'avenir, tant sur le plan de la prévention des troubles alimentaires que du soin de ces mêmes troubles, étant donné l'état des lieux actuel des résultats qui montrent une efficacité sur le plan comportemental, sur une réduction des facteurs de risque des troubles alimentaires, ainsi qu'une confirmation de l'effet du « *Body Project* » allant plus loin que le simple effet comportemental, avec des restructurations cérébrales démontrant un probable effet à long terme.

Un des éléments pouvant se révéler intéressant dans la dynamique actuelle de glissement des protocoles de prévention pure vers des protocoles de promotion de la santé mentale est représenté par les programmes d'éducation aux médias. Si les études montrent des résultats peu encourageants chez les enfants de 10 à 12 ans (McVey et Davis 2002), l'indication de ce type de protocole à cet âge est discutable en France, pays prônant une limitation de l'exposition aux écrans à cette période de la vie (Tisseron 2013), mais pourrait

se discuter pour des images perçues par des médias spécifiques et ne passant pas par l'écran. Le programme « *Décode le monde* », développé en 2006 mais non testé par des études scientifiques à l'heure actuelle, va dans ce sens, permettant la critique analytique et désaffectivée d'une publicité pour enfants, afin d'adopter des comportements de santé sans se laisser influencer par les messages transmis par la publicité. Néanmoins, plusieurs articles utilisant ce type d'action sont menés en prévention universelle et semblent avoir des effets à moyen terme sur les capacités de critique des images reçues, à la fois chez les garçons et chez les filles (Wilksch et al. 2006; Wilksch et Wade 2009; González et al. 2011; Espinoza et al. 2013; Wilksch 2015), diminuant ainsi l'internalisation des idéaux de minceur relayés par les médias. Cette méthode est d'autant plus dans l'air du temps aujourd'hui avec la nécessité absolue de pouvoir distinguer de manière critique les informations souvent contradictoires envoyées par les divers médias (publicités, internet, télévision, cinéma, applications smartphone, journaux papiers...), ainsi qu'avec le développement actuel des « théories du complot » et des sites internet relayant des faits alternatifs. Si les études de prévention sélective semblent donner des résultats plus que mitigés (Irving et Berel 2001; McVey et Davis 2002; Coughlin et Kalodner 2006; Wilksch et al. 2008; Raich et al. 2010; Sharpe et al. 2013), les interventions d'éducation aux médias prenant en compte la totalité des populations semblent beaucoup plus efficaces, et seront plus simples à disséminer à grande échelle, dans des conditions écologiques. De plus, cette technique permet le développement de l'esprit critique et de certains déterminants de santé comme les compétences psychosociales (reconnaître une émotion au travers d'un média, apprendre à exprimer une émotion et un avis, s'affirmer et résister à la pression des pairs ou des messages transmis au travers des médias) et les comportements prosociaux (capacité d'exprimer un point de vue argumenté et d'entendre l'avis contraire de l'autre). Cette démarche semble fonctionner sur le moyen terme dans des pays culturellement proches du notre (Espagne, Royaume-Uni) et rentre dans une démarche de promotion de la santé mentale en même temps que de prévention des troubles alimentaires. Cette technique adaptée aux pré-adolescents et aux jeunes adultes doit néanmoins encore faire ses preuves lorsqu'elle est comparée à d'autres, restant ce jour inférieure à une activité théâtre sur un thème similaire (critique des messages sociétaux transmis par les médias) (Mora et al. 2016) à moyen terme.

Les études de promotion de la santé mentale ou mêlant à la fois prévention des troubles alimentaires et l'obésité semblent être des idées particulièrement intéressantes, dans la mesure où les messages assésés pour la prévention de l'obésité seule peuvent parfois sembler contre-productifs pour quelqu'un à risque de développer un trouble alimentaire. Certaines actions de prévention de l'obésité comme « *Fleurbaix-Laventie Ville Santé* » se sont néanmoins montrées efficaces (Heude et al. 2003; Romon et al. 2009) et pourraient être l'objet d'une adaptation insérant au programme existant des messages congruents avec la prévention des troubles alimentaires. Certains de ces protocoles retrouvent déjà des effets significatifs sur la perturbation des comportements alimentaires (Austin et al. 2005, 2007). L'augmentation des comportements de santé perçue via les programmes « *New moves* » (Neumark-Sztainer et al. 2010) « *Healthy Weight 2* » (Stice et al. 2012c, 2013c) va également dans le sens d'une nécessité de combiner ce type d'interventions afin d'obtenir des programmes plus efficaces. Les études de promotion de la santé mentale, si elles ouvrent des pistes intéressantes (Wilksch et Wade 2013; Tirlea et al. 2015), n'ont que trop peu été étudiées au niveau de la diminution des facteurs de risque spécifiques des troubles alimentaires pour permettre à ce jour de conclure à leur efficacité sur ce plan. De nouvelles études testant cette hypothèse sont nécessaires à ce jour. L'idée d'y inclure des messages à destination de préadolescents, tout en intégrant la prise en compte des niveaux environnemental et scolaire est à tester. L'intervention centrée sur les enfants de Fleurbaix et Laventie montre une diminution de la prévalence de l'obésité (8.8% vs 7.8% dans les villes contrôle) dans les suites d'une intervention communautaire. Cette prise en charge efficace des enfants en bas âge (à partir de 5 à 6 ans) permet un effet rétro-éducatif sur les parents sur le plan de l'alimentation et promeut des comportements de santé efficaces qui perdurent dans le temps, permettant ainsi aux familles de faire perdurer les comportements sains ayant des répercussions sur les générations ultérieures (Romon et al. 2009). L'idée d'une prévention mêlant des éléments de promotion de la santé, mentale comme physique, à des éléments de prévention des troubles alimentaires et de l'obésité, évitant ainsi les messages paradoxaux pouvant favoriser l'apparition de troubles alimentaires s'ils sont mal interprétés, comme le « mangerbouger » du plan national nutrition santé, est une idée à explorer dans le futur.

Cette revue de la littérature aura également permis de mettre en évidence des facteurs de risque peu étudiés et méritant d'être plus amplement pris en compte, qu'il s'agisse de la rapidité avec laquelle les personnes mangent leur repas (Zandian et al. 2009),

les régimes inhérents à des maladies comme le diabète (Olmsted et al. 2002), ou encore des populations particulières comme les sororités universitaires ou les jeunes athlètes. Si les sororités universitaires (Martz et al. 1997; Becker et al. 2005, 2006, 2008) ou les athlètes (Elliot et al. 2004; Buchholz et al. 2008; Smith et Petrie 2008; Becker et al. 2012; Martinsen et al. 2014) ont été l'objet de nombreuses études, certaines communautés particulières comme les scouts (Neumark-Sztainer et al. 2000) mériteraient un approfondissement, tant les résultats retrouvés se montrent intéressants mais partiels et à court terme. De plus, il sera intéressant à l'avenir de se pencher sur une autre population absente de ces études, à savoir les personnes présentant une perte de poids rapide, soit à la suite d'une chirurgie de l'obésité, soit à la suite d'un des régimes dont on nous vante régulièrement les bienfaits au décours de dizaines de magazines à l'approche de l'été. Cette perte de poids rapide, facteur récompensant, est un facteur d'entrée dans un comportement addictif comme peut l'être un trouble alimentaire.

L'une des absences remarquables de cette revue de la littérature est l'absence de programmes intégrant à part entière les familles, comme peut le proposer Cook-Darzens (2014). La famille est l'unité dans laquelle se développe l'enfant et dans laquelle les repas sont partagés. Si l'on inclut aisément l'éducation nutritionnelle à la prise en charge, aucune des études citées dans ce travail ne prend en compte l'éducation nutritionnelle au sein même du milieu familial. Aucune ne prend non plus en compte le développement des compétences parentales des parents et des compétences psychosociales des enfants, comme peut le proposer le programme « *Strengthening Families Program* » (Kumpfer et al. 1996; Kumpfer et Alvarado 2003) faisant actuellement l'objet d'une adaptation en France (Roehrig 2013) et disséminé dans de nombreux pays autour du monde avec succès (Kumpfer et al. 2002).

De plus, la révolution numérique et l'avènement du téléphone portable permettent aujourd'hui le développement d'un *culte du miroir*. Chacun est en capacité, au travers de l'image qu'il renvoie, sans réfléchir aux conséquences de ce partage, de se définir au travers d'une identité qui n'est pas la sienne, tel Narcisse tombant amoureux de son reflet. La personne se retrouve noyée dans un flux interminable de photographies filtrées ou retouchées. Quel adolescent ne se laisse pas flatter par des outils comme Instagram,

Facebook, Snapchat ou Youtube ? A toujours réaliser les photos les plus belles, dans les endroits les plus insolites, de la nourriture qu'il avale, l'utilisateur de ces technologies se met en scène pour partager cette expérience sans prendre le temps de la vivre, ni de l'apprécier dans la durée. L'importance de l'impact de ces réseaux dans la société d'aujourd'hui n'est absolument pas prise en compte dans ces études, alors même que des actions de promotion de la santé devraient le considérer comme un facteur d'influence majeur, en particulier chez les jeunes (Becker et al. 2011; Fletcher et al. 2011). Le développement du métier de Youtubeur par exemple, et l'impact de ces nouvelles « célébrités du web », souvent mis en valeur par une silhouette parfaite, l'essai de produits de beauté, les tutoriaux de musculation sur les plus jeunes d'aujourd'hui n'est pas à ce jour pris en considération. Les messages peu contrôlés s'y développent volontiers et tomber sur une vidéo prônant l'idéal de minceur n'y est pas rare, sans qu'aucune politique de santé n'y ait accès. Les études concernant l'éducation aux médias ou les études de promotion de la santé devront à l'avenir prendre la juste mesure de l'effet de ces outils peu étudiés aujourd'hui, eu égard à la jeunesse des dits outils, à leur capacité à évoluer en permanence et pour lesquels nous avons en pratique assez peu de recul, même si leur effet dépressogène commence à être démontré (Primack et al. 2017).

La limite majeure de cette étude, au-delà des manques exposés ci-dessus, réside dans le mode de sélection des études, ne permettant pas de sélectionner certaines études efficaces mais proposant un autre type d'évaluation que l'essai randomisé contrôlé. Plus d'une centaine d'études contrôlées mais non randomisées ont été exclues lors de la lecture des résumés. Parmi ces études, certaines pouvaient avoir un intérêt notable en testant en pré et post-intervention des protocoles faisant intervenir la famille ou proposant des actions à grande échelle au niveau d'une école. Certaines de ces études pourraient permettre d'avoir accès à plus d'études réalisées en conditions écologiques, dans lesquelles il est plus simple de passer outre le groupe témoin pour pouvoir tester de plus grandes populations. Afin de pallier cet écueil, une nouvelle revue de la littérature de type *scoping review* pourrait être envisagée pour faire le point sur les interventions existantes et pouvant nécessiter un test par le biais d'un protocole de randomisation afin d'en augmenter la validité scientifique.

La prévention primaire des troubles alimentaires n'a pas fait l'objet de recherches publiées en France actuellement, même si l'on trouve des actions ponctuelles menées par le monde associatif. Parmi ces actions, on retiendra divers projets menés par les associations :

- **Enfine**, à Paris, qui a pu proposer en 2015 la diffusion du spectacle « *Plectrude* », adapté du Robert des noms propres d'Amélie Nothomb dans des lycées en région parisienne, suivie d'un groupe de discussion de 40 minutes animé par un(e) psychologue spécialisé dans les troubles alimentaires, ou un(e) bénévole de l'association. Un rapport intermédiaire après la première représentation montre que les résultats sur la compréhension des troubles chez les adolescents présents ont été positifs, mais le cadre peu intimiste du groupe n'a pas permis d'engager une réflexion profonde chez les adolescents.

- **Endat**, association basée sur Paris dont l'un des projets est aujourd'hui de créer des antennes régionales de prévention des troubles alimentaires. Ce projet vise à mettre en application l'adaptation française du « *Body Project* » sur le territoire Français.

- **PARAD-TCA** dans la région de Clermont-Ferrand, qui envisage de créer un outil permettant de réaliser des actions de prévention primaire de manière concordante entre elles. Cet outil pourrait être présenté à la semaine de la prévention, organisée par la même association sur le modèle de la semaine nationale de la sensibilisation aux troubles alimentaires organisée tous les ans au mois de février au Canada depuis 2015 par l'association ANEB.

On notera toutefois la présence de protocoles de recherche autour de la prévention de l'obésité (Briançon et al. 2010; Bonsergent et al. 2013), mais les rares interventions actuellement menées sur le sol Français ne sont que peu testées par des essais randomisés contrôlés. Le besoin de ce type d'intervention, couplées ou non à des actions de promotion de la santé comme proposé par certains des articles de cette revue (développement de l'estime de soi, travail sur la conscience intéroceptive) se fait actuellement cruellement sentir en France.



## **Conclusion**

Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire ; qu'elle soit universelle, sélective ou ciblée : la prévention doit être participative rendant chacun acteur de sa santé.

Les messages de peur ne sont pas efficaces, voire contreproductifs lorsqu'ils s'adressent à une population jeune qui ne voit pas plus loin que la fin de l'année scolaire (Sturges et Rogers 1996; Pavic 2011) en cours. De plus, les messages de santé informatifs, passant par une télévision de plus en plus critiquée sur la qualité des programmes peuvent être noyés dans une série de messages plus ou moins attirants, ne permettant pas de faire la part belle à la santé de chacun.

Une diminution de la souffrance exprimée par les individus d'aujourd'hui est nécessaire. Nous faisons face actuellement une population qui s'automédique volontiers, qui fait mine de s'inquiéter de l'autre en échangeant des images, les faux-semblants d'une vie idéale sur les réseaux sociaux, alors même que les individus qui y passent leur temps ne se sont jamais sentis aussi seuls. Une population qui boude le repas familial au profit d'un repas pris à la va-vite, devant un écran de télévision, d'ordinateur ou de smartphone, nécessite un changement de paradigme complet non seulement des messages, mais encore des modalités de transmission de l'information.

Il est d'ailleurs probable qu'il faille adapter les messages de prévention en population adolescente, cette période de crise existentielle et de révolte viscérale contre l'autorité parentale, qui dote l'adulte en devenir d'un mode de pensée hypothético-déductif le conduisant à faire des expériences au lieu d'écouter les conseils. Des actions ciblées en amont, en fonction de l'âge des populations cibles pourraient ainsi être adaptées, pour des populations infantiles plus enclines à entendre les messages de prévention à dimension parentalisée ou pour des populations post adolescentes enclines à entendre des messages adultes et valorisants (Sturges et Rogers 1996).

La dissonance cognitive devrait être une piste intéressante parce qu'elle ne parle pas qu'à la raison mais à un mélange de passion et de croyances. Elle va enfin s'intéresser au langage des adolescents, en les rendant de réels acteurs de leur santé, utilisant leur humour, leur capacité de provocation, en mettant à mal la manipulation des industries qui nous assènent de messages toujours plus faux, et en donnant raison à leur quête d'idéal.

Des pistes sont en développement aujourd'hui en France, en particulier par le biais d'actions d'éducation aux médias. Néanmoins elles restent exploitées de manière non systématique par les organismes de prévention sont pourtant savamment utilisées à des visées de neuromarketing par les publicitaires. Nous pouvons citer l'exemple de ceux engagés par l'industrie du tabac qui savent pertinemment qu'en visant les valeurs d'une population de 18 - 25 ans, ils toucheront aisément la génération suivante des 13-18 ans qui fumeront pour faire comme les grands.

Pas encore un adulte, plus vraiment un enfant, les publicitaires l'ont compris. Ils usent et abusent de ces croyances pour en faire plus que des slogans, de véritables machines à rêve flattant l'ego fragile des adolescents en quête non pas de savoir ce qu'ils vont devenir, mais qui ils vont devenir.

## ***Références bibliographiques***

Abascal L, Bruning Brown J, Winzelberg AJ, Dev P, Taylor CB. Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs. *Int J Eat Disord.* janv 2004;35(1):1-9.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5.* 5th Revised edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013.

Atkinson MJ, Wade TD. Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *Int J Eat Disord.* nov 2015;48(7):1024-37.

Atkinson MJ, Wade TD. Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Interv Psychiatry.* juin 2016;10(3):234-45.

Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol Med.* nov 2000;30(6):1249-62.

Austin SB, Field AE, Wiecha J, Peterson KE, Gortmaker SL. The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mars 2005;159(3):225-30.

Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med.* sept 2007;161(9):865-9.

Bauer S, Moessner M. Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *Int J Eat Disord.* juill 2013;46(5):508-15.

Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry.* 1 janv 2011;198(1):43-50.

Becker CB, Bull S, Schaumberg K, Cauble A, Franco A. Effectiveness of peer-led eating disorders prevention: a replication trial. *J Consult Clin Psychol.* avr 2008;76(2):347-54.

Becker CB, McDaniel L, Bull S, Powell M, McIntyre K. Can we reduce eating disorder risk factors in female college athletes? A randomized exploratory investigation of two peer-led interventions. *Body Image.* janv 2012;9(1):31-42.

Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behav Ther.* 2005;36(3):245-53.

Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Peer-facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. *J Couns Psychol.* 2006;53(4):550-5.

Becker CB, Wilson C, Williams A, Kelly M, McDaniel L, Elmquist J. Peer-facilitated cognitive dissonance versus healthy weight eating disorders prevention: A randomized comparison. *Body Image.* sept 2010;7(4):280-8.

- Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* févr 2015;173(1):79-84.
- Bonsergent E, Agrinier N, Thilly N, Tessier S, Legrand K, Lecomte E, et al. Overweight and obesity prevention for adolescents: a cluster randomized controlled trial in a school setting. *Am J Prev Med.* janv 2013;44(1):30-9.
- Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abuse.* déc 2009;30(4):295-305.
- Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image.* juin 2016;17:117-31.
- Briançon S, Bonsergent E, Agrinier N, Tessier S, Legrand K, Lecomte E, et al. PRALIMAP: study protocol for a high school-based, factorial cluster randomised interventional trial of three overweight and obesity prevention strategies. *Trials.* 2010;11:119.
- Brown TA, Keel PK. A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. *Behav Res Ther.* nov 2015;74:1-10.
- Bucchianeri MM, Corning AF. An Experimental Test of Women's Body Dissatisfaction Reduction through Self-Affirmation. *Appl Psychol Health Well-Being.* juill 2012;4(2):188-201.
- Buchholz A, Mack H, McVey G, Feder S, Barrowman N. BodySense: an evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eat Disord.* sept 2008;16(4):308-21.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Gnam G, Buddeberg C. Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand.* août 1998;98(2):146-55.
- Canetti L, Bachar E, Gur E, Stein D. The influence of a primary prevention program on eating-related attitudes of Israeli female middle-school students. *J Adolesc.* avr 2009;32(2):275-91.
- Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord.* sept 1997;22(2):167-72.
- Celio AA, Winzelberg AJ, Wilfley DE, Eppstein-Herald D, Springer EA, Dev P, et al. Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *J Consult Clin Psychol.* août 2000;68(4):650-7.
- Clark M. An Evaluation of HEY-Durham, a High School Curriculum Addressing Health-Risk Behaviors in Adolescents. 2003 [cité 29 janv 2017]; Disponible sur: <https://www.mysciencework.com/publication/show/e6f6e6becf419af025f3a82ee799cabf>
- COOK-DARZENS S. *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent.* Eres; 2014.
- Coughlin JW, Kalodner C. Media literacy as a prevention intervention for college women at low- or high-risk for eating disorders. *Body Image.* mars 2006;3(1):35-43.

- Dalle Grave R, De Luca L, Campello G. Middle school primary prevention program for eating disorders: a controlled study with a twelve-month follow-up. *Eat Disord*. 2001;9(4):327-37.
- Desmurget M. TV lobotomie: La vérité scientifique sur les effets de la télévision - Essai. Max Milo; 2011.
- Dohnt HK, Tiggemann M. Promoting positive body image in young girls: an evaluation of « Shaperville ». *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. mai 2008;16(3):222-33.
- Doyle AC, Goldschmidt A, Huang C, Winzelberg AJ, Taylor CB, Wilfley DE. Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. août 2008;43(2):172-9.
- Elliot DL, Goldberg L, Moe EL, DeFrancesco CA, Durham MB, Hix-Small H. Preventing substance use and disordered eating: initial outcomes of the ATHENA (athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives) program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. nov 2004;158(11):1043-9.
- Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later? *Body Image*. mars 2013;10(2):175-81.
- Families B on C Youth, and, Education D of B and SS and, Council NR, Medicine I of. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. National Academies Press; 2009.
- Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord*. juill 2005;38(1):73-7.
- Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press; 1962.
- Fletcher A, Bonell C, Sorhaindo A. You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviours and bodyweight. *J Epidemiol Community Health*. 1 janv 2011;jech.2010.113936.
- Follansbee-Junger K, Janicke DM, Sallinen BJ. The influence of a behavioral weight management program on disordered eating attitudes and behaviors in children with overweight. *J Am Diet Assoc*. nov 2010;110(11):1653-9.
- Franko DL, Mintz LB, Villapiano M, Green TC, Mainelli D, Folensbee L, et al. Food, mood, and attitude: reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. nov 2005;24(6):567-78.
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
- Ghaderi A. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eat Behav*. janv 2003;3(4):387-96.
- Ghaderi A, Mårtensson M, Schwan H. « Everybody's Different »: a primary prevention program among fifth grade school children. *Eat Disord*. juin 2005;13(3):245-59.

- González M, Penelo E, Gutiérrez T, Raich RM. Disordered eating prevention programme in schools: a 30-month follow-up. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* août 2011;19(4):349-56.
- Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107-9.
- Green M, Scott N, Diyankova I, Gasser C. Eating disorder prevention: an experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. *Eat Disord.* avr 2005;13(2):157-69.
- Heinze V, Wertheim EH, Kashima Y. An Evaluation of the Importance of Message Source and Age of Recipient in a Primary Prevention Program for Eating Disorders. *Eat Disord.* 1 mars 2000;8(2):131-45.
- Heude B, Lafay L, Borys JM, Thibult N, Lommez A, Romon M, et al. Time trend in height, weight, and obesity prevalence in school children from Northern France, 1992–2000. *Diabetes Metab.* 1 juin 2003;29(3):235-40.
- Irving LM, Berel SR. Comparison of Media-Literacy Programs to Strengthen College Women's Resistance to Media Images. *Psychol Women Q.* 1 juin 2001;25(2):103-11.
- Jacobi C, Fittig E, Bryson SW, Wilfley D, Kraemer HC, Taylor CB. Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychol Med.* sept 2011;41(9):1939-49.
- Jacobi C, Morris L, Beckers C, Bronisch-Holtze J, Winter J, Winzelberg AJ, et al. Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord.* mars 2007;40(2):114-9.
- Jacobi C, Völker U, Trockel MT, Taylor CB. Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* févr 2012;50(2):93-9.
- Jáuregui Lobera I, Lozano PL, Ríos PB, Candau JR, del Villar y Lebreros GS, Millán MTM, et al. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Gen Med.* 5 oct 2010;3:263-72.
- Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther.* juin 2016;81:1-11.
- Jones M, Luce KH, Osborne MI, Taylor K, Cunning D, Doyle AC, et al. Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics.* mars 2008;121(3):453-62.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* juill 1992;149(7):936-43.
- Kaminski PL, McNamara K. A Treatment for College Women at Risk for Bulimia: A Controlled Evaluation. *J Couns Dev.* 2 janv 1996;74(3):288-94.

Kass AE, Trockel M, Safer DL, Sinton MM, Cunning D, Rizk MT, et al. Internet-based preventive intervention for reducing eating disorder risk: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Behav Res Ther.* 2 oct 2014;63C:90-8.

Kater KJ, Rohwer J, Londre K. Evaluation of an Upper Elementary School Program to Prevent Body Image, Eating, and Weight Concerns. *J Sch Health.* 1 mai 2002;72(5):199-204.

Killen JD, Taylor CB, Hammer LD, Litt I, Wilson DM, Rich T, et al. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int J Eat Disord.* mai 1993;13(4):369-84.

Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol.* 2003;58(6-7):457-65.

Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P, Bellamy N. Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions. *Prev Sci.* 2002;3(3):241-6.

Kumpfer KL, Molgaard V, Spoth R. The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In 1996.

Levine MP, Smolak L. The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eat Disord.* 2016;24(1):39-46.

Lindenberg K, Moessner M, Harney J, McLaughlin O, Bauer S. E-health for individualized prevention of eating disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 2011;7:74-83.

Linville D, Cobb E, Lenee-Bluhm T, López-Zerón G, Gau JM, Stice E. Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. *Behav Res Ther.* déc 2015;75:32-9.

López-Guimerà G, Sánchez-Carracedo D, Fauquet J, Portell M, Raich RM. Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *Span J Psychol.* mai 2011;14(1):293-303.

Loth K, Wall M, Choi C-W, Bucchianeri M, Quick V, Larson N, et al. Family meals and disordered eating in adolescents: Are the benefits the same for everyone? *Int J Eat Disord.* 1 janv 2015;48(1):100-10.

Loucas CE, Fairburn CG, Whittington C, Pennant ME, Stockton S, Kendall T. E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 5 oct 2014;63C:122-31.

Low KG, Charanasomboon S, Lesser J, Reinhalter K, Martin R, Jones H, et al. Effectiveness of a computer-based interactive eating disorders prevention program at long-term follow-up. *Eat Disord.* févr 2006;14(1):17-30.

Machado PPP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.* 1 avr 2007;40(3):212-7.

Mann T, Nolen-Hoeksema S, Huang K, Burgard D, Wright A, Hanson K. Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders

in college females. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mai 1997;16(3):215-25.

Martinsen M, Bahr R, Børresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* mars 2014;46(3):435-47.

Martz DM, Bazzini DG. Eating disorders prevention programming may be failing: Evaluation of 2 one-shot programs. *J Coll Stud Dev.* 1999;40(1):32-42.

Martz DM, Gravesz KD, Sturgis ET. A pilot peer-leader eating disorders prevention program for sororities. *Eat Disord.* 1 déc 1997;5(4):294-308.

Matusek JA, Wendt SJ, Wiseman CV. Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *Int J Eat Disord.* déc 2004;36(4):376-88.

McMillan W, Stice E, Rohde P. High- and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: an experimental trial. *J Consult Clin Psychol.* févr 2011;79(1):129-34.

McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy Schools-Healthy Kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image.* juin 2007;4(2):115-36.

McVey GL, Davis R. A Program to Promote Positive Body Image: A 1-Year Follow-Up Evaluation. *J Early Adolesc.* 1 févr 2002;22(1):96-108.

McVey GL, Davis R, Tweed S, Shaw BF. Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: a replication study. *Int J Eat Disord.* juill 2004;36(1):1-11.

Mitchell KS, Mazzeo SE, Rausch SM, Cooke KL. Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *Int J Eat Disord.* 1 mars 2007;40(2):120-8.

Moncrieff J, Churchill R, Drummond DC, McGuire H. Development of a quality assessment instrument for trials of treatments for depression and neurosis. *Int J Methods Psychiatr Res.* 1 août 2001;10(3):126-33.

Mora M, Penelo E, Guti&#xe9, Rrez T, Espinoza P, Gonz&#xe1, et al. Assessment of Two School-Based Programs to Prevent Universal Eating Disorders: Media Literacy and Theatre-Based Methodology in Spanish Adolescent Boys and Girls. *Sci World J.* 23 févr 2015;2015:e328753.

Mora M, Penelo E, Rosés R, González ML, Espinoza P, Deví J, et al. Pilot assessment of two disordered eating prevention programs. Preliminary findings on maladaptive beliefs related to eating disorders. *Eat Behav.* 20 août 2016;

Musiat P, Conrod P, Treasure J, Tylee A, Williams C, Schmidt U. Targeted prevention of common mental health disorders in university students: randomised controlled trial of a transdiagnostic trait-focused web-based intervention. *PloS One.* 2014;9(4):e93621.



Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *J Am Diet Assoc.* déc 2000;100(12):1466-73.

Neumark-Sztainer DR, Friend SE, Flattum CF, Hannan PJ, Story MT, Bauer KW, et al. New Moves—Preventing Weight-Related Problems in Adolescent Girls: A Group-Randomized Study. *Am J Prev Med.* nov 2010;39(5):421-32.

Nicolino JC, Martz DM, Curtin L. Evaluation of a cognitive-behavioral therapy intervention to improve body image and decrease dieting in college women. *Eat Behav.* 2001;2(4):353-62.

O'Brien KM, LeBow MD. Reducing maladaptive weight management practices: developing a psychoeducational intervention program. *Eat Behav.* avr 2007;8(2):195-210.

O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *Int J Eat Disord.* juill 2000;28(1):43-57.

Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord.* sept 2002;32(2):230-9.

Oullier O. Nouvelles approches de la prévention en santé publique. 2010.

Pavic G. Utilisation de la peur en prévention [Internet]. 2011 [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.ireps-picardie.fr/Prevention\\_malveillante/Peur\\_prevention.pdf](http://www.ireps-picardie.fr/Prevention_malveillante/Peur_prevention.pdf)

Paxton SJ, McLean SA, Gollings EK, Faulkner C, Wertheim EH. Comparison of face-to-face and internet interventions for body image and eating problems in adult women: An RCT. *Int J Eat Disord.* 1 déc 2007;40(8):692-704.

Phelps L, Sapia J, Nathanson D, Nelson L. An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychol Sch.* 1 sept 2000;37(5):443-52.

Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD002891.

Primack BA, Shensa A, Sidani JE, Whaite EO, Lin L yi, Rosen D, et al. Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *Am J Prev Med* [Internet]. 6 mars 2017 [cité 20 mars 2017];0(0). Disponible sur: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(17\)30016-8/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(17)30016-8/fulltext)

Raich RM, Portell M, Peláez-Fernández MA. Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: is it more effective in girls at risk? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* janv 2010;18(1):49-57.

Ridolfi DR, Vander Wal JS. Eating disorders awareness week: the effectiveness of a one-time body image dissatisfaction prevention session. *Eat Disord.* déc 2008;16(5):428-43.

Rodriguez R, Marchand E, Ng J, Stice E. Effects of a cognitive dissonance-based eating disorder prevention program are similar for Asian American, Hispanic, and White participants. *Int J Eat Disord.* nov 2008;41(7):618-25.

Roehrig C. Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité « SFP 6–11 ans »: description et facteurs d'influence potentiels de son implantation en France. *Glob Health Promot.* 1 juin 2013;20(2\_suppl):8-12.

Roehrig M, Thompson JK, Brannick M, van den Berg P. Dissonance-based eating disorder prevention program: a preliminary dismantling investigation. *Int J Eat Disord.* janv 2006;39(1):1-10.

Rohde P, Auslander BA, Shaw H, Raineri KM, Gau JM, Stice E. Dissonance-based prevention of eating disorder risk factors in middle school girls: results from two pilot trials. *Int J Eat Disord.* juill 2014;47(5):483-94.

Romon M, Lommez A, Tafflet M, Basdevant A, Oppert JM, Bresson JL, et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutr.* oct 2009;12(10):1735-42.

Rosen JC, Saltzberg E, Srebnik D. Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behav Ther.* 1989;20(3):393-404.

Roux H, Chapelon E, Godart N. [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. *L'Encéphale.* avr 2013;39(2):85-93.

Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A. A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychother Psychosom.* 1999;68(1):46-50.

Serdar K, Kelly NR, Palmberg AA, Lydecker JA, Thornton L, Tully CE, et al. Comparing online and face-to-face dissonance-based eating disorder prevention. *Eat Disord.* 2014;22(3):244-60.

Sharpe H, Schober I, Treasure J, Schmidt U. Feasibility, acceptability and efficacy of a school-based prevention programme for eating disorders: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* déc 2013;203(6):428-35.

Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological Momentary Assessment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008;4(1):1-32.

Shisslak CM, Crago M, Neal ME, Swain B. Primary prevention of eating disorders. *J Consult Clin Psychol.* oct 1987;55(5):660-7.

Smink FRE, Hoeken D van, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep.* 27 mai 2012;14(4):406-14.

Smith A, Petrie T. Reducing the Risk of Disordered Eating Among Female Athletes: A Test of Alternative Interventions. *J Appl Sport Psychol.* 29 oct 2008;20(4):392-407.

Stice E, Butryn ML, Rohde P, Shaw H, Marti CN. An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Behav Res Ther.* déc 2013a;51(12):862-71.

Stice E, Chase A, Stormer S, Appel A. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord.* avr 2001;29(3):247-62.

Stice E, Durant S, Rohde P, Shaw H. Effects of a prototype Internet dissonance-based eating disorder prevention program at 1- and 2-year follow-up. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* déc 2014a;33(12):1558-67.

Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *J Abnorm Psychol [Internet].* 6 oct 2016 [cité 11 oct 2016]; Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=pdh&AN=2016-47863-001&lang=fr&site=eds-live>

Stice E, Marti CN, Cheng ZH. Effectiveness of a dissonance-based eating disorder prevention program for ethnic groups in two randomized controlled trials. *Behav Res Ther.* avr 2014b;55:54-64.

Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* avr 2008;76(2):329-40.

Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *Int J Eat Disord.* mars 2000;27(2):206-17.

Stice E, Rohde P, Butryn ML, Shaw H, Marti CN. Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: Effects at 2- and 3-year follow-up. *Behav Res Ther.* août 2015a;71:20-6.

Stice E, Rohde P, Durant S, Shaw H. A preliminary trial of a prototype Internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. *J Consult Clin Psychol.* oct 2012a;80(5):907-16.

Stice E, Rohde P, Durant S, Shaw H, Wade E. Effectiveness of peer-led dissonance-based eating disorder prevention groups: results from two randomized pilot trials. *Behav Res Ther.* mai 2013b;51(4-5):197-206.

Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *J Consult Clin Psychol.* oct 2009;77(5):825-34.

Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* avr 2012b;13(2):129-39.

Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau J. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *J Consult Clin Psychol.* août 2011;79(4):500-8.

Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. *J Consult Clin Psychol.* févr 2012c;80(1):164-70.

Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting both Eating Disorders and Obesity among Female College Students: 1- and 2-Year Follow-Up Effects. *J Consult Clin Psychol.* févr 2013c;81(1):183-9.

- Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* mars 2004;130(2):206-27.
- Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* avr 2006;74(2):263-75.
- Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:207-31.
- Stice E, Trost A, Chase A. Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *Int J Eat Disord.* janv 2003;33(1):10-21.
- Stice E, Yokum S, Waters A. Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program Reduces Reward Region Response to Thin Models; How Actions Shape Valuation. *PloS One.* 2015b;10(12):e0144530.
- Sturges JW, Rogers RW. Preventive health psychology from a developmental perspective: an extension of protection motivation theory. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mai 1996;15(3):158-66.
- Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Wilfley DE, Young JF, Sbrocco T, Stephens M, et al. Targeted prevention of excess weight gain and eating disorders in high-risk adolescent girls: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 1 oct 2014;100(4):1010-8.
- Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Wilfley DE, Young JF, Sbrocco T, Stephens M, et al. Excess Weight Gain Prevention in Adolescents: Three-Year Outcome Following a Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol.* 3 nov 2016;
- Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF, Mufson L, Yanovski SZ, Glasofer DR, et al. A Pilot Study of Interpersonal Psychotherapy for Preventing Excess Weight Gain in Adolescent Girls At-risk for Obesity. *Int J Eat Disord.* déc 2010;43(8):701-6.
- Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cunniff D, Doyle AC, Abascal LB, et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry.* août 2006;63(8):881-8.
- Taylor CB, Kass AE, Trockel M, Cunniff D, Weisman H, Bailey J, et al. Reducing eating disorder onset in a very high risk sample with significant comorbid depression: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* mai 2016;84(5):402-14.
- Tirlea L, Truby H, Haines TP. Pragmatic, Randomized Controlled Trials of the Girls on the Go! Program to Improve Self-Esteem in Girls. *Am J Health Promot AJHP.* 14 mai 2015;
- Tisseron S. Grandir avec les écrans La règle 3-6-9-12 [Internet]. [www.yapaka.be](http://www.yapaka.be). 2013 [cité 4 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-64-e-crans-tisseron-web.pdf>
- Wade TD, Davidson S, O'Dea JA. A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *Int J Eat Disord.* mai 2003;33(4):371-383-387.
- Weiss K, Wertheim EH. An evaluation of a prevention program for disordered eating in adolescent girls: examining responses of high- and low-risk girls. *Eat Disord.* avr 2005;13(2):143-56.

- Wilksch SM. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart. *Early Interv Psychiatry*. févr 2015;9(1):21-8.
- Wilksch SM, Durbridge MR, Wade TD. A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2008;47(8):937-47.
- Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson KM, et al. Prevention Across the Spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychol Med*. juill 2015;45(9):1811-23.
- Wilksch SM, Tiggemann M, Wade TD. Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *Int J Eat Disord*. juill 2006;39(5):385-93.
- Wilksch SM, Wade TD. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 2009;48(6):652-61.
- Wilksch SM, Wade TD. Life Smart: a pilot study of a school-based program to reduce the risk of both eating disorders and obesity in young adolescent girls and boys. *J Pediatr Psychol*. oct 2013;38(9):1021-9.
- Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P, et al. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *J Consult Clin Psychol*. avr 2000;68(2):346-50.
- Winzelberg AJ, Taylor CB, Sharpe T, Eldredge KL, Dev P, Constantinou PS. Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *Int J Eat Disord*. déc 1998;24(4):339-49.
- Wiseman CV, Sunday SR, Bortolotti F, Halmi KA. Primary prevention of eating disorders through attitude change: a two country comparison. *Eat Disord*. 2004;12(3):241-50.
- Withers GF, Wertheim EH. Applying the elaboration likelihood model of persuasion to a videotape-based eating disorders primary prevention program for adolescent girls. *Eat Disord*. 2004;12(2):103-24.
- Zabinski MF, Pung MA, Wilfley DE, Eppstein DL, Winzelberg AJ, Celio A, et al. Reducing risk factors for eating disorders: targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *Int J Eat Disord*. mai 2001;29(4):401-8.
- Zabinski MF, Wilfley DE, Calfas KJ, Winzelberg AJ, Taylor CB. An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. oct 2004;72(5):914-9.
- Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Södersten P. Linear eaters turned decelerated: reduction of a risk for disordered eating? *Physiol Behav*. 23 mars 2009;96(4-5):518-21.

Annexe 1 :

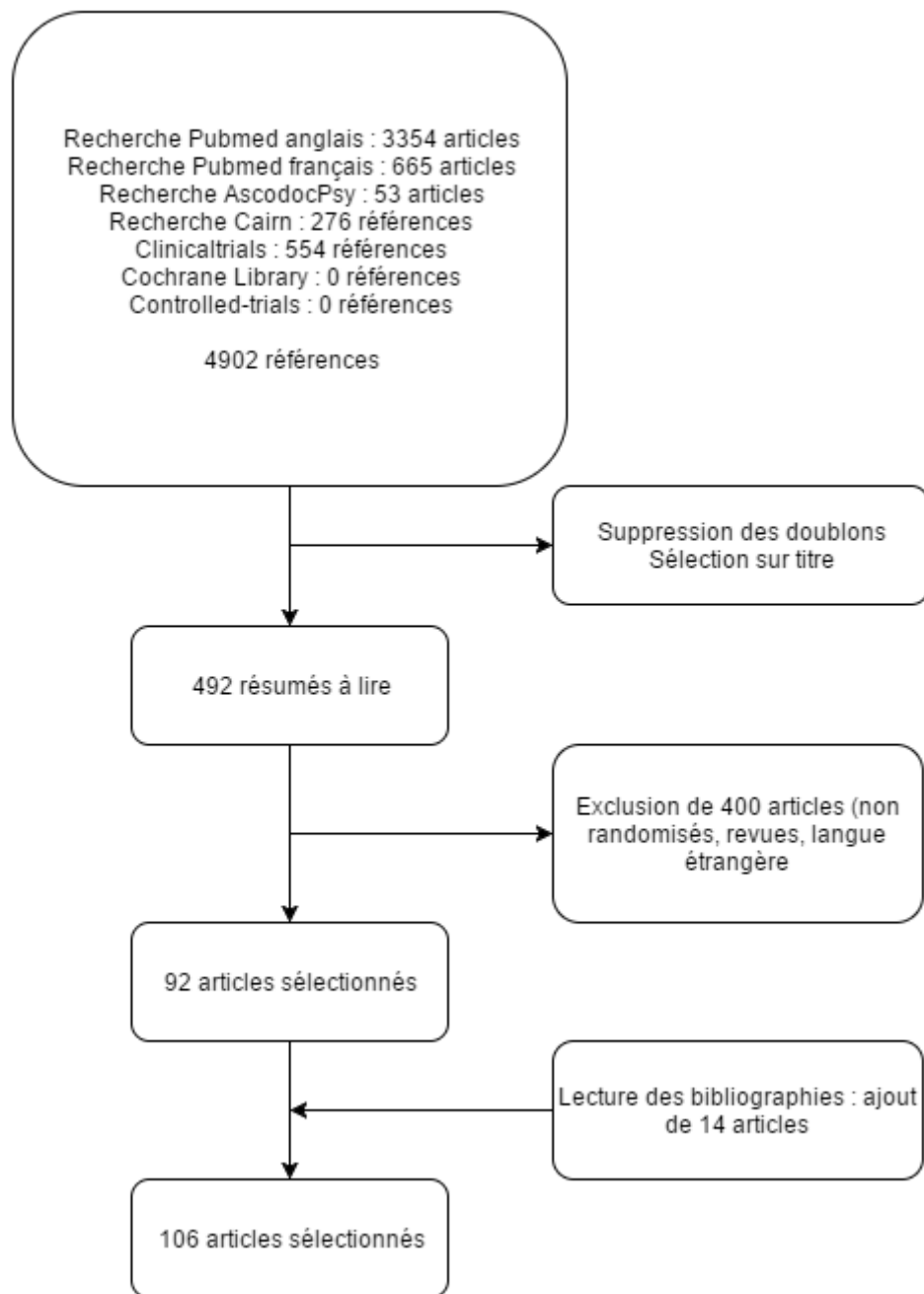


Figure 1 : Diagramme de flux de sélection des articles

**AUTEUR : Nom : Saudi Prénom : Hugo**

**Date de Soutenance : 4 Avril 2017**

**Titre de la Thèse : La prévention primaire des troubles des conduites alimentaires en France et à l'international, une revue systématique de la littérature  
Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : Psychiatrie**

**Mots-clés : Revue de la littérature, troubles alimentaires, anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie, prévention primaire, prévention universelle, prévention sélective**

**Résumé :**

**Introduction :** Les troubles des conduites alimentaires sont un réel problème de santé publique, avec environ 1% de personnes souffrant d'anorexie mentale, 1 à 2% de boulimie nerveuse, 1.9% d'hyperphagie et 2.4% de troubles alimentaires non spécifiés. Ces pathologies graves comportent des facteurs de risque tels que l'insatisfaction corporelle ou l'internalisation de l'idéal de minceur véhiculé par les médias, sur lesquels il est possible d'agir. On peut envisager de prendre en charge ces facteurs de risque une fois les patients malades, afin d'éviter une aggravation des symptômes, ou avant le début de la maladie. Ce travail vise à effectuer une revue systématique de la littérature recensant les actions de prévention primaire (ayant lieu avant l'apparition de la maladie) qui ont démontré leur efficacité en conditions expérimentales ou leur efficacité en conditions réelles.

**Méthode :** Cette recherche a été conduite en utilisant les bases de données PubMed, AscodocPsy, Cairn et Cochrane Library, ainsi que Clinicaltrials.gov et controlled-trials.com en utilisant l'algorithme de mots clés suivants : (« Eating Disorders » OR « Anorexia Nervosa » OR « Bulimia Nervosa » OR « Binge eating Disorder » OR « Hyperphagia ») AND (« Universal Prevention » OR « Selective prevention » OR « primary prevention » OR « prevention »), en anglais et en français. La période d'investigation courait jusqu'en janvier 2017. Seules les essais contrôlés randomisés écrits en anglais ou en français ont été inclus.

**Résultats :** Cent six articles correspondant aux critères d'inclusion ont été inclus dans cette revue, dégageant plusieurs méthodes d'intervention différentes. L'éducation aux médias semble être le type d'intervention le plus utile en prévention universelle, alors que les études évaluant un protocole de dissonance cognitive montrent les résultats les plus probants en prévention sélective. Certains outils comme la psychoéducation, beaucoup utilisée dans le passé, ou la psychothérapie montrent des limites importantes. Les programmes de promotion de la santé mentale ou intégrant la prévention de plusieurs pathologies différentes semblent se dégager comme une voie d'avenir. On ne retrouve pas d'action centrée sur les familles.

**Conclusion :** Une prévention primaire des troubles alimentaires est possible, mais reste une question complexe qui doit prendre en compte la spécificité de la population à laquelle elle s'adresse.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs : Professeur Pierre THOMAS, Docteur Emmanuel CHAZARD, Docteur Philippe LAPIERRE**