



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Une *scoping review* des interventions de prévention primaire  
des troubles des conduites alimentaires**

Présentée et soutenue publiquement le 22 février 2018 à 18h  
au Pôle Formation

**Par Louise Nové-Josserand**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva**

**Monsieur le Docteur Ali Amad**

**Monsieur le Docteur Hugo Saoudi**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Hugo Saoudi**

---

## **Avertissement**

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

APA :	<i>American Psychiatric Association</i>
DSM :	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HAS :	Haute Autorité de Santé
AM :	Anorexie Mentale
BN :	Boulimie Nerveuse
TCA :	Troubles des Conduites Alimentaires
HB :	Hyperphagie Boulimique
IMC :	Indice de Masse Corporelle
RCT :	<i>(Randomized Controlled Trial)</i> essai randomisé contrôlé
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale
VS :	Versus

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION</b>	3
<b>MATERIEL et METHODES</b>	9
<b>RESULTATS</b>	13
1. Recherche et sélection des études	13
2. Etudes « RCT »	13
a. Résumé des trois revues systématiques de littérature exploitées	13
b. Présentation des études « RCT » supplémentaires	15
3. Etudes « non RCT »	33
a. Caractéristiques générales	33
b. Présentation des études par population cible	34
Interventions visant les enfants et adolescents	35
Interventions visant les adultes	77
<b>DISCUSSION</b>	97
<b>CONCLUSION</b>	115
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	117
<b>ANNEXES</b>	126

## **RESUME**

**Contexte** : Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des troubles mentaux, débutant habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, pouvant présenter de nombreuses co-morbidités psychiatriques et complications somatiques et psychiques. Ces troubles, d'évolution chronique, peuvent avoir un retentissement individuel et sociétal conséquent, ce qui vient renforcer l'intérêt pour une prévention avant l'apparition des troubles. Cette recherche a pour objectif un aperçu global du champ des études scientifiques traitant de l'efficacité des interventions de prévention primaire des TCA.

**Méthode** : Pour cette *scoping review*, seules les études interventionnelles « pré-test/post-test » évaluant l'efficacité d'une intervention sur des facteurs de risque ou de protection des TCA ont été incluses. Les bases de données Pubmed, Cochrane, et Ascodocpsy ont été exploitées, en utilisant les mots-clés suivants : (Eating Disorder OR Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa OR Binge Eating Disorder OR Hyperphagia) AND (Primary Prevention OR Prevention) en anglais et en français.

**Résultats** : 231 études ont été incluses, dont 165 essais randomisés contrôlés et 66 essais contrôlés non randomisés ou non contrôlés. Ce travail vient compléter trois revues systématiques de la littérature récentes (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017) en recensant les études non contrôlées ou non randomisées. Ces études sont principalement des études préliminaires, dont certaines présentent des approches encore peu exploitées mais prometteuses, telles que l'action sur l'environnement ou la combinaison de divers types d'intervention. On observe également des études de dissémination ou d'implémentation, cherchant à renforcer l'impact d'une intervention déjà efficace.

**Conclusion** : Le champ de la prévention primaire des TCA est en pleine expansion. Les études de prévention sélective sont légion, mais il persiste des besoins concernant la prévention

universelle et la prévention ciblée. L'implémentation des interventions ayant montré une efficacité scientifique et la confirmation de l'efficacité d'approches encore peu exploitées sera nécessaire à l'avenir afin de permettre de diminuer l'incidence de ces troubles de manière efficace en population générale.

## INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des troubles mentaux qui ont comme caractéristique commune une perturbation du comportement alimentaire. Les TCA regroupent classiquement l'**anorexie mentale** (AM), la **boulimie nerveuse** (BN) et l'**hyperphagie boulimique** (HB). Pour porter le diagnostic, un ensemble de critères définis par des classifications internationales doivent être présents. Pour les troubles mentaux, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, publié par l'*American Psychiatric Association (APA)*, et dont la version française est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, fait office de référence. La version la plus récente est le DSM-5, publié en 2013 et traduit en français en 2015.

L'**AM** est définie par une « restriction des apports caloriques résultant en un amaigrissement » associée à une « perturbation de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou absence persistante de reconnaissance de la maigreur actuelle » et une « peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants visant à prévenir la prise de poids » (APA 2013). La **BN** est caractérisée par la « survenue récurrente de crises de boulimie » associées à des « comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids » ainsi qu'une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, et l'**HB** par la « survenue récurrente de crises de boulimie », comportement à l'origine d'une « souffrance marquée », mais « sans recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés » (APA 2013). Une crise de boulimie est définie par « l'absorption en une période limitée (par exemple, moins de 2 heures) d'une grande quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances », avec un sentiment de perte de contrôle (APA 2013). Les

comportements compensatoires inappropriés comprennent : « vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif » (APA 2013). Ces comportements compensatoires et/ou d'hyperphagie peuvent également être présents dans le cadre d'une AM.

### *Epidémiologie des TCA*

S'appuyant sur les données internationales, la prévalence en population générale varie, pour les femmes, de 0 à 2,2% pour l'AM, de 1 à 3 % pour la BN et de 1,9 à 3,5 % pour l'HB (Roux et al. 2013 ; Smink et al. 2012 in HAS 2015). Pour les hommes, la prévalence en population générale varie de 0 à 0,3% pour l'AM, de 0,1 à 0,5% pour la BN et de 0,3 à 2 % pour l'HB (Roux et al. 2013 ; Smink et al. 2012 in HAS 2015). La prévalence des formes partielles ou subsyndromiques est plus élevée, pouvant aller jusqu'à 6,1% pour la BN pour les femmes (Stice et al. 2009).

On trouve une très nette prédominance féminine pour l'ensemble de ces troubles avec un ratio approximatif de dix femmes pour un homme (APA 2013), sauf pour l'HB où les hommes représenteraient 40 % des diagnostics (HAS 2015).

L'AM et la BN apparaissent généralement à l'adolescence (âge moyen de début à 18 ans), alors que l'HB se manifeste plutôt à l'âge adulte (âge moyen de début à 21 ans) (Hudson et al. 2007).

Ces troubles sont associés à des co-morbidités psychiatriques (tels que les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, l'abus de substance, les troubles de la personnalité) et à un risque suicidaire élevé (APA 2013). Ils présentent un risque de complications somatiques et psychiques multiples, ainsi que de chronicisation. Le taux de mortalité pour l'AM serait le plus élevé parmi les pathologies psychiatriques (APA 2006). Aussi, « il en résulte des coûts de soins



de santé élevés » et un retentissement « très important sur un plan individuel, familial, social (rupture familiale, scolaire, professionnelle et sociale) » (HAS 2015).

L'étiologie de ces troubles est plurifactorielle, avec des facteurs génétiques, environnementaux et individuels. Des facteurs de risque comme l'insatisfaction corporelle, les préoccupations pondérales, une mauvaise estime de soi, des symptômes dépressifs, des troubles anxieux, l'internalisation de l'idéal de minceur, des antécédents d'abus physique et un surpoids dans l'enfance peuvent favoriser la survenue de TCA (APA 2013).

### Prévention primaire des TCA

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **prévention primaire** correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie. Ceux-ci interviennent donc avant l'apparition du trouble, en cherchant à réduire les facteurs de risque ou augmenter les facteurs de protection. La prévention primaire se distingue de la prévention secondaire, qui vise à diminuer la prévalence de la maladie à travers des moyens tels que le dépistage ou le traitement précoce, et de la prévention tertiaire, qui a pour objectif la diminution de la prévalence des incapacités chroniques ou des récives. Ces trois types de prévention sont définis selon le stade de la maladie. Une autre classification des mesures de prévention en fonction de la population ciblée est proposée par Gordon (1983). Il différencie la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée, dans l'ordre, pour une population présentant un risque croissant d'apparition de la maladie. La **prévention universelle** s'intéresse à toute la population et comprend des mesures telles que l'éducation pour la santé. La **prévention sélective** regroupe des mesures visant des sous-groupes spécifiques « à risque ». La **prévention ciblée** concerne des individus présentant une vulnérabilité accrue, manifestant des symptômes du trouble sans en avoir l'ensemble des critères diagnostiques (Mrazek et Haggerty 1994).

Les complications possibles des TCA, leurs retentissements conséquents sur un plan personnel, familial et sociétal et leur évolution chronique viennent renforcer l'intérêt pour une prévention avant l'apparition des troubles. Il s'agit de la prévention primaire.

### *Interventions de prévention primaire des TCA*

Une classification des interventions de prévention primaire des TCA a été proposée par Watson et al. en 2010. Ainsi, sont décrites les interventions basées sur la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'éducation aux médias, la dissonance cognitive ou la prévention de l'obésité, celles cherchant à renforcer **l'estime de soi** ou à réduire les comportements et croyances délétères associées au **perfectionnisme**, celles à **composantes multiples** ou **composées d'une seule séance**.

Les premières interventions de prévention primaire des TCA étaient des interventions dites de **psychoéducation**, avec pour objectif d'informer et d'éduquer sur les facteurs de risque socio-culturels et biologiques des TCA (Watson et al. 2010). Puis nous avons vu se développer de diverses modalités d'approches interventionnelles :

Les interventions basées sur la **TCC** visent à modifier les cognitions négatives concernant son corps et son poids, pour rompre le cycle des pensées, émotions et comportements inadaptés (Chithambo et Huey 2017).

Celles basées sur **l'éducation aux médias** visent à promouvoir la réflexion critique et le scepticisme concernant les messages promus par les médias, tels les standards irréalistes de la beauté, afin de réduire son « influence persuasive » (Richardson et al. 2009 ; McLean et al. 2017).

Celles s'appuyant sur **la dissonance cognitive** cherchent à remettre en question les croyances personnelles autour de l'idéal de beauté et de minceur à travers des activités exposant

les participantes à un état psychologique inconfortable, créé par le conflit existant entre ces croyances et ces comportements (Chithambo et Huey 2017).

Certaines interventions de prévention de **l'obésité** ou visant la régulation du poids, ciblant généralement l'alimentation et l'activité physique, peuvent inclure des mesures portant sur les facteurs de risque des TCA (Watson et al. 2010).

Dans une revue de littérature récente, Le et al. (2017) y ont ajouté les interventions basées sur **la pleine conscience** (*mindfulness*).

Si les résultats des premières études de prévention primaire des TCA étaient peu concluants, par la suite des résultats plus encourageants ont émergé. Des revues de littérature ont rapporté l'efficacité des interventions basées sur la TCC, la dissonance cognitive, l'éducation aux médias, ou encore sur des interventions intégrant des stratégies de régulation du poids (Ciao et al. 2014 ; Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017).

Afin de garantir une cohérence des résultats rapportés par les revues de littérature portant sur l'efficacité des interventions de prévention, des standards de validité scientifique ont été proposés par la *Society of Research Prevention* (SRP) (Gottfredson et al. 2015). Trois étapes sont présentées comme étant nécessaires pour déterminer une intervention réussie : après une démonstration de son efficacité dans des conditions contrôlées (niveau 1 : « *efficacy* »), il est recommandé de rechercher la persistance de son efficacité en condition réelles (niveau 2 : « *effectiveness* ») et lors de sa dissémination à large échelle (niveau 3 : « *broad dissemination* ») (Flay et al. 2005). Dans une revue plus récente, cette dernière étape a été révisée pour s'orienter davantage autour des actions permettant d'augmenter l'impact des interventions efficaces (« *scale-up* »), par exemple en élargissant la population ciblée ou les contextes d'implémentation (Gottfredson et al. 2015).

### Objectif

Face à un champ en pleine expansion, trois revues systématiques de littérature récentes ont recensé les essais randomisés contrôlés (« RCT ») portant sur ces interventions, pour repérer les plus efficaces (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017). Cependant, des interventions de niveau de preuve moindre mériteraient d'être explorées afin de voir si d'autres approches intéressantes (qui n'auraient pas été recensées dans les revues systématiques de littérature récentes) peuvent émerger, voire compléter les actions existantes et efficaces. Aussi, l'objectif de cette recherche est de réaliser une *scoping review* des études évaluant l'efficacité des interventions de prévention primaire des TCA, en recensant l'ensemble des études portant sur ce sujet, qu'elles soient randomisées et contrôlées ou non.

## **MATERIEL et METHODES**

La méthodologie de cette *scoping review* s'appuie sur les étapes avancées par Arksey et O'Malley (Arksey et O'Malley 2005), et a été approuvée par le comité de pilotage de la Fondation Sandrine Castellotti, sous l'égide de la Fondation de l'Avenir.

### **1. Précision de la question de recherche**

La question guidant la recherche est la suivante : « *Quelles sont les études scientifiques traitant de l'efficacité des interventions de prévention primaire des TCA ?* »

Les TCA ciblés dans cette recherche sont AM, la BN et l'HB. Toute intervention ayant une action de réduction d'au moins un facteur de risque ou une augmentation d'au moins un facteur de protection de ces troubles est pertinente.

### **2. Sélection des sources de données**

Pour le recensement des études, les bases de données Pubmed, Cochrane et Ascodocpsy ont été exploitées, en utilisant les mots-clés suivants :

- (Eating Disorder OR Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa OR Binge Eating Disorder OR Hyperphagia) AND (Primary Prevention OR Prevention) en anglais,
- et (Trouble des conduites alimentaires OR Trouble du comportement alimentaire OR Anorexie mentale OR Boulimie OR Hyperphagie) AND (Prévention OR Prévention primaire) en français.

Dans un deuxième temps, après la sélection finale des études selon les critères précisés ci-dessous (en 3), les bibliographies des études finales sélectionnées ont été parcourues et les études

« RCT » recensées par trois revues systématiques de littérature récentes ont été ajoutés pour compléter ce recensement.

Pour la gestion des études recensées, le logiciel Zotero (version 5.0.33) a été utilisé.

### 3. Sélection des études pertinentes

La sélection s'est faite en plusieurs temps. Une première sélection des études a été réalisée, sur titre puis sur résumé, selon les critères de sélection suivants :

- études publiées en anglais ou en français,
- études réalisées sur des sujets humains ne présentant pas de TCA,
- études portant sur la prévention primaire des TCA,
- études interventionnelles.

Puis une deuxième sélection des études s'est faite selon des critères d'inclusion et d'exclusion *post-hoc*, précisés au fur et à mesure de la première sélection.

Les critères d'inclusion *post-hoc* sont :

- études interventionnelles avec les mêmes mesures avant et après l'intervention (« pré-test/post-test »), évaluant l'efficacité d'une intervention sur des facteurs de risque ou de protection des TCA, au moyen d'échelles reconnues ou validées.

Et les critères d'exclusion *post-hoc* sont :

- études évaluant le coût (*cost-effectiveness*) des interventions,
- études analysant des facteurs qui influencent l'efficacité d'une intervention (caractéristiques de l'individu modérant les résultats d'une intervention ou *moderators*, mécanismes vecteurs des effets ou *mediators*),

- études d'évaluation subjective, évaluant des ressentis ne correspondant pas à un facteur de risque ou de protection validé (ex. : *perceived effectiveness*).

#### 4. Charting des données

Après la sélection finale des études à inclure dans cette recherche, l'extraction des données s'est faite selon la méthode « descriptive-analytique » décrite par Arksey et O'Malley (2005), qui consiste à définir un cadre analytique commun pour extraire les données pertinentes en vue d'une description narrative des résultats. Aussi, pour chaque étude, ont été extraites les données suivantes :

- auteur, date de publication et pays,
- caractéristiques de la population d'étude,
- type de prévention primaire,
- caractéristiques de l'intervention,
- résultats principaux obtenus.

Le logiciel Excel a été utilisé pour compiler et présenter les données.

#### 5. Collecte et présentation des résultats

Les données ont ensuite été collectées et regroupées en vue d'une présentation claire et générale des résultats, de type descriptif, sans critique de la qualité des études.

Du fait de revues systématiques de littérature récentes sur la prévention primaire des troubles du comportement alimentaire, il a semblé plus pertinent de présenter les résultats en séparant les études contrôlées et randomisées, ou de comparaison et randomisées (appelées « RCT »), des autres études (appelées « non RCT »). Ainsi, les études « RCT » sont résumées ou

présentées succinctement, et les études « non RCT », non contrôlées ou contrôlées ou avec comparaison mais non randomisées, sont présentées de manière plus détaillée.

Concernant le type de prévention primaire, pour rappel, une étude est considérée de prévention :

- universelle, si celle-ci s'adressait à la population générale (tels les élèves ou étudiants sans exclusion d'un sexe) ;
- sélective, si la population concernait un sous-groupe présenté comme étant plus à risque de TCA (comme, par exemple, les étudiantes ou élèves du sexe féminin, les sportifs ou les communautés ethniques) ;
- ciblée, si les participants étaient dépistés avec des symptômes de TCA sans en avoir le tableau clinique complet (forme subsyndromique d'un TCA).



## **RESULTATS**

### **1. Recherche et sélection des études**

La recherche à partir des bases de données a trouvé 3817 articles. Au final, 231 articles ont été retenus (voir annexe 1). Parmi ces articles, on trouve 165 études randomisées et contrôlées (études « RCT ») et 66 études qui ne le sont pas (études « non RCT »).

### **2. Etudes « RCT »**

Parmi les études « RCT », 146 proviennent des revues citées et 19 ont été trouvées en plus.

Les études incluses dans les revues citées n'ont pas été exploitées directement : les données reprises sont celles avancées par les auteurs et leur validité n'a pas été remise en question. Les articles publiés dans une langue autre que le français et l'anglais, ou dont la bibliographie n'a pu être retrouvée, ont été exclus. Deux études portant sur la prévention secondaire (dépistage précoce) ont également été exclues (Chally 1998 ; DeBate et al. 2013). Les articles retenus sont listés dans un tableau en annexe donnant la revue source.

#### **2.a. Résumé des trois revues systématiques de littérature exploitées**

Parmi les études « RCT », 146 sont présentées dans des revues systématiques de littérature récentes : Saoudi (2017), Le et al. (2017), Watson et al. (2016) (voir annexe 2). La recherche des articles publiés s'est faite jusqu'en décembre 2015 pour Le et al. (2017), janvier 2016 pour Watson et al. (2016) et janvier 2017 pour Saoudi (2017). Les études incluses étaient celles comparant une intervention de prévention primaire des TCA à un groupe contrôle ou à une autre intervention, avec une répartition randomisée. Pour le groupe contrôle, Le et al. (2017) ont précisé qu'il pouvait s'agir d'un groupe ne recevant pas d'intervention, ou recevant

l'intervention après l'étude (*waitlist*), ou recevant une intervention « minimale ». Ils ont également inclus les études où la randomisation se faisait par école (et non par participant) et l'exclusion de celles ne déclarant pas le caractère randomisé de la répartition dans les différents groupes.

Les études ont été publiées entre 1987 et 2017 (voir annexe 3), dans les pays suivants : Etats-Unis (93), Australie (22), Espagne (8), Canada (6), Italie (4), Royaume-Uni (3), Allemagne (2), Israël (2), Suède (2), Suisse (1), Mexico (1), Norvège (1), Pays-Bas (1), Venezuela (1).

Parmi ces études, 65 s'adressent à des enfants ou adolescents (jusqu'à l'âge 18 ans), 81 à des adultes (âgés de 18 ans et plus). On trouve :

- 25 études de prévention universelle,
- 107 études de prévention sélective,
- 14 études de prévention ciblée.

*Note* : Il faut prendre en compte que, pour 10 articles, le type de prévention diffère selon la revue. Aussi, dans le cadre de ce travail, celui correspondant à un risque plus élevé a été choisi. De plus, pour les articles auxquels Watson et al. (2016) ont attribué deux types de prévention, c'est le type de prévention en commun avec les autres revues qui a été choisi.

Ces trois revues systématiques de littérature s'accordent sur l'observation que les études de prévention sélective sont les plus nombreuses et, à l'inverse, les études de prévention ciblée peu présentes. La population concernée est essentiellement jeune (enfants et jeunes adultes), et scolarisée ou étudiante. Deux études s'adressent à des femmes adultes plus âgées (Paxton et al. 2007 ; McLean et al. 2011). Parmi les autres populations visées on trouve des sous-groupes ou individus à risque : élèves sportifs, communautés ethniques, adolescentes ayant un diagnostic de

diabète de type 1 (Olmsted et al. 2002) ou recrutées dans un établissement de santé de première ligne (Linville et al. 2015), hommes homosexuels (Brown et Keel 2015), « mangeuses linéaires » (Zandian et al. 2009), individus présentant des préoccupations corporelles ou d'autres facteurs de risque. Quelques études s'adressent également aux professeurs, aux coaches ou aux parents (McVey et al. 2007, 2009 ; Buccholz et al. 2008, Whisehunt et al. 2008 ; Corning et al. 2010).

Parmi les types d'interventions, les plus cités sont ceux qui se basent sur la psychoéducation, l'éducation aux médias, la dissonance cognitive, la TCC, la régulation du poids ou la promotion de la santé. Mais quelques interventions visant le perfectionnisme ou l'estime de soi, ou basées sur la pleine conscience, le yoga, la thérapie interpersonnelle, la thérapie « d'acceptation et d'engagement » ont également été repérées. Celles basées sur la dissonance cognitive présenteraient la meilleure efficacité pour la prévention sélective et celles basées sur l'éducation aux médias pour la prévention universelle (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017).

Les interventions sont majoritairement composées de séances multiples, avec une variation importante de leur contenu et de leur intensité. Cependant, plus d'une dizaine d'interventions composées d'une seule séance ont également été repérées (Le et al. 2017).

## 2.b. Présentation des études « RCT » supplémentaires

Les études « RCT » trouvées en supplément sont présentées ci-dessous, en fonction de la population visée (enfants et adolescents ou adultes) puis du type de prévention. Ensuite, pour faciliter la lecture, elles sont regroupées autour d'un élément commun (interventions sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire, sous-groupes à risque, etc.).

Concernant la description des résultats dans les tableaux, les groupes contrôle sont considérés comme étant sans intervention ou avec intervention après l'étude (*waitlist*) sauf

précision contraire. De même, les résultats décrits sont ceux rapportés suite à l'intervention. Si les effets ont été maintenus, leur durée est précisée.

Il s'agit essentiellement d'études publiées entre 2015 et 2017 (voir annexe 3), dans les pays suivants : Etats-Unis (11), Australie (4), Royaume-Uni (2), Allemagne (1), Canada (1).

Ont été trouvées :

- 10 études visant les enfants ou les adolescents (dont 5 de prévention universelle, 4 de prévention sélective et 1 de prévention ciblée),
- et 9 études visant les adultes (dont 1 de prévention universelle, 6 de prévention sélective et 2 de prévention ciblée).

*Interventions de prévention universelle visant les enfants et adolescents (voir tableau 1) :*

Une **nouvelle approche** développée par Hart et al. (2016) à partir de d'études qualitatives précédentes, *Confident Body Confident Child (CBCC)*, s'adresse aux parents et vise les **stratégies parentales** pour réduire des facteurs de risque de TCA d'enfants âgés de 2 à 6 ans. Cette intervention, visant à produire un changement des comportements de santé, s'appuie sur un « pack ressources ». Celui-ci comprend : un guide pour les parents, un deuxième pour les autres membres de l'entourage de l'enfant, un troisième pour l'enfant, un poster sur les règles « à faire » et « à ne pas faire » et, enfin, un site internet avec des fiches d'informations, des activités et des vidéos. Le livre pour enfant est *Shapesville* (Mills et al. 2003), un livre ayant montré une efficacité pour renforcer la satisfaction de son apparence et réduire les stéréotypes basés sur le poids chez les filles âgées de 5 à 9 ans (Dohnt et Tiggemann 2008). Les mesures prises, au moyen d'échelles validées par Damiano et al. (2015) (*Knowledge Test BEC* et *Parenting Intentions BEC*) et d'échelles développées par Fulkerson et al. (2006) et Rodgers et al. (2013), portent sur les connaissances, les intentions parentales « négatives » et « positives », les temps de repas en famille et les pratiques alimentaires parentales. Les temps de repas en famille seraient une mesure valide des habitudes alimentaires des enfants, et cinq pratiques alimentaires parentales auraient montré une association avec une augmentation du poids ou de troubles alimentaires chez l'enfant. Concernant l'intervention, un groupe de parents a reçu le « pack ressource » et un autre le même « pack ressource » avec, en plus, un atelier interactif de 2h (introduction des messages clés du « pack ressource », promotion de son usage et discussion sur des situations parentales à surmonter concernant l'image corporelle et les comportements alimentaires sains d'un enfant). En guise de contrôle, un autre groupe de parents a reçu un guide nutritionnel national sur l'alimentation des enfants (groupe contrôle actif) et un dernier groupe n'a rien reçu (groupe contrôle passif). Concernant les résultats, le groupe intervention ayant reçu

l'atelier a montré une amélioration significative sur cinq mesures (repas familiaux devant la télévision, fréquence des repas familiaux, l'usage de l'alimentation comme récompense ou comme moyen de régulation des émotions, et l'incitation à manger) comparé au groupe intervention n'ayant pas reçu l'atelier. Par rapport au groupe contrôle actif, les deux groupes intervention ont présentés une amélioration significative concernant les connaissances, les intentions parentales et la restriction alimentaire en vue d'une perte pondérale. Le groupe contrôle actif a même affiché un changement significatif négatif pour les intentions parentales « négatives ». Enfin, par rapport au groupe contrôle passif, les trois autres groupes (ayant reçu le « pack ressource » ou le guide nutritionnel national) ont observés une amélioration des mesures portant sur les connaissances, les intentions parentales « positives » et quatre pratiques alimentaires parentales (l'usage de l'alimentation comme récompense ou comme moyen de régulation des émotions, l'incitation à manger et la restriction alimentaire en vue d'une perte pondérale) (Hart et al. 2016).

Une autre étude évalue l'efficacité d'une intervention brève s'adressant à des élèves de la 4<sup>e</sup> à la 1<sup>ère</sup> et constituée de 3 cours sur les causes externes et internes et les symptômes des TCA, par rapport à groupe contrôle. Celle-ci a permis une augmentation des connaissances avec une persistance à 6 mois mais sans changement significatif sur les troubles alimentaires à 6 mois. Une diminution de la sévérité de l'anxiété a également été observée suite à l'intervention mais sans maintien à 6 mois (Gumz et al. 2017).

Certains essais randomisés contrôlés viennent valider des études déjà testées auparavant. Nous reviendrons sur les études préliminaires dans le chapitre suivant (voir chapitre 3 sur les études « non RCT »).

Une première étude reprend l'intervention *Healthy Buddies*, une intervention menée par des pairs adressant l'activité physique, une alimentation saine, l'estime de soi et l'image corporelle. Une étude préliminaire contrôlée mais non randomisée avait déjà mis en avant des

changements positifs significatifs (Stock et al. 2007). Dans cette nouvelle étude, une amélioration significative a été observée pour les pairs plus jeunes (« *younger buddies* »), par rapport au groupe contrôle, sur les connaissances d'un mode de vie sain, le sentiment d'efficacité personnelle, l'estime de soi et les apports alimentaires rapportés. Aucun changement significatif n'a été observé concernant l'activité physique et les pairs plus âgés (contrairement à l'étude préliminaire). L'échelle utilisée est celle qui a été conçue par l'équipe de l'étude préliminaire (avec des questions extraites de questionnaires publiés et validés pour des enfants de cette tranche d'âge) qui ont rapporté une très bonne fiabilité (Santos et al. 2014).

Une étude reprend *Happy Being Me*, une intervention à séances multiples sur l'image corporelle, basée sur l'éducation aux médias et intégrée dans le milieu scolaire. Il s'agit d'une adaptation à un format d'intervention brève (*Dove Confident ME : Single Session*), constituée d'une séance de 90 minutes, auprès d'élèves des deux sexes (Diedrichs et al. 2015). Le contenu du programme a été réduit pour se focaliser sur l'éducation aux médias et les idéaux sociaux de l'apparence, en écartant les discussions et le harcèlement en lien avec l'apparence. Un groupe intervention a été mené par un chercheur (un des auteurs de l'étude) et un autre par un professeur (recevant une formation de 2h), et les deux ont été comparés à un groupe contrôle. Ont été observés des résultats positifs significatifs suite à l'intervention menée par un professeur formé, par rapport au groupe contrôle, pour les filles (estime de son corps et restriction alimentaire) et les élèves des deux sexes (pression socioculturelle perçue, affects négatifs, symptômes de TCA), mais ceux-ci n'ont pas été maintenus. Une nouvelle mesure, « *life engagement* », a été introduite concernant l'influence des préoccupations liées à l'apparence sur le fait de s'engager ou non dans diverses activités sociales. Pour celle-ci, une amélioration significative a été observée pour les deux groupes intervention, mais sans persistance des effets. Enfin, à 4-9,5 semaines, une différence significative a été remarquée entre les deux groupes intervention concernant les affects négatifs, les symptômes de TCA et la mesure « *life engagement* », en faveur du groupe

ayant reçu l'intervention menée par un chercheur, mais sans changement significatif comparé au groupe contrôle. Ainsi, concernant l'importance du statut de l'intervenant, les professeurs ont obtenus de meilleurs résultats à court terme, mais ceci semble s'inverser par la suite en faveur des chercheurs. On note l'absence de changement significatif sur l'insatisfaction corporelle et autres facteurs de risque améliorés dans de précédentes études pour les filles (Bird et al. 2013 ; Richardson et Paxton 2010). Cependant son impact sur les conduites alimentaires perturbées est mis en avant comme une avancée pour une intervention aussi brève.

Une autre reprend une intervention basée sur la dissonance cognitive et *l'empowerment* s'adressant à des lycéens, *REbeL*, et testée précédemment (Breithaupt et al. 2017a, 2017b). Cette étude vient confirmer, à travers une étude randomisée contrôlée, une amélioration significative à court terme des préoccupations corporelles, de la comparaison corporelle, des attitudes et comportements alimentaires perturbés et de la restriction alimentaire (Eickman et al. 2017).

*Interventions de prévention sélective visant les enfants et adolescents (voir tableau 1) :*

Deux études reprennent l'intervention *Happy Being Me*. La première a évalué, auprès de filles de 5<sup>e</sup>, une version adaptée à un environnement mixte. S'agissant d'une intervention visant les élèves du sexe féminin, malgré qu'elle ait été réalisée en partie auprès d'élèves des deux sexes, celle-ci a été classée dans les études de prévention sélective. Les activités ont été adaptées aux deux sexes et des séances ont été ajoutées pour adresser le harcèlement concernant l'apparence et la pression perçue pour adhérer aux idéaux de beauté (pour les deux sexes). Une séance finale, s'appuyant sur la dissonance cognitive, a été prévue pour intégrer l'ensemble du matériel présenté dans les séances précédentes. Un groupe a reçu l'intervention au sein d'une classe mixte et un autre au sein d'une classe constituée que de filles. Les deux ont été comparés à un groupe contrôle. Des changements significatifs, maintenus à 6 mois, ont été confirmés sur



l'insatisfaction corporelle et des facteurs de risque psychologiques (internalisation de l'idéal de minceur, estime de soi, comparaison de l'apparence) pour les deux groupes ayant reçu l'intervention (Dunstan et al. 2017).

La seconde a voulu comparer les composantes actives de l'intervention : l'éducation aux médias et « la comparaison inadaptée de son apparence » (*appearance comparison*) considérée comme un facteur de risque de l'insatisfaction corporelle (McLean et al. 2016). Aussi, un groupe, recevant une version du programme focalisée sur l'éducation aux médias et l'internalisation du désir de minceur (*HBM-Media*), a été comparé à un autre, recevant une version focalisée sur la comparaison inadaptée de son apparence avec celle de ses pairs (*HBM-Comparison*). Un groupe contrôle actif recevant un programme encourageant des comportements alimentaires sains a été inclus (*HBM-Eating*). Une amélioration de la critique des médias a été observée pour les deux groupes intervention jusqu'à 3 mois. Davantage de facteurs ont été améliorés et maintenus suite au programme *HBM-Comparison* (insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, comparaison inadaptée de l'apparence, peur d'une évaluation négative de son apparence), par rapport au programme *HBM-Media* (comparaison inadaptée de son apparence pour les participantes à plus haut risque seulement, selon le score initial d'insatisfaction corporelle). Une amélioration inattendue pour les participantes du groupe contrôle à plus haut risque a été observée sur la restriction alimentaire.

Une autre étude évalue un programme de psychoéducation sur l'image corporelle, *Y's Girl*, adapté pour des préadolescentes et conçu pour les professeurs, composée de 6 séances interactives (Ross et al. 2013). Une amélioration significative de l'image corporelle et de l'estime de soi, ainsi qu'une réduction significative de l'internalisation du désir de minceur et de la comparaison corporelle a été observée par rapport au groupe contrôle.

Une autre étude est l'évaluation à long terme (de un à trois ans) d'une intervention de promotion de la santé visant des athlètes au sein du lycée (*ATHENA*) (Elliot et al. 2008). Une

efficacité à court terme avait déjà été observée sur les conduites alimentaires perturbées et l'usage de substances pour contrôler son poids et sa forme (Elliot et al. 2004, 2006). Une diminution des prises de diurétiques et laxatifs et des vomissements provoqués au fur et à mesure du temps a été constatée, mais sans différence significative avec le groupe contrôle (Elliot et al. 2008).

*Intervention de prévention ciblée visant les enfants et adolescents (voir tableau 1) :*

On trouve une intervention de prévention ciblée. Celle-ci est basée sur psychothérapie interpersonnelle, une thérapie initialement développée pour la dépression et adaptée, dans cette étude, pour les préadolescents avec des conduites de perte contrôle alimentaire (*LOC-eating*), à risque de surpoids et d'HB (Shomaker et al. 2017). Elle a été menée avec la famille (*FB-IPT*) et comparé à un groupe recevant une autre intervention familiale basée sur l'éducation à la santé (*FB-HE*). Une efficacité significative transitoire a été observée suite à l'intervention basée sur la psychothérapie interpersonnelle (*FB-IPT*), sur les épisodes de perte de contrôle alimentaire, sans maintien à 6 mois. Pour les deux groupes, une diminution significative a également été observé sur les symptômes dépressifs (mesurés par le *Children's Depression Inventory*) jusqu'à 6 mois et les attitudes alimentaires perturbées jusqu'à un an. Pour le groupe basée sur psychothérapie interpersonnelle (*FB-IPT*), l'effet sur les symptômes dépressifs s'est prolongé significativement jusqu'à un an et une diminution significative transitoire a été notée pour les symptômes anxieux (mesurés par le *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)-Trait Version*).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Hart et al. 2016	Australie	345	U	F + M	parents d'enfants âgés de 2 à 6 ans	"pack ressource" 1/3 "pack ressource" et atelier 1/3 guide nutritionnel national (groupe contrôle actif) 1/3 groupe contrôle passif	pré; post	amélioration significative des mesures (dont les pratiques alimentaires parentales) pour les trois groupes actifs, avec des changements plus marqués pour les groupes ayant reçu le "pack ressource" et davantage encore pour celui avec l'atelier en plus
Gumz et al. 2017	Allemagne	2515	U	F + M	élèves de 4e-1ère	3 cours sur les causes externes et internes et symptômes des TCA VS groupe contrôle	pré; post; à 6 mois	pas de <u>changement significatif</u> concernant les troubles alimentaires
Santos et al. 2014	Canada	647	U	F + M	élèves de maternelle-5e (6-12 ans)	<i>Healthy Buddies</i> : 21 leçons sont données aux élèves plus âgés qui les restituent ensuite à des élèves plus jeunes VS groupe contrôle	pré; post	amélioration <u>significative</u> pour les pairs plus jeunes (« younger buddies ») : connaissances d'un mode de vie sain, sentiment d'efficacité personnelle, estime de soi, apports alimentaires
Diedrichs et al. 2015	Royaume-Uni	1707	U	F + M	élèves de 11-13 ans	<i>Dove Confident Me: Single Session</i> (intervention portant sur l'image corporelle composée d'une séance de 90 minutes) : menée par un professeur VS menée par un chercheur VS groupe contrôle	pré; post; à 4-9.5 semaines	<u>amélioration significative</u> , en faveur du groupe mené par un professeur : -pour les filles : estime de son corps et restriction alimentaire) -pour les deux sexes : pression socioculturelle perçue, affects négatifs, symptômes de TCA, " <i>life engagement</i> "
Eickman et al. 2017	Etats-Unis	71	U	F + M	élèves de 3e-11e (14-18 ans)	<i>REbel</i> : programme extra-scolaire de 8 mois d'éducation par ses pairs, basée sur la dissonance cognitive, sans groupe contrôle	pré; post	<u>amélioration significative</u> : préoccupations corporelles, comparaison corporelle, attitudes et comportements alimentaires perturbés, restriction alimentaire, peur d'une évaluation négative de son apparence

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 1 – Interventions visant les enfants et adolescents (études « RCT » supplémentaires)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Dunstan et al. 2017	Australie	200	S	F	élèves de 5e (11-14 ans)	<i>Happy Being Me</i> (version de 6 séances, adaptée pour un environnement mixte) : au sein d'une classe mixte <i>VS</i> au sein d'une classe de filles <i>VS</i> groupe contrôle	pré; post; à 6 mois	<u>amélioration significative maintenue à 6 mois</u> pour les deux groupes intervention : insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, estime de soi, comparaison de l'apparence
McLean et al. 2016	Australie	260	S	F	élèves de 11-14 ans	<i>Happy Being Me</i> : <i>HBM-media</i> (focalisé sur l'éducation aux médias) <i>VS HBM-comparison</i> (focalisé sur la comparaison inadaptée de son apparence) <i>VS HBM-eating</i> (groupe contrôle actif)	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative maintenue à 3 mois</u> : pour le groupe <i>HBM-Comparison</i> (insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, comparaison inadaptée de l'apparence) et pour le groupe <i>HBM-Media</i> (comparaison inadaptée de l'apparence)
Ross et al. 2013	Australie	60	S	F	élèves de 6e (11-12 ans)	<i>Y's Girl</i> : 6 séances interactives de psychoéducation sur l'image corporelle <i>VS</i> groupe contrôle	pré; post	<u>amélioration significative</u> : image corporelle, estime de soi, internalisation du désir de minceur, comparaison corporelle
Elliot et al. 2008	Etats-Unis	757	S	F	lycéennes athlètes, à 1-3 ans	<i>ATHENA</i> : intervention de promotion de la santé visant des athlètes au sein du lycée <i>VS</i> groupe contrôle	à 1-3 ans	<u>pas de différence significative avec le groupe contrôle</u> (diminution de la prise de diurétiques et laxatifs et des vomissements provoqués)

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 1 – Interventions visant les enfants et adolescents (études « RCT » supplémentaires)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Shomaker et al. 2017	Etats-Unis	29	C	F + M	préadolescents (8-13 ans) avec des épisodes de perte de contrôle alimentaire et surpoids ou obésité + parents (dont un en surpoids ou obèse, au minimum)	intervention familiale basée sur la thérapie interpersonnelle (FB-IPT) / S intervention familiale basée sur l'éducation à la santé (FB-HE)	pré; post; à 6 mois; à 1 an	<u>diminution significative</u> pour le groupe <i>FB-IPT</i> : -en post-intervention : épisodes de perte de contrôle alimentaire et symptômes anxieux -jusqu'à un an : attitudes alimentaires perturbées (pour le groupe <i>FB-HE</i> aussi) et symptômes dépressifs (jusqu'à 6 mois pour le groupe <i>FB-HE</i> )

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 1 – Interventions visant les enfants et adolescents (études « RCT » supplémentaires)

*Intervention de prévention universelle visant les adultes (voir tableau 2) :*

On trouve une intervention, focalisée sur la promotion de la santé (alimentation saine et exercice physique), ciblant les étudiants en première année universitaire (Gow et al. 2010). Il s'agit d'une adaptation d'une intervention de prévention de l'obésité réalisée auprès d'enfants, à la période de la transition à l'université. Celle-ci est basée sur la théorie sociale cognitive (*Social Learning Theory*) de Bandura (1986), qui intègre la prise en compte des interactions réciproques entre un individu et son environnement social dans l'apprentissage de connaissances et de comportements (Bandura 2004). Celle-ci a été étendue à 6 séances et transmise par internet. Il s'agit d'une intervention à quatre bras : un groupe intervention, un groupe rapportant (*feedback*) ses apports caloriques et son poids, un groupe combinant les deux précédents et un groupe contrôle. Une réduction significative de l'IMC (objectif primaire) a été observée pour le groupe combinant l'intervention et un *feedback* sur le poids et les apports caloriques, mais sans changement significatif pour les autres mesures dont celles portant sur des facteurs de risque des TCA (Gow et al. 2010).

*Interventions de prévention sélective visant les adultes (voir tableau 2) :*

Armitage (2015) évalue l'impact d'une intervention psychologique brève sur « **l'alimentation réactionnelle aux émotions** » (*emotional eating*), qu'il définit comme un comportement d'hyperphagie automatique - indépendamment de la sensation de faim - en réponse à des émotions négatives. Ce comportement augmenterait les chances de prendre du poids et participerait à l'étiologie des TCA (Armitage 2015). Cette intervention s'appuie sur un outil (une « feuille d'aide à la volonté ») conçu pour aider à concrétiser des intentions, et ainsi permettre de dépasser des réponses automatiques à des stimuli tels des émotions. Cet outil a déjà

été évalué par l'auteur pour d'autres situations : la consommation de tabac et d'alcool, la perte de poids et l'auto-agressivité (Armitage 2008 ; Armitage et Arden 2012 ; Armitage et al. 2014 ; 2016). Lors de l'intervention, des situations propices à déclencher une alimentation réactionnelle aux émotions sont présentées aux participantes. Elles doivent ensuite les associer à des réponses (formulées sur modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente incitant au changement comportemental). Un groupe détient l'outil pour les y aider et l'autre non. Les participantes amenées à formuler des intentions grâce à l'outil ont manifesté significativement moins de comportements d'alimentation réactionnelle à l'ennui (mesurés par le *Dutch Eating Behaviour Questionnaire*), suite à l'intervention et jusqu'à un mois (Armitage 2015).

Un article concerne le développement de *Student Bodies*, un programme multimédia de psychoéducation transmis via internet largement repris dans d'autres études « RCT » depuis. Par rapport au modèle précédent utilisant un CD-Rom comme moyen de transmission de l'intervention (Winzelberg et al. 1998), l'usage d'internet comme nouveau moyen de transmission a montré avec une amélioration significative plus importante de la satisfaction corporelle ainsi qu'une réduction significative du désir de minceur (Dev et al. 1999).

Une étude concerne *Body Project*, un programme de dissonance cognitive déjà extensivement étudié par des études « RCT ». Elle a évalué la transportabilité de l'intervention quand les pairs menant l'intervention sont formés par des étudiants plutôt que par un expert (Kilpela et al. 2014). Ces étudiants, des chercheurs assistants ayant déjà servi de « pair menant l'intervention » (*peer-leader*), ont été formés à former des pairs. Le modèle testé (pairs formés par des étudiants formés) a montré des résultats comparables au modèle antérieur (pairs formés par un psychologue clinicien accompagné d'étudiants formateurs) (Kilpela et al. 2014).

Une étude a cherché à comparer deux approches basées sur des théories cognitives différentes et souvent utilisées, la dissonance cognitive et la TCC. L'intervention basée sur la dissonance cognitive reprend la dernière version de *Body Project* (Stice et Presnell 2007) et

l'intervention basée sur la TCC s'inspire du contenu de *The Body Image Workbook* (Cash 1997). Le contenu de chaque a été adapté pour obtenir des interventions comparables en terme de durée et structure. Les deux ont été transmises par internet et comparé à un groupe contrôle. Les résultats ont montré une réduction significative des deux interventions sur l'insatisfaction corporelle, l'internalisation de l'idéal de minceur et les symptômes dépressifs, comparé au groupe contrôle. L'intervention basée sur la TCC a également manifesté une réduction significative sur les troubles alimentaires et les régimes alimentaires. Cette intervention a été réalisée auprès d'une population féminine à risque (ayant des préoccupations pondérales élevées) avec une prédominance ethnique, et un effet plus marqué pour la minorité ethnique a été retrouvé concernant les symptômes dépressifs (pour les deux interventions) et les troubles alimentaires (pour l'intervention basée sur la TCC) (Chithambo et Huey 2017).

Dans une étude, Stice et al. (2017a) ont évalué *Project Health*, une nouvelle version du programme de promotion de la santé *Healthy Weight*, enrichie d'activités de dissonance cognitive. Des étudiants ayant des préoccupation pondérales ont été répartis entre un groupe recevant *Project Health*, un autre recevant *Healthy Weight* et un groupe contrôle obtenant l'accès à un documentaire vidéo sur l'obésité. Les étudiants ayant un IMC inférieur à 18 ou supérieur à 30 ou présentant un TCA ont été exclus. Par rapport au groupe contrôle, une réduction significative des symptômes de TCA jusqu'à 2 ans ainsi qu'une diminution non significative de l'apparition de TCA ont été observés pour les groupes *Project Health* et *Healthy Weight*, mais sans différence significative entre les deux. Par rapport aux deux autres groupes, l'intervention *Project Health* a obtenu une diminution significative de l'apparition de l'obésité et du surpoids (Stice et al. 2017a).

Une autre étude a évalué une nouvelle intervention de prévention de l'obésité, *Minding Health*, impliquant un entraînement à des « réévaluations cognitives » face à des stimuli alimentaires et une « rééducation du palais » en réduisant l'apport de sucre et de gras (Stice et al.



2015). Celle-ci a été comparée à une autre intervention de prévention de l'obésité, *Healthy Weight*, et à un groupe contrôle exposé à un documentaire vidéo sur l'obésité. Cette étude s'est centrée sur des jeunes adultes, en première année universitaire et donc considérés à risque de prise de poids, et ayant des préoccupations pondérales. Ceux présentant un TCA ont été exclus. Une partie des participants du groupe *Minding Health* et du groupe contrôle ont passé des IRM fonctionnelles pour évaluer la réactivité neuronale face à des images d'aliments sucrés et gras et à l'anticipation de la réception de ces aliments. Par rapport au groupe contrôle, le groupe *Minding Health* a observé une réduction significative de la masse grasseuse mais pas sur la symptomatologie des TCA. Cependant, une augmentation significative de l'IMC a été notée pour le groupe *Minding Health* par rapport au groupe *Healthy Weight*. Seul le groupe *Healthy Weight* a affiché une réduction significative des symptômes de TCA (par rapport au groupe contrôle et au groupe *Minding Health*). L'intervention *Minding Health* a cependant observé des effets significatifs attendus sur la réactivité neuronale, avec une augmentation de l'activation des régions cérébrales inhibitrices ainsi qu'une réduction de l'activation des régions attentionnelles en réponse aux stimuli d'aliments sucrés et gras.

*Interventions de prévention ciblée visant les adultes (voir tableau 2) :*

Une étude a évalué l'impact d'une intervention de yoga sur « **l'alimentation réactionnelle aux émotions** » (*emotional eating*). S'adressant à une population féminine adulte à risque d'obésité, avec des scores élevés de un niveau de stress ressenti, et des comportements de restriction alimentaire et d'alimentation en réaction à des émotions, l'objectif était d'observer son effet sur le niveau de cortisol en réaction au stress, mais aussi sur les crises boulimiques et « l'alimentation réactionnelle aux émotions » (Hopkins et al. 2016). Cette intervention de 8 semaines (à raison de 2 cours par semaine) a montré une réduction significative, par rapport au

groupe contrôle, de la fréquence des crises boulimiques (mesurée par le *Eating Disorder Diagnostic Scale*) et du fait de s'alimenter en réponse à des affects négatifs (mesuré par le *Eating Expectancies Inventory*). Une diminution significative du niveau de cortisol en réaction au stress a été trouvée suite à l'intervention pour les participantes avec un niveau élevé au départ (« *high-reactors* »).

Une étude évalue une version modifiée du programme *Body Project*, avec une inclusion d'exercices verbaux, écrits et comportementaux conçus pour décourager « l'objectification de soi » et « la comparaison sociale inadaptée » (Green et al. 2017). L'objectification des femmes est la tendance à réduire la valeur sociale de celles-ci à des objets physiques pour le plaisir sexuel (Fredrickson et Roberts 1997). L'objectification de soi en tant que trait de personnalité aurait été identifié comme un facteur de risque des TCA et une cible pertinente pour les interventions de prévention primaire des TCA (Moradi et Huang). La comparaison sociale est le processus par lequel on se compare à un autre pour évaluer la perception de sa propre valeur sociale (Festinger 1954). La comparaison sociale inadaptée, elle, correspond à une comparaison sociale plus fréquente et avec des sujets perçus comme supérieurs. Ce comportement serait plus fréquent chez les patients atteints de TCA par rapport à des sujets non symptomatiques, et pourrait jouer un rôle dans l'apparition de symptômes de TCA et leur chronicisation (Troop et al. 2003). Cette étude s'est adressée à une population subsyndromique et atteinte de TCA. Cette nouvelle version de *Body Project* a permis une réduction significative des facteurs de risque des TCA jusqu'à 2 mois, comparé au groupe contrôle (Green et al. 2017).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Gow et al. 2010	Etats-Unis	170	U	F + M	étudiants en 1ère année universitaire	intervention internet de prévention de l'obésité <i>I/S</i> <i>feedback</i> sur les apports caloriques et le poids <i>I/S</i> combinaison des deux <i>I/S</i> groupe contrôlé	pré; post; à 3 mois	<u>diminution significative de l'IMC</u> seulement
Armitage 2015	Royaume-Uni	240	S	F	femmes (18 ans et plus)	intervention psychologique brève <i>I/S</i> groupe contrôlé	pré; post; à 1 mois	<u>diminution significative maintenue à 1 mois</u> : alimentation réactionnelle à l'ennui
Dev et al. 1999	Etats-Unis	?	S	F	étudiantes	<i>Student Bodies</i> (intervention internet de psychoéducation) <i>I/S</i> groupe contrôlé	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative jusqu'à 3 mois</u> : satisfaction corporelle et désir de minceur
Kilpela et al. 2014	Etats-Unis	285	S	F	étudiantes, membres d'une sororité	<i>Body Project</i> (intervention basée sur la dissonance cognitive) : avec des intervenants formés par des étudiants chercheurs <i>I/S</i> avec des intervenants formés par un expert accompagnés d'étudiants	pré; post; à 8 mois; à 14 mois	<u>pas de différence significative</u> entre les deux groupes
Chithambo et Huey 2017	Etats-Unis	271	S	F	femmes ayant des préoccupations pondérales (prédominance ethnique)	intervention internet basée sur la dissonance cognitive <i>I/S</i> intervention internet basée sur la TCC <i>I/S</i> groupe contrôlé	pré; post	<u>réduction significative</u> : -pour les deux interventions : insatisfaction corporelle, internalisation du désir de minceur, symptômes dépressifs - pour celle basée sur la TCC : troubles alimentaires et régimes

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 2 – Interventions visant les adultes (études « RCT » supplémentaires)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Stice et al. 2017a	Etats-Unis	364	S	F + M	étudiants avec des préoccupations pondérales	<i>Project Health (Healthy Weight</i> avec ajout d'activités basées sur la dissonance cognitive) vs <i>HealthyWeight</i> vs groupe contrôle	pré; post; à 6 mois; à 1 an; à 2 ans	<u>diminution significative jusqu'à 2 ans pour les deux interventions</u> : symptomatologie TCA
Stice et al. 2015	Etats-Unis	148	S	F + M	étudiants en 1ère année universitaire avec des préoccupations pondérales	<i>Minding Health</i> (intervention de réévaluation cognitive et rééducation du palais) <i>VS Healthy Weight VS</i> groupe contrôle	pré; post; à 6 mois	<u>pas de diminution significative des symptômes des TCA, sauf pour le groupe <i>Healthy Weight</i></u>
Hopkins et al. 2016	Etats-Unis	52	C	F	femmes (25-46 ans) à risque d'obésité, avec des scores élevés de stress ressenti, de restriction alimentaire et d'alimentation en réaction aux émotions	8 semaines d'un cours de Bikram Yoga <i>VS</i> groupe contrôle	pré; post	<u>diminution significative de la fréquence des crises boulimiques et de l'alimentation comme réponse lors d'affects négatifs</u> pour toutes et réduction significative du niveau de cortisol en réaction au stress pour les participantes " <i>high reactors</i> "
Green et al. 2017	Etats-Unis	47	C	F	femmes subsyndromiques ou présentant un TCA	<i>Body Project</i> (intervention basée sur la dissonance cognitive) avec inclusion d'exercices verbaux, écrits et comportementaux conçus pour décourager l'objectification de soi et la comparaison sociale <i>VS</i> groupe contrôle	pré; post; à 2 mois	<u>diminution significative des facteurs de risque</u> (insatisfaction corporelle, estime de soi, comparaison sociale inadaptée) et symptômes de TCA jusqu'à 2 mois

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 2 – Interventions visant les adultes (études « RCT » supplémentaires)

### 3. Etudes « non RCT »

#### 3a. Caractéristiques générales

Parmi les études « non RCT », on trouve 35 études contrôlées mais non randomisées (dont une décrivant une randomisation incomplète/partielle) et 31 études non contrôlées.

On trouve quelques études qui utilisent une méthodologie particulière. Une étude contrôlée utilise, comme groupe contrôle, les participants d'une autre étude (contrôlée et randomisée) évaluant une intervention différente mais portant sur le même sujet (l'image corporelle) pour montrer la stabilité des mesures à travers le temps, mais ne compare par statistiquement les résultats entre les 2 groupes (en l'absence de randomisation dans son étude) (Springer et al. 1999). Une autre étude, sans groupe contrôle, a évalué une intervention ciblant l'environnement d'élèves à risque, avec des mesures « pré-test » correspondant aux élèves présents dans l'école avant l'intervention et des mesures « post-test » aux élèves présents après l'intervention (Bar et al. 2017). Les étudiants présents pendant la mise en place de l'intervention correspondent au temps entre les mesure « pré-test » et « post-test » (Bar et al. 2017).

Les études ont été publiées entre 1993 et 2017 (voir annexe 3), dans les pays suivants : Etats-Unis (33), Australie (7), Canada (9), Allemagne (6), Royaume-Uni (4), Espagne (2), Croatie (1), Ecosse (1), Grèce (1), Israël (1), Italie (1), Corée (1).

Parmi les études « non RCT », on en trouve : 46 s'adressant à des enfants ou adolescents et 20 à des adultes. Concernant les populations visées, on trouve :

- 15 études de prévention universelle (visant une population mixte en milieu scolaire ou universitaire),
- 47 études de prévention sélective,

- 1 étude de prévention ciblée,
- 3 études de prévention combinées.

Concernant les objectifs de ces études, ce sont majoritairement des études préliminaires, mais on trouve également des études de dissémination, quelques études de réplication et 2 études d'efficacité à long terme (à 7-8 ans et à 15 ans) (Adametz et al. 2017 ; Bar et al. 2017).

### 3b. Présentation des études par population cible

Comme précisé pour les études « non RCT » supplémentaires, ces études sont présentées par population cible (enfants et adolescents puis adultes), puis par type de prévention (prévention universelle, prévention sélective, prévention ciblée, préventions combinées). Ensuite, pour faciliter la lecture, elles sont regroupées autour d'un élément commun (interventions sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire, sous-groupes à risque, etc.).

Concernant la description des résultats dans les tableaux, les groupes contrôle sont considérés comme étant sans intervention ou avec intervention après l'étude (*waitlist*) sauf précision contraire. De même, les résultats décrits sont ceux rapportés suite à l'intervention. Si les effets ont été maintenus, leur durée est précisée.

Pour les enfants et adolescents, quand les études sont nombreuses, leur présentation dans les tableaux est faite par ordre croissant d'âge.

### **Interventions visant les enfants et adolescents**

On trouve 46 articles visant les enfants et adolescents :

- 13 études de prévention universelle,
- 30 études de prévention sélective,
- 3 études combinant deux types de prévention.

### ***Prévention universelle - enfants et adolescents***

On trouve 13 études de prévention universelle pour les enfants et adolescents des deux sexes, comprenant des interventions :

- sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire (Smolak et al. 1998 ; Richardson et al. 2009 ; Pokrajac-Bulian et al. 2006 ; Bird et al. 2013 ; Golan et al. 2013 ; Berger et al. 2014 ; Lee et al. 2017),
- à composantes environnementale et individuelle (Haines et al. 2006 ; Russell-Mayhew et al. 2007 ; Austin et al. 2012),
- menées par des pairs (Stock et al. 2007 ; Breithaupt et al. 2017a, 2017b).



*Interventions sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire* (voir tableau 3) :

On trouve plusieurs interventions de **psychoéducation intégrée dans le cursus scolaire** s'adressant à des élèves des deux sexes, âgés de 10 à 14 ans. La plus ancienne était composée de 10 leçons données à des élèves de CM2 par des professeurs de l'école ayant reçu 2h de formation pour promouvoir « des comportements alimentaires sains, l'exercice physique et une bonne image du corps tout en décourageant les comportements alimentaires perturbés visant une perte de poids et l'insatisfaction corporelle » (Smolak et al. 1998). L'étude comportait un groupe contrôle mais la répartition des élèves dans ce groupe ou le groupe intervention était tributaire des professeurs se portant volontaires pour l'intervention. Une amélioration non significative des connaissances et des attitudes vis-à-vis des personnes en surpoids a été observée, sans aucun changement sur les comportements (Smolak et al. 1998).

D'autres interventions ont focalisé sur la promotion de l'image corporelle et l'estime de soi en s'appuyant sur l'éducation aux médias. L'une d'entre elles, **BodyThink**, a été réalisée en Australie auprès d'élèves de 5<sup>e</sup> (âgés généralement de 11 à 13 ans) des deux sexes, les deux étant concernés par l'insatisfaction corporelle et participant à l'environnement social de l'autre sexe (Richardson et al. 2009). Il s'agissait d'une adaptation d'une intervention, **BodyTalk**, développée au Royaume-Uni avec *Dove Self-Esteem Fund*, *The Butterfly Foundation*, des psychothérapeutes et les *Girls Scouts of the USA*, et qui était largement implantée dans des écoles de ce pays parmi des jeunes âgés de 10 à 17 ans (Richardson et al. 2009). En Australie, la 5<sup>e</sup> a été ciblée car elle correspond à la première année de lycée et, de ce fait, les élèves sont moins susceptibles d'avoir formé des nouvelles amitiés et des normes de groupe, selon les auteurs (Richardson et al. 2009). L'attribution des élèves dans le groupe intervention ou dans le groupe contrôle était tributaire des contraintes horaires ou de la participation volontaire de leurs professeurs. Pour les deux sexes, des résultats non significatifs ont été observés : chez les filles, une amélioration de

l'internalisation de l'idéal de minceur et de l'éducation aux médias, et chez les garçons, une amélioration de la satisfaction corporelle et de la « manipulation digitale » (Richardson et al. 2009).

Une adaptation universelle d'une intervention visant des filles et développée en 2010 en Australie (Richardson et Paxton 2010) a été réalisée auprès d'un public mixte âgé de 10 à 11 ans au Royaume-Uni (Bird et al. 2013). Une amélioration significative sur de nombreux facteurs de risque chez les filles (satisfaction corporelle, comparaison corporelle, restriction alimentaire, connaissances) et chez les garçons (internalisation de l'apparence) a été remarquée chez les enfants bénéficiaires de l'intervention, comparativement au groupe contrôle. Seule l'effet sur la satisfaction corporelle chez les filles a été maintenue à 3 mois.

Une autre intervention, *In Favor of Myself*, vise à promouvoir une image positive de soi et de son corps auprès des adolescents en leur apprenant à critiquer les messages des médias, et en leur montrant des stratégies pour y faire face et développer leurs compétences (Golan et al. 2013). Cette intervention était composée de 8 séances interactives, basées sur l'éducation aux médias et la dissonance cognitive. Par rapport au groupe contrôle (sans intervention), les connaissances sur les changements pubertaires et les stratégies médiatiques ainsi que le désir de minceur ont été améliorés de manière significative après l'intervention, et une valorisation de soi (*self-worth*) moins dépendante des autres a été constatée. Aucun changement significatif n'a été observé pour l'estime de soi, l'insatisfaction corporelle et les attitudes alimentaires.

Une autre intervention, *Torera*, s'est focalisée plus particulièrement la BN et l'HB (Berger et al. 2014). Celle-ci fait partie d'un ensemble d'interventions développées en Allemagne, visant à promouvoir la santé et de l'activité physique dans les écoles, et basées sur la dissonance cognitive, *l'empowerment* et la psychologie positive. *Torera* a été conçue pour l'ensemble des élèves de 5<sup>e</sup> et fait suite à deux programmes réalisés pour les élèves de 6<sup>e</sup> (*PriMa*, une intervention de prévention de l'AM s'adressant aux filles, et *TOPP*, une intervention de

prévention de l'obésité s'adressant aux garçons). Une séance de rappel (*booster*), nommée *STARK*, est prévue pour les élèves de 4<sup>e</sup> et n'a pas encore été publiée (Berger et al. 2011). Le programme *Torera* comporte 9 séances de 90 minutes et est multi-théorique avec, en outre, une composante comportementale et motivationnelle (inspirée du modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente), s'appuyant sur des exercices progressifs et des jeux de rôle. Les professeurs – préalablement formés au programme *PriMa* – reçoivent une demi-journée de formation au programme *Torera*. L'évaluation de cette intervention s'est faite avec la présence d'un groupe contrôle « pré-traité » (avec des écoles ayant participé aux programmes *PriMa* et *TOPP* l'année précédente, mais refusant de participer au programme *Torera*) et un groupe contrôle « non-traité » (avec des écoles n'ayant pas bénéficié préalablement des programmes *PriMa* et *TOPP*). Une amélioration significative de l'estime de son corps et des comportements alimentaires chez les filles, ainsi que des attitudes alimentaires chez les garçons, a été observée après l'intervention (Berger et al. 2014).

On trouve une étude évaluant une adaptation à des élèves de 5<sup>e</sup> en Croatie (Pokrajac et al. 2006), d'une intervention de psychoéducation interactive et de restructuration cognitive développée en Italie (Dalle Grave et al. 2001). Des jeux de rôles, activités de mise en pratique et discussions de groupe sont présents. Une amélioration significative des attitudes alimentaires et des connaissances a été observée suite à l'intervention et maintenue à 6 mois pour les deux sexes dans le groupe intervention, ainsi qu'une réduction significative des comportements alimentaires perturbés chez les filles du groupe intervention (Pokrajac et al. 2006).

L'autre a évalué une adaptation du programme anglais *Me, You, Us* auprès d'élèves coréens de 6<sup>e</sup> (Lee et al. 2017). Il s'agit d'une intervention ciblant 3 types de risques : le risque sociétal (internalisation de l'idéal de minceur), le risque par les pairs (« *fat talk* » avec ses amis) et le risque individuel (humeur et anxiété). Face à ces facteurs de risque, sont visés,

respectivement, l'éducation aux médias, l'interaction avec les pairs et le renforcement de l'humeur et de l'estime de soi. Par rapport à l'étude initiale (Sharpe et al. 2013), les élèves du sexe masculin ont été inclus et l'intervention a été menée par des assistants sociaux n'ayant pas de connaissances sur les TCA et non par des professeurs. Les résultats ont montrés une amélioration de la satisfaction corporelle et de l'estime de soi suite à l'intervention. Celle-ci était plus marquée pour les filles et les élèves à risque élevé. Seul l'effet sur la satisfaction corporelle a été maintenu jusqu'à un mois pour les filles (Lee et al. 2017).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Smolak et al. 1998	Etats-Unis	253	U	F + M	élèves de CM2	10 leçons ( <i>Eating Smart, Eating for Me</i> ) <b>V/S groupe contrôle</b>	pré; post; à 2-6 mois	amélioration <u>non significative</u>
Bird et al. 2013	Royaume - Uni	88	U	F + M	élèves de CM2 (10-11 ans)	<i>Happy Being Me</i> : 3 séances sur l'image du corps et l'estime de soi, basé sur l'éducation aux médias <b>V/S groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative</u> : - filles : connaissances, comparaison corporelle, satisfaction corporelle (jusqu'à 3 mois), comportements alimentaires perturbés - garçons : internalisation de l'apparence
Richardson et al. 2009	Australie	277	U	F + M	élèves de 5e (11-13 ans)	<i>Body Think</i> : 4 séances sur l'image du corps et l'estime de soi, basé sur l'éducation aux médias <b>V/S groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	amélioration <u>non significative</u>
Berger et al. 2014	Allemagne	533	U	F + M	élèves de 5e	<i>Torera</i> : 9 séances ciblant la prévention de la BN et l'HB <b>V/S groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : - pour les filles : estime de son corps et comportements alimentaires perturbés - pour les garçons : attitudes alimentaires
Golan et al. 2013	Israël	259	U	F + M	élèves de 12-14 ans	<i>In Favor of Myself</i> : 8 séances interactives, basée sur la dissonance cognitive et l'éducation aux médias <b>V/S groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative</u> : connaissances (sur les changements pubertaires et les stratégies médiatiques), désir de minceur, valorisation de soi moins dépendante des autres

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 3 - Interventions de prévention universelle auprès d'enfants et adolescents (sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Lee et al. 2017	Corée	169	U	F +	élèves de 6e M	<i>Me, You, Us</i> adapté aux élèves coréens : 6 séances ciblant l'éducation aux médias, l'interaction avec ses pairs et l'estime de soi, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post; à 1 mois	<u>amélioration significative</u> : estime de soi (plus marquée pour les filles et les élèves à risque), satisfaction corporelle (pour les filles et jusqu'à 1 mois)
Pokrajac-Bulian et al. 2006	Croatie	139	U	F +	élèves de 5e (12-14 ans) M	programme de Dalle Grave et al. (2001), adapté : 6 séances, basées sur la psychoéducation interactive et la restructuration cognitive, avec des activités et discussions de groupe <b>V/S groupe contrôlé</b>	pré; post; à 6 mois	<u>amélioration significative</u> <u>maintenue à 6 mois</u> : - pour les deux sexes : connaissances, attitudes alimentaires perturbées - pour les filles : régime

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 3 - Interventions de prévention universelle auprès d'enfants et adolescents (sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire)

*Interventions à composantes environnementale et individuelle (voir tableau 4) :*

On trouve plusieurs interventions intégrées en milieu scolaire **comportant une composante individuelle et une composante environnement**. Une première, *V.I.K (Very Important Kids)*, basée sur la théorie sociale cognitive, visait à réduire un facteur de risque original : le harcèlement concernant le poids (Haines et al. 2006). L'intervention s'adressait à l'ensemble des élèves du CM1 à la 5e d'une école américaine. Une autre école, ne recevant pas l'intervention, servait de groupe contrôle. L'intervention était constituée, au niveau individuel, d'activités extra-scolaires et de la production d'une pièce de théâtre, et, au niveau environnemental, d'actions impliquant l'école et la famille. Une école a participé à l'intervention et une autre a servi de contrôle. Une amélioration significative a été observée sur le facteur de risque primaire, le harcèlement perçu, ainsi que sur deux autres facteurs de risque qui sont : le « sentiment d'efficacité personnelle » (*self-efficacy*) et le jugement négatif porté sur l'image corporelle de ses pairs. Par « sentiment d'efficacité personnelle », l'auteur exprime la confiance qu'a l'élève en lui-même pour s'imposer vis-à-vis des comportements de harcèlement sur le poids (Haines et al. 2006).

Une autre étude a évalué la « dissémination » d'une intervention de psychoéducation de prévention primaire des TCA et de l'obésité, *Planet Health*, implantée dans un programme de 3 ans à composantes multiples, *Healthy Choices*, en partenariat avec des secteurs privés et publics (Austin et al. 2012). Une étude de « dissémination » vise à évaluer la persistance de l'efficacité d'une intervention en conditions réelles et à large échelle. L'intervention *Planet Health* a déjà fait preuve de résultats positifs sur les comportements alimentaires perturbés à 2 ans dans des études précédentes (Austin et al. 2005, 2007). *Planet Health* est un programme d'éducation sur la nutrition, l'activité physique et le visionnage de télévision, composé de 8 leçons, de 30 micro-leçons de 5 à 10 minutes chacune et de 6 évaluations physiques. *Healthy Choices* y intègre des

programmes extra-scolaires et des modifications en matière de politiques et d'environnement. Les premiers résultats, à 3 ans, montrent une diminution significative de la probabilité d'avoir des élèves avec des comportements alimentaires perturbés dans les écoles proposant des leçons visant à réduire le visionnage de la télévision (Austin et al. 2012). Cette étude n'avait pas de groupe contrôle.

Une autre étude s'est intéressée à l'entourage d'élèves âgés de 8 à 14 ans, en cherchant à évaluer si l'intégration de l'entourage (parents, professeurs) se révélait plus efficace sur les changements des attitudes et comportements des élèves (Russell-Mayhew et al. 2007). Il s'agit d'une intervention à 5 bras (étudiants seuls, étudiants et parents, étudiants et parents et professeurs, parents et professeurs, groupe contrôle) portant sur les facteurs de risque des TCA et sur l'image corporelle et réalisée auprès d'élèves du primaire et du collège séparément. Pour chaque type de participant, une intervention adaptée a été proposée : une pièce de marionnettes pour les élèves du primaire, une pièce de théâtre dramatique et comique pour les élèves du collège, et des séances interactives pour les parents et les professeurs (portant sur les interactions entre l'image corporelle et les TCA pour les parents, et sur les TCA et les actions possibles à l'école pour promouvoir une meilleure image corporelle pour les professeurs). Concernant les résultats, tous les groupes ont observés une amélioration significative des attitudes et des comportements alimentaires perturbés, mais sans différence significative constatée entre les groupes (Russell-Mayhew et al. 2007).



Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Haines et al. 2006	Etats-Unis	120	U	F + M	Elèves de CM1-5e	<i>V.I.K.</i> : intervention à composantes individuelle et environnementale (scolaire et familiale) ciblant le harcèlement contre le poids <b>V/S école contrôlé</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : harcèlement perçu, sentiment d'efficacité personnelle, jugement négatif vis-à-vis des normes de poids  <u>diminution significative de la</u> probabilité d'avoir des élèves avec des comportements alimentaires perturbés dans les écoles proposant des leçons visant à réduire le visionnage de télévision
Austin et al. 2012	Etats-Unis	16369	U	F + M	élèves de 6e-4e	<i>Planet Health</i> : intervention de 3 ans à composantes individuelle et environnementale, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; à 3 ans	<u>pas de changement significatif</u> <u>entre les groupes</u>
Russell-Mayhew et al. 2007	Canada	1095	U	F + M	élèves du primaire et du collège (8-14 ans)	intervention à 5 bras portant sur les facteurs de risque des TCA et sur l'image corporelle, sous forme de pièce de théâtre ou séances interactives : étudiants seuls <b>V/S</b> étudiants et parents <b>V/S</b> étudiants et parents <b>V/S</b> professeurs <b>V/S</b> parents et professeurs <b>V/S</b> <b>groupe contrôlé</b>	pré; post	

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 4 - Interventions de prévention universelle auprès d'enfants et adolescents (à composantes environnementale et individuelle)

*Interventions menées par des pairs* (voir tableau 5) :

On trouve deux **interventions menées par des pairs**. La première est une intervention de psychoéducation, *Healthy Buddies*, s'adressant aux élèves du primaire et du collège (Stock et al. 2007). Dans un premier temps, les élèves plus âgés (CM1-5<sup>e</sup>), qualifiés de « *older buddies* », ont reçus un cours de 45 minutes de promotion de la santé de la part de leurs professeurs. Puis ils ont dû, à leur tour, transmettre la leçon en 30 minutes à leurs jeunes camarades (maternelle-CE2), qualifiés de « *younger buddies* », en utilisant différentes techniques (présentations, jeux, etc.). Ceci pour 21 leçons hebdomadaires. Ce programme a été testé sur l'ensemble des élèves d'une école, choisie du fait d'un nombre pair de classes et donc utile pour former les binômes, avec une autre école servant de contrôle. Le contenu du programme repose sur 3 composantes : être actif physiquement (« *Go move !* »), manger sainement (« *Go fuel !* »), et avoir une bonne image de son corps (« *Go feel good !* »). Deux questionnaires adaptés aux âges, *Healthy Living Questionnaires (HLQ)*, ont été conçus par l'équipe de l'étude pour mesurer les connaissances et comportements vis-à-vis de différents aspects d'un mode de vie sain (image corporelle, préoccupations alimentaires, sentiment de compétence personnelle, attitudes de santé et santé émotionnelle). Ceux-ci ont été créés avec des questions extraites de questionnaires publiés et validés pour des enfants de cette tranche d'âge et l'équipe de recherche a rapporté une très bonne fiabilité de cette échelle. D'autres échelles ont également été utilisées pour mesurer le sentiment de compétence personnelle, la satisfaction corporelle et les attitudes alimentaires (*Harter Self-Competence Scale, ChEAT, Figure Rating Scale*). Des changements positifs significatifs, pour les « *older* » et « *younger buddies* », ont été observés concernant les connaissances, les attitudes et les comportements de santé mesurés par les questionnaires *HLQ*, mais pas par les autres échelles (Stock et al. 2007).

La seconde, est un programme basé sur la dissonance cognitive et implanté en milieu scolaire, **REbeL** (Breithaupt et al. 2017a, 2017b). Un « modèle d'auto-sélection » a été utilisé, en proposant aux lycéens intéressés de participer à un programme extra-scolaire d'éducation par leurs pairs. Le développement de *l'empowerment* des participants, l'éducation des pairs et le travail de groupe y sont visés, pour améliorer l'estime de soi et l'image corporelle, et diminuer la pression sociale perçue. Le programme, basé sur la théorie de la dissonance cognitive, est constitué de modules, permettant aux participants et aux pairs menant l'intervention de l'adapter à leurs besoins et aux contraintes scolaires. Ceci autorise une contribution active des participants dans les décisions prises, ce qui est plus propice à ce qu'ils s'impliquent davantage dans les comportements et messages qu'ils exposent. Le nom du programme est une référence à cette volonté de les encourager à se « rebeller » vis-à-vis des standards irréalistes concernant leur image. Le programme dure 8 mois et l'étude ne comprend pas de groupe contrôle. Une première étude a observé des changements positifs non significatifs concernant *l'empowerment* et l'estime de son corps (Breithaupt et al. 2017a). Dans une deuxième étude, le programme a été amélioré avec l'ajout de plateformes sociales et d'interventions plus centrées sur les étudiants. Cette fois-ci, des résultats positifs significatifs ont été observés concernant *l'empowerment* et les facteurs de risques de TCA (l'estime de son corps, la surveillance de son corps, l'internalisation de l'idéal de minceur) (Breithaupt et al. 2017b).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Stock et al. 2007	Canada	232 + 151	U	F + M	élèves de maternelle - 5e	<i>Healthy Buddies</i> : 21 leçons de promotion de la santé sont données aux élèves les plus âgés qui les restituent ensuite à des élèves plus jeunes <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative pour tous</u> : connaissances, attitudes et comportements de santé
Breithaupt et al. 2017a	Etats-Unis	47	U (auto-sélection)	F + M	élèves de 3e-11e (14-18 ans)	<i>REBEL</i> : programme extra-scolaire de 8 mois d'éducation par ses pairs, basée sur la dissonance cognitive et focalisant sur <i>l'empowerment</i> , <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration non significative</u> : <i>empowerment</i> , estime de son corps
Breithaupt et al. 2017b	Etats-Unis	83	U (auto-sélection)	F + M	élèves de 3e-11e (14-18 ans)	<i>REBEL</i> : version enrichie de plateformes sociales et interventions centrées sur les étudiants, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : <i>empowerment</i> , surveillance de son corps, internalisation de l'idéal de minceur (non significative pour : estime de son corps, pression perçue)

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 5 - Interventions de prévention universelle auprès d'enfants et adolescents (menées par des pairs)

### ***Prévention sélective - enfants et adolescents***

On trouve 30 études de prévention sélective pour des enfants ou adolescents, comprenant des interventions :

- sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire (Paxton 1993 ; Carter et al. 1997 ; Baranowski et Hetherington 2001 ; Rocco et al. 2001 ; Stewart et al. 2001 ; Steiner-Adair et al. 2002 ; Berger et al. 2008 ; Richardson et Paxton 2010 ; Wick et al. 2011 ; Sanchez-Carracedo et al. 2016 ; McLean et al. 2017 ; Adametz et al. 2017),
- sous forme de séances extra-scolaires (Scime et al. 2006 ; Scime et Cook-Cottone 2008 ; Cook-Cottone et al. 2017),
- intégrant l'environnement social et familial (McVey et al. 2003a, 2003b ; Bruning Brown et al. 2004 ; Thompson et al. 2012 ; Ciao et al. 2015),
- évaluant une présentation vidéo (Withers et al. 2002 ; Schwartz et al. 2007),
- proposant un programme adapté à l'évaluation initiale : (Luce et al. 2005),
- auprès de sous-groupes d'enfants ou adolescents « à risque » (Oppliger et al. 1998 ; Piran 1999 ; Niide et al. 2013 ; Sadeh-Sharvit et al. 2016 ; Wilksch et al. 2013 ; Ronsley et al. 2013 ; Bar et al. 2017).

*Interventions sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire (voir tableau 6) :*

On trouve de nombreuses interventions, présentées sous forme **de séances intégrées dans le cursus scolaire**, s'adressant à des élèves allant de la 6<sup>e</sup> au lycée. Toutes sont des interventions de prévention sélective car s'adressant à des élèves du sexe féminin uniquement.

Certaines sont des interventions de psychoéducation évaluées par des études anciennes, composées de cours didactiques ou interactifs, pouvant être associés à des discussions de groupe et d'exercices d'influence cognitivo-comportementale (Paxton 1993 ; Carter et al. 1997 ; Stewart et al. 2001 ; Baranowski et Hetherington 2001; Rocco et al. 2001). Elles sont majoritairement hebdomadaires et durent 45 minutes, sauf pour une étude où les séances sont mensuelles et durent 2h (Rocco et al. 2001). Certaines interventions sont menées par un membre de l'équipe de recherche ou un psychologue non expert mais ayant de l'expérience avec les enfants (Carter et al. 1997 ; Stewart et al. 2001), d'autres par un psychiatre et un psychologue (Rocco et al. 2001) ou non précisé (Baranowski et Hetherington 2001). Le contenu de ces cours, plus ou moins dense suivant les interventions, varie autour de différents thèmes : alimentation saine, exercice physique, obésité, TCA, attitudes et comportements alimentaires, estime de soi, image corporelle et pressions socio-culturelles associées (Baranowski et Hetherington 2001; Carter et al. 1997 ; Stewart et al. 2001). Certaines interventions évoquent également le sujet des changements pubertaires (Stewart et al. 2001; Rocco et al. 2001). Dans l'étude de Stewart et al. (2001), les professeurs bénéficient également d'une heure de formation sur les TCA. Toutes ces études présentent un groupe contrôle, sauf pour une étude (Carter et al. 1997). Concernant les résultats, une étude a observé un effet néfaste suite à l'intervention, avec des changements inverses de ceux visés au niveau des attitudes et comportements, et une augmentation de la restriction alimentaire persistante à 6 mois (Carter et al. 1997). L'étude de Rocco et al. (2001) rapporte une amélioration significative des attitudes boulimiques, de l'ascétisme et des sentiments

d'inefficacité par rapport au groupe contrôle, et l'étude de Baranowski et Hetherington (2001) une réduction significative sur la restriction alimentaire dans le groupe intervention et le groupe contrôle « actif » . Les autres études montrent des changements non significatifs (Stewart et al. 2001 ; Paxton 1993).

Une intervention de psychoéducation, *Full of Ourselves*, s'est focalisée sur le renforcement de l'estime de soi associée à une approche expérientielle de l'apprentissage (Steiner-Adair et al. 2002). Cette intervention est constituée de 8 cours, données en 45 à 90 minutes sur 8 à 15 semaines, à des élèves de 12 à 14 ans, avec plus de 70 activités. Une deuxième phase, dans laquelle les participantes conçoivent et délivrent un programme (*Throw Your Weight*) de 3 séances à des élèves de 9 à 11 ans est prévue mais n'a pas été évaluée dans cette étude. L'étude de Steiner-Adair et al. (2002) rapporte les résultats observés pour la première phase : des différences significatives, comparées au groupe contrôle, pour les connaissances et l'estime de son corps, qui sont maintenues à 6 mois.

Une autre intervention intitulée *Happy Being Me*, basée sur l'éducation aux médias, porte sur l'image corporelle. Ce programme, visant les élèves du sexe féminin seulement, est éducatif, interactif et encourage les participantes à développer des stratégies contre les facteurs de risque des TCA en lien avec le corps. Des résultats significatifs allant de le sens d'une amélioration des connaissances, de l'insatisfaction corporelle, de la restriction alimentaire et de l'estime de soi, ont été observés avec des effets maintenus à 3 mois malgré le fait que ces deux derniers n'aient pas été spécifiquement adressés dans le programme (Richardson et Paxton 2010).

Après plusieurs études « RCT » ayant montré une efficacité de cette intervention sur l'insatisfaction corporelle et la restriction alimentaire (Diedrichs et al. 2015 ; McLean et al. 2016 ; Dunstan et al. 2017), une étude a évalué une modification récente de ce programme plus centrée sur les médias sociaux (McLean et al. 2017). *Boost*, combine l'éducation aux médias

avec l'influence des pairs (McLean et al. 2017). Cette étude observe une réduction de la restriction alimentaire (malgré le fait que ce facteur n'ait pas été adressé spécifiquement) et une amélioration de l'estime de son corps et de « la critique de la réalité » (*reality scepticism*) (McLean et al. 2017).

Une intervention, **PriMa** (*Primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls*), cible plus particulièrement l'AM chez les filles de 6<sup>e</sup> (Berger et al. 2008). Avec *Torera* (décrit dans les interventions de prévention universelle) elle fait partie d'un ensemble d'interventions développées en Allemagne, visant à promouvoir la santé et de l'activité physique dans les écoles, et basées sur la dissonance cognitive, *l'empowerment* et la psychologie positive (Berger et al. 2011). Après une première évaluation du programme *PriMa* (Berger et al. 2008), celui-ci est disséminé à travers l'Etat de Thuringe (Wick et al. 2011), avec en parallèle *TOPP* (« *Teenage Obesity Prevention Program* »), un programme similaire adapté pour les garçons en 6<sup>e</sup> et ciblant l'activité physique (Berger et al. 2011). Une évaluation à 7-8 ans a également pu être réalisée (Adametz et al. 2017). Le programme *PriMa* comprend 9 séances de 45 minutes, basées sur la dissonance cognitive et sa résolution à travers des discussions de groupe. Les professeurs menant l'intervention ont reçu une journée de formation au programme (Wick et al. 2011 ; Adametz et al. 2017). Suite à la première évaluation, des actions de prévention secondaire ont été ajoutées à l'intervention (comme une ligne téléphonique pour se renseigner sur des centres de traitements proches de chez soi, par exemple) (Berger et al. 2011). Pour toutes ces études, la sélection du groupe participant à l'intervention s'est faite par auto-sélection et les groupes contrôle sont ceux refusant l'intervention. Au niveau des résultats, l'intervention *PriMa* observe une amélioration significative de l'estime de son corps pour les filles de 6<sup>e</sup> persistante jusqu'à 7-8 ans et une réduction des comportements alimentaires perturbés en post-intervention seulement (Berger et al. 2008 ; Wick et al. 2011 ; Adametz et al. 2017).



Concernant une autre intervention, *MABIC project*, une étude a évalué son efficacité lorsque celui-ci est mené par des professeurs préalablement formés et non plus par des « experts » (Sanchez-Carracedo et al. 2016). L'efficacité de ce programme, utilisant la dissonance cognitive et l'éducation aux médias, a montré une efficacité dans une précédente étude (Lopez-Guimera et al. 2010). Dans cette étude, l'intervention est composée de 8 séances multimédia interactives (portant sur la nutrition et l'éducation aux médias incluant des exercices pratiques et des activités) et d'une séance « booster » à 9 mois. La participation au programme devant être accessible à tous les élèves de la communauté pour des raisons éthiques, des écoles environnantes ont été sollicitées pour constituer le groupe contrôle. Une réduction significative de l'internalisation de l'idéal de beauté, des attitudes alimentaires perturbées et du harcèlement sur le poids a été observée par rapport au groupe contrôle à un an, et non juste après l'intervention (Sanchez-Carracedo et al. 2016).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Baranowski et Hetherington 2001	Ecosse	29	S	F	élèves de 6e (11-12 ans)	programme de psychoéducation de 5 semaines <b>VS groupe contrôlé</b> (cours sur les fruits et légumes)	pré; post; à 6 mois	<u>réduction significative pour les deux groupes</u> : restriction alimentaire (amélioration presque significative pour le groupe intervention : estime de soi)
Berger et al. 2008	Allemagne	1006	S	F	élèves de 6e	<i>PriMa</i> : 9 leçons, basées sur la dissonance cognitive, <i>l'empowerment</i> et la psychologie positive, ciblant la prévention de l'AM <b>VS groupe contrôlé</b>	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative pour les filles à risque seulement</u> : connaissances, estime de son corps <u>amélioration significative</u> : connaissances (maintenues à 3 mois), estime de son corps (mais pas pour : troubles alimentaires)
Wick et al. 2011	Allemagne	1553	S	F	élèves de 6e		pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative à 7-8 ans</u> : estime de son corps (mais pas pour : troubles alimentaires)
Adametz et al. 2017	Allemagne	100	S	F	élèves de 6e : à 7-8 ans		à 7-8 ans	

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 6 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Richardson et Paxton 2010	Australie	194	S	F	élèves de 5e (11-13 ans)	<i>Happy Being Me</i> : 3 séances sur l'image du corps et l'estime de soi, basées sur l'éducation aux médias <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative maintenue à 3 mois</u> : connaissances, estime de soi, insatisfaction corporelle, image corporelle, restriction alimentaire
Steiner-Adair et al. 2002	Etats-Unis	499	S	F	élèves de 5e (12-14ans)	<i>Full Of Ourselves</i> : 8 à 15 séances de psychoéducation focalisées sur l'estime de soi avec de multiples activités <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 6 mois	<u>amélioration significative</u> : connaissances, estime de son corps
McLean et al. 2017	Australie	101	S	F	élèves de 4e	<i>Boost</i> (version enrichie de <i>Happy Being Me</i> ): 3 séances intégrant une composante plus sociale de l'éducation aux médias <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : estime du corps, restriction alimentaire, éducation aux médias ( <i>reality scepticism</i> )
Stewart et al. 2001	Royaume - Uni	860	S	F	élèves de 12-14 ans	6 séances interactives de psychoéducation, basées sur la TCC <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 6 mois	<u>pas de différence significative</u>
Carter et al. 1997	Royaume - Uni	46	S	F	élèves de 4e (13-14 ans)	8 séances de psychoéducation, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post; à 6 mois	<u>effet néfaste maintenu à 6 mois</u> : augmentation de la restriction alimentaire
Sanchez-Carracedo et al. 2016	Espagne	565	S	F	élèves de 4e	8 séances ( <i>MABIC project</i> ) + 1 séance « booster » <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 1 an	<u>réduction significative à 1 an</u> : internalisation de l'idéal de beauté, attitudes alimentaires perturbées, harcèlement sur le poids

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 6 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Paxton 1993	Australie	136	S	F	élèves de 3 <sup>e</sup> : école de filles	5 cours sur les comportements de régulation du poids et l'alimentation réactionnelle aux émotions, basés sur l'éducation aux médias <b>VS groupe contrôlé</b>	pré, à 1 mois; à 12 mois	<u>pas de changement significatif</u>
Rocco et al. 2001	Italie	96	S	F	élèves du lycée (âge moyen 16 ans)	9 séances « intensives » de psychoéducation <b>VS groupe contrôlé</b>	pré; post	<b>amélioration significative</b> : attitudes boulimiques, « ascéticisme », sentiment d'inefficacité (échelle EDI-2)

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 6 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (sous forme de cours intégrés dans le milieu scolaire)

*Intervention sous forme de séances extra-scolaires (voir tableau 7) :*

Une intervention extra-scolaire, ***Girls' Group***, comprend une composante cognitive et une composante corporelle à base de yoga et cible les préadolescentes (Scime et al. 2006). Constituée de 10 séances de 90 minutes chacune et d'un projet à réaliser en fin d'intervention, cette intervention s'inscrit dans un cadre constructiviste, encourageant une participation active et l'apprentissage à travers le travail. Elle s'appuie également sur la psychologie positive pour renforcer des facteurs de protection tels que l'estime de soi et la compétence personnelle. Si l'intervention vise la prévention des TCA, ce sujet n'est pas abordé sauf si celui-ci est amené par une participante. L'étude préliminaire (Scime et al. 2006) était non contrôlée, et une deuxième étude est venue la compléter en ajoutant un groupe contrôle (Scime et Cook-Cottone 2008). La première étude a montré une réduction significative de l'insatisfaction corporelle, du désir de minceur et d'un facteur d'éducation aux médias suite à l'intervention, et la deuxième une réduction significative des mesures sur les comportements boulimiques et l'insatisfaction corporelle. Aucune mesure à distance n'a été faite.

Une évolution plus récente de cette intervention est ***Girls Growing in Wellness and Balance (GGWB)***, une intervention avec 4 séances supplémentaires (Cook-Cottone et al. 2017). Le contenu comprend trois axes ayant pour objectif d'amener les participantes à être des sujets plutôt que des objets : une « attention portée sur être soi » (conscience de soi, pleine conscience, exercices de respiration, sentiments, parler à soi), une « attention sur soi dans son monde » (affirmation de soi, établir des limites, *empowerment*, sujets féministes) et « soi, dans son monde, dans cette culture » (éducation aux médias et création d'un magazine). Une échelle a été créée pour la mesure « prendre soin de soi » (*self-care*). Les résultats ont montré une réduction de l'insatisfaction corporelle et du désir de minceur, concordant avec les résultats précédents (Cook-Cottone et al. 2017).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Scime et al. 2006	Etats-Unis	45	S	F	élèves de CM2	<i>Girls' Group</i> : 10 séances avec une composante cognitive et corporelle (yoga), basées sur la psychologie positive, et avec un projet orienté vers l'action, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>réduction significative</u> : insatisfaction corporelle, désir de minceur
Scime et Cook-Cottone 2008	Etats-Unis	144	S	F	élèves de CM2	<i>Girls' Group</i> : 10 séances avec une composante cognitive et corporelle (yoga), basées sur la psychologie positive, et avec un projet orienté vers l'action <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post	<u>réduction significative</u> : insatisfaction corporelle, comportements boulimiques
Cook-Cottone et al. 2017	Etats-Unis	170	S	F	élèves de CM2	<i>GGWB</i> (version enrichie de <i>Girls' Group</i> ) : 14 séances intra et extra-scolaires avec l'intégration formelle de la composante « prendre soin de soi » <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : insatisfaction corporelle, désir de minceur, prendre soin de soi

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 7 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (extra-scolaires)

*Interventions intégrant l'environnement social et familial* (voir tableau 8) :

Une étude évaluant une intervention, ***Girl Talk***, basée sur le « soutien par ses pairs » (« *peer-support* ») a été réalisée auprès de filles de 5<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> (McVey et al. 2003a). Cette intervention a utilisé un programme, *Every BODY Is A Somebody*, basé sur l'éducation aux médias et le renforcement de compétences (« *life skills* ») et ayant montré des effets positifs sur l'insatisfaction corporelle, l'estime de soi et les attitudes et comportements alimentaires perturbés auprès d'élèves de 6<sup>e</sup> au sein d'une intervention intégrée en milieu scolaire (McVey et al. 2004). Dans cette étude, ce programme a été proposé à des élèves de 5<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>, dans un contexte extra-scolaire et en plus petit comité, à travers dix séances « de soutien par ses pairs ». Ces séances étaient modérées par des infirmières formées à *Every BODY Is A Somebody*. Des résultats significatifs et persistants à 3 mois ont été observés pour l'estime liée au poids et la restriction alimentaire, comparés à ceux du groupe contrôle, (McVey et al. 2003a). Cependant, une deuxième étude reproduisant la même intervention (utilisant le même protocole interventionnel et s'adressant à une même population), n'a pas retrouvé ces résultats : aucun changement significatif n'a été observé pour les participantes à l'intervention, comparé à celui du groupe contrôle. (McVey et al. 2003b). Aussi, une étude suivante a voulu mieux évaluer la composante « *peer-support* » de ces interventions, en évaluant cette composante comme une intervention à part entière (Thompson et al. 2012). Dans cette dernière, 5 séances - basées sur des exercices et matériaux existants, et se focalisant sur l'estime de soi, l'image corporelle, l'éducation aux médias, la prise de décision et les relations interpersonnelles – ont été proposées à des filles de 4<sup>e</sup>. Les résultats n'ont pas montré de changement significatif. L'auteur en a déduit que le modèle du *peer-support* est plus adapté pour des petits groupes au sein d'une intervention à plus large échelle et auprès d'une population plus à risque pour obtenir les effets positifs avancés par les études antérieures (Thompson et al. 2012).

Dans une autre étude, Ciao et al. (2015) évaluent la transposition d'une **intervention menée par des pairs et basée sur la dissonance cognitive** (*Body Project*) auprès d'élèves de 3<sup>e</sup>. Cette intervention, préalablement réalisée auprès des étudiantes appartenant à une sororité (Becker et al. 2006), a été adaptée à la culture lycéenne. L'intervention était présentée comme une composante d'un cours de santé obligatoire de l'école pour toutes les élèves de 3<sup>e</sup>. Elle comportait 3 séances (deux reprises des études précédentes et une supplémentaire avec une approche culturelle et ethnique), et était menée par des pairs de terminale, formées. Une répartition des élèves dans le groupe contrôle (bénéficiant de l'intervention après l'étude) s'est faite en fonction de l'emploi du temps des classes. Une réduction significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des troubles alimentaires et de la restriction alimentaire a été observée dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (Ciao et al. 2015).

Une étude intègre les parents dans une intervention de prévention primaire des TCA ciblant des lycéennes de 2<sup>nd</sup>e. Bruning Brown et al. (2004) reprend une intervention de psychoéducation pour les adolescentes qui a déjà fait preuve de son efficacité au travers de plusieurs études, *Student Bodies*, dispensée par internet et basée sur la TCC, et y ajoute un programme pour les parents. Le programme prévu pour les lycéennes aborde les sujets des troubles alimentaires, de l'image corporelle, de l'activité physique et de la nutrition, à travers 8 séances internet de 1h chacune, distribuées pendant les heures de cours habituelles. Le programme créé pour les parents est mis à disposition pendant 4 semaines à travers internet : il encourage l'acceptation des variations de poids et de formes et permet aux parents d'évaluer l'impact négatif ou positif qu'ils peuvent avoir sur les attitudes négatives de leurs filles et de repérer les signes de troubles alimentaires. Des forums de discussion accompagnent les deux



programmes. Des groupes contrôle ont été formés pour les élèves et les parents. Une réduction significative de la restriction alimentaire a été observée chez les lycéennes, mais sans maintien à 3 mois. Elles présentent également une amélioration des connaissances sur les TCA qui se maintient à 3 mois. Quant aux parents, des résultats significatifs ont été notés dans le sens d'une diminution des comportements de critique envers les autres (Bruning Brown et al. 2004).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
McVey et al. 2003a	Canada	214	S	F	élèves de 5e-4e	10 séances de soutien par ses pairs <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative</u> jusqu'à 3 mois: estime liée au poids, restriction alimentaire
McVey et al. 2003b	Canada	282	S	F	élèves de 5e-4e	réplication: 10 séances de soutien par ses pairs <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	<u>pas de différence significative</u>
Thompson et al. 2012	Canada	38	S	F	élèves de 4e	5 séances de soutien par ses pairs, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>pas de différence significative</u>
Ciao et al. 2015	Etats-Unis	51	S	F	élèves de 3e	<i>Body Project</i> adapté aux lycéennes : 3 séances basées sur la dissonance cognitive et menées par des pairs de terminale <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post; à 3 mois	<u>réduction significative</u> : internalisation de l'idéal de minceur, insatisfaction corporelle, troubles alimentaires, restriction alimentaire
Bruning Brown et al. 2004	Etats-Unis	152	S	F	élèves de 2nde + parents (n=69)	8 séances internet de psychoéducation pour les lycéennes ( <i>Students Bodies</i> ) + programme internet de psychoéducation créé pour les parents (disponible pendant 4 semaines) <b>VS groupes contrôles</b> (pour les parents et les lycéennes)	pré; post; à 3 mois	<u>amélioration significative</u> : - pour les ados : restriction alimentaire, connaissances (maintenues à 3 mois) - pour les parents : critique envers les autres

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 8 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (intégrant l'environnement social et familial)

*Interventions évaluant une présentation vidéo* (voir tableau 9) :

Deux études ont évalué **l'influence de l'identité du présentateur** d'une **présentation vidéo de psychoéducation** sur des facteurs de risque ou de protection des TCA (Withers et al. 2002 ; Schwartz et al. 2007). Dans les deux cas, la population visée est féminine, la prévention est donc sélective. Une étude est contrôlée (Withers et al. 2002) et l'autre compare deux groupes (Schwartz et al. 2007).

Withers et al. (2002) reproduisent l'étude de Heinze et al. (2000) comparant trois groupes visionnant une présentation vidéo de psychoéducation à visée préventive, avec un présentateur différent (un expert, une ancienne patiente souffrant d'AN, un pair ou un sujet « neutre »). L'étude de Heinze et al. (2000) observait une amélioration des connaissances ainsi qu'une diminution du désir de minceur et l'intention de faire un régime avec des effets marqués pour les élèves de 5<sup>e</sup> par rapport à ceux de 2<sup>nd</sup>e, mais ne trouvait pas de différence significative entre les groupes (Withers et al. 2002). Aussi, Withers et al. (2002) ont cherché à confirmer l'attribution des effets observés lors de cette intervention auprès d'élèves de 5<sup>e</sup>, en ajoutant un groupe contrôle et une évaluation à 1 mois. Toutes les élèves de 5<sup>e</sup> étaient invitées à participer avec une école intervention et deux écoles contrôle sans notion de randomisation (avec un âge moyen et des scores IMC légèrement plus élevés pour le groupe contrôle). Renforçant les résultats de l'étude de Heinze et al. (2000), une amélioration significative des mêmes facteurs a été observée (amélioration des connaissances et diminution du désir de minceur et de l'intention de faire un régime) comparé au groupe contrôle avec un maintien des connaissances à 1 mois (Withers et al. 2002).

Dans l'étude de Schwartz et al. (2007), une même présentation vidéo de psychoéducation sur les TCA a été présentée à des lycéennes. Dans un groupe, la présentatrice, un expert, était présentée en tant que telle. Dans l'autre groupe, celle-ci était présentée en tant qu'ancienne

patiente. Une augmentation significative des connaissances sur les TCA a été observée pour les deux groupes. Cependant, les auteurs ont également remarqué des interprétations inattendues voire néfastes, telles que « les filles avec un TCA sont très belles » chez les participantes à qui la présentatrice avait été présentée comme une ancienne patiente (Schwartz et al. 2007). Les auteurs n'ont pas évalué l'impact de cette intervention et de ces messages implicites sur les attitudes et comportements alimentaires perturbés. Après l'intervention et l'évaluation des mesures suite à l'intervention, les participantes ont été informées de l'objectif de l'étude et que la présentatrice était un expert dans les deux cas (Schwartz et al. 2007).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Withers et al. 2002	Australie	242	S	F	élèves de 5e (12-13 ans)	présentation vidéo de psychoéducation <b>/S groupe contrôle</b>	pré; post; à 1 mois	<u>amélioration significative</u> : connaissances (maintenues à 1 mois), désir de minceur, intention de faire un régime
Schwartz et al. 2007	Etats-Unis	376	S	F	élèves de 3e-T1e	présentation vidéo de psychoéducation : présentatrice présentée en tant qu'expert <b>/S</b> présentatrice présentée en tant qu'ancienne patiente, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	augmentation significative des connaissances, mais aussi <u>possibles interprétations néfastes</u> des messages

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 9 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (présentation vidéo)

*Intervention proposant un programme adapté à l'évaluation initiale (voir tableau 10) :*

Une étude porte sur la faisabilité d'une intervention proposant plusieurs **programmes de psychoéducation adaptés en fonction de l'évaluation initiale** (Luce et al. 2005). Un algorithme lors de l'évaluation initiale, basé sur les IMC et les préoccupations corporelles des participantes, permet de répartir ces dernières dans 4 groupes différents en fonction de leur niveau de risque pour les TCA et/ou l'obésité (sans risque, à risque pour les TCA seulement, à risque pour l'obésité seulement, à risque pour les deux). Un cours sur les bonnes habitudes alimentaires, l'activité physique et les TCA est proposé à toutes. Celles à risque de TCA se voient proposer un cours supplémentaire sur l'image corporelle ; celles à risque d'obésité, un cours sur la régulation du poids ; et celles doublement à risque, ces deux cours. Cependant, seuls les cours de base et sur l'image corporelle ont été menés en pratique. Concernant les résultats, environ la moitié des participantes à risque de TCA ou à risque d'obésité ont choisi le cours supplémentaire sur l'image corporelle. Une augmentation significative des connaissances a été observée en post-intervention ainsi qu'une diminution des préoccupations corporelles et des comportements de régulation du poids extrêmes pour toutes. L'algorithme permettant aussi d'informer les participantes de leur niveau de risque, une évaluation des effets possibles de cette information sur l'humeur a été incluse (Luce et al. 2005).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Luce et al. 2005	Etats-Unis	174	S	F	élèves de 2 <sup>nde</sup>	un cours général de psychoéducation sur la santé, pour tous + un cours sur l'image corporelle, en fonction de l'évaluation initiale du risque de TCA et/ou d'obésité, <b>sans groupe contrôle</b>	pré ; post	<u>amélioration</u> <u>significative pour tous</u> : connaissances, préoccupations corporelles

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 10 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (programme adapté à l'évaluation initiale)

*Interventions auprès de sous-groupes d'enfants ou adolescents « à risque » (voir tableau 11) :*

Une étude s'intéresse aux facteurs de risque et de protection environnementaux chez des enfants (< 5ans) à risque, et notamment les pratiques alimentaires maternelles. Cette étude, non contrôlée, a évalué une intervention de prévention de troubles alimentaires et psychopathologiques d'enfants (âgés de 5 ans ou moins) de mères ayant ou ayant eu un diagnostic de TCA, nommée ***Parent-Based Prevention*** (Sadeh-Sharvit et al. 2016). Elle implique l'ensemble de la famille et notamment le ou la partenaire. Douze familles ont été incluses (dont un couple homosexuel), avec un ou deux enfants de moins de 5 ans. L'intervention est constituée d'une première phase de 12 séances de groupe pour les mères, focalisant sur les effets de TCA maternels sur l'éducation parentale (à travers de la psychoéducation, des groupes de discussion et des changements comportementaux individualisés au domicile), et de 12 séances pour chaque famille, focalisant sur le système familial (éducation parentale, communication, organisation, etc.). Les séances sont menées par de psychothérapeutes expérimentés dans le traitement des TCA et supervisés. Les résultats ont montré une amélioration significative suite à l'intervention de la plupart des fonctionnements alimentaires maternels mesurés, notamment sur la responsabilité perçue pour l'alimentation de son enfant, la pression exercée pour qu'il mange, la restriction alimentaire imposée à l'enfant et les préoccupations concernant son poids et son alimentation (Sadeh-Sharvit et al. 2016).

Une intervention interactive brève cible des jeunes filles atteintes de diabète de type 1 (DT1), population à risque pour des TCA (Wilksch et al. 2013). Cette intervention est composée de 2 séances de groupe de 4h pour les participantes, menées par une psychologue en formation et une infirmière (éducatrice sur le diabète), et de 2 séances informatives et interactives pour les parents, menées par une psychologue et focalisées sur les mêmes risques



que pour leurs filles (perfectionnisme, éducation aux médias, estime de soi). En l'absence de groupe contrôle, une amélioration significative concernant le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion du diabète, l'estime de soi et de son corps, l'internalisation de l'idéal de minceur et le perfectionnisme a été trouvée suite à l'intervention et à 1 mois (Wilksch et al. 2013).

Ronsley et al. (2013), ont adapté le programme *Healthy Buddies* à des enfants aborigènes, population avec un taux de prévalence du DT2 plus élevé que la population générale. Cette étude a comparé 3 écoles aborigènes isolées participant à cette intervention, *Healthy Buddies First Nations*, à une école contrôle (n'ayant pu participer à l'intervention pour des raisons administratives) et a étendu le programme jusqu'aux élèves de Terminale. Son contenu a été modifié pour s'adapter à la culture locale, à partir de «*focus groups*» menés avec chaque communauté. Le *Healthy Buddies Questionnaire (HBQ)* a été tiré du *HLQ*. Des améliorations significatives ont été observées concernant les connaissances sur un mode vie sain et l'estime de soi par rapport au groupe contrôle (Ronsley et al. 2013).

Une autre étude évalue l'adaptation d'un programme de psychoéducation promouvant l'image corporelle et un style de vie sain à une communauté multiethnique de Hawaï (Niide et al. 2013). Ce programme, nommé *Healthy Body Image* a montré une efficacité auprès des élèves de 9 à 13 ans dans une étude antérieure (Kater et al. 2002). Constitué de 10 leçons transversales, il a été enseigné, dans cette étude, par des professeurs de la communauté. En l'absence de groupe contrôle, une amélioration significative a été observée sur l'ensemble des facteurs de risque et de protection mesurés, dont le «*désir d'être musclé*», suite à l'intervention (Niide et al. 2013).

On trouve **deux interventions** s'intéressant aux élèves « sportifs ». Une première intervention de psychoéducation nutritionnelle, *Wrestling Minimum Weight Program*, a été

mise en place au début des années 90 aux Etats-Unis pour des lycéens catcheurs (Oppliger et al. 1998). Une réduction significative des comportements malsains de perte de poids a été observée.

Une autre intervention, à composantes multiples, a été réalisée auprès d'élèves (de 10 à 18 ans) d'un lycée de ballet professionnel, un environnement à haut risque de TCA (Piran 1999 ; Bar et al. 2017). Cette intervention a été menée par Piran entre 1987 et 1996, à niveau individuel et environnemental. Au niveau individuel, la majorité du programme était transmise sous forme de discussions de groupe, 2 à 10 fois par an avec Piran, mais des séances individuelles étaient également possibles sur demande. Au niveau environnemental, des facteurs ont été identifiés à travers des rencontres avec le personnel de l'école et ont permis d'apporter des changements sur un plan structurel et académique : retrait des balances, choix de nourriture plus équilibrée et moins stigmatisante, modifications d'espace au niveau des vestiaires, augmentation de l'attention apportée à la sécurité des élèves pendant les cours et leurs entraînements, et suppression, un jour par semaine, de l'obligation de porter la tenue de ballet afin réduire l'objectification constante des corps. Des règles de vie sur les comportements et relations interpersonnelles ont été établies pour les élèves et le personnel, pour réduire les commentaires portant sur le corps et le harcèlement entre les sexes. Des mesures ont été prises pour 3 catégories d'âges (correspondant à 3 cohortes) mais seuls les résultats des élèves de 5<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et de 2<sup>nd</sup>e-T<sup>le</sup> ont été inclus, les autres étant incomplets. Pour pouvoir comparer des mesures « pré-test » et post-test », les questionnaires ont été remplis par les élèves avant et après l'intervention (9 ans après le premier questionnaire). Il n'y avait pas de groupe contrôle. Des réductions significatives ont été observées suite à l'intervention pour l'ensemble des élèves concernant les comportements et attitudes alimentaires et l'image corporelle ainsi qu'une augmentation des habitudes alimentaires saines. Des réductions significatives des comportements de vomissement ou de prise de laxatifs ou de crises boulimiques ont été observées en plus chez les élèves seniors (Piran 1999). Pour évaluer

l'impact de cette intervention à long terme (à 15 ans), Bar et al. (2017) ont comparé des mesures entre les femmes diplômées de l'école avant (pendant les années 80), pendant (pendant les années 90) et après (pendant les années 2000) la mise en place de l'intervention dans l'école. Des réductions des cognitions et comportements associés avec la BN, de l'usage des laxatifs et des vomissements ont été observés pour les femmes ayant été diplômées à partir de 1990, avec des résultats plus prononcés pour celles ayant étudié à l'école après l'intervention.

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Oppliger et al. 1998	Etats-Unis	713 en 1990 / 368 en 1993	S	M	catcheurs lycéens	intervention de psychoéducation sur l'alimentation, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré (en 1990); post (en 1993)	<u>réduction significative</u> : comportements malsains de perte de poids
Piran 1999	Canada	3 cohortes de 120-126 (avant/pendant/après)	S	F	élèves 5e-3e et 2nde-11e	intervention à composantes multiples (au niveau individuel et environnement), <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : attitudes et comportements alimentaires perturbés, image corporelle, habitudes alimentaires saines
Bar et al. 2017	Canada	116	S	F	anciennes élèves (diplômées avant, pendant et après l'intervention) âgées de 22 à 60 ans		à 15 ans	<u>réduction à 15 ans, plus prononcée pour les femmes ayant été diplômées après l'intervention</u> : cognitions et comportements associés à la BN

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 11 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (sous-groupes à risque)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Ronsley et al. 2013	Canada	179	S	F + M	élèves autochtones Maternelle - T1e	<i>Healthy Buddies</i> (version adaptée): 21 leçons transmises par ses pairs <b>VS groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : connaissances sur un mode de vie sain, estime de soi
Niide et al. 2013	Etats-Unis	297	S	F + M	élèves Kauai'i 9-13 ans	10 leçons ( <i>Healthy Body Image</i> ) sur l'image corporelle et un mode de vie sain, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative pour les deux sexes</u> : ensemble des facteurs dont désir d'être musclé
Sadeh-Sharvit et al. 2016	Etats-Unis	16 enfants (12 familles)	S	F + M	enfants (de 5 ans ou moins) de mères, ayant eu un dg de TCA	12 séances de groupe pour les mères (sur les effets de TCA maternels sur l'éducation parentale), avec une approche comportementale individualisée au domicile + 12 séances familiales, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : pratiques alimentaires, notamment : responsabilité perçue pour l'alimentation de son enfant, pression exercée pour qu'il mange, restriction alimentaire imposée à l'enfant, préoccupations concernant son poids et son alimentation
Wilksch et al. 2013	Australie	20	S	F	filles atteintes de DT1 (patientes dans une clinique spécialisée pour le diabète)	2 séances de groupe de 4h pour les patientes + 2 séances interactives de psychoéducation pour les parents, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post; à 1 mois	<u>amélioration significative maintenue à 1 mois</u> : estime de soi, estime de son corps, perfectionnisme, internalisation de l'idéal de minceur, sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion du diabète

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 11 - Interventions de prévention sélective auprès d'enfants et adolescents (sous-groupes à risque)

### ***Prévention combinée - enfants et adolescents***

On trouve deux interventions combinant deux types de préventions (voir tableau 12).

Une étude combine une prévention primaire, sélective et ciblée, ainsi qu'une prévention secondaire, en s'adressant à des adolescentes qui présentent des préoccupations corporelles ou des symptômes de TCA sans tableau clinique complet ou encore un diagnostic de TCA récent (inférieur à 6 mois) (Jones et al. 2012). Cette intervention psychoéducatrice et transmise à travers internet, nommée ***Parents Act Now***, était uniquement délivrée aux parents. Un seul parent était inclus pour chaque adolescente sauf pour un parent participant avec ses deux filles. Cette intervention est composée de 6 séances et des discussions de groupe, disponibles pendant 6 semaines sur internet. Les parents peuvent avoir accès à des entretiens téléphoniques s'ils en expriment le besoin. Le programme, basé sur la thérapie familiale, vise à rendre les parents conscients des dangers de l'AM et les encourager à prendre action en les guidant et en développant leurs capacités. L'intervention s'est déroulée dans deux pays différents (Allemagne et Etats-Unis), sans groupe contrôle. Les adolescentes ont été évaluées et classées dans différentes catégories en fonction de leur niveau de risque, avant l'intervention et après. Les résultats observés montrent une réduction générale des attitudes et comportements alimentaires perturbés pour toutes les adolescentes, et une diminution du niveau de risque de TCA pour 16 d'entre elles (sur les 19 dont les parents avaient répondu aux questionnaires à la fin de l'intervention). Concernant les analyses statistiques, la taille de l'échantillon était trop petite et la puissance du test insuffisante pour obtenir une significativité statistique. Un faible taux participation a été observé. (Jones et al. 2012).

Une autre intervention combine une prévention universelle et une prévention sélective, en proposant plusieurs **programmes de psychoéducation adaptés en fonction de**

**l'évaluation initiale** (Taylor et al. 2012 ; Jones et al. 2014). *Staying Fit* est une intervention délivrée par internet pour des lycéens, adaptée de *Student Bodies*, proposant deux pistes différentes de régulation du poids en fonction de l'IMC (Taylor et al. 2012 ; Jones et al. 2014). Une piste propose une régulation du poids pour les participants en surpoids alors que l'autre piste propose une piste promouvant les habitudes saines pour les participants de poids normal. Ce programme s'appuie sur des outils de TCC et de psychoéducation, des interventions visant la perte de poids, la prise de conscience des sensations de faim et de satiété ainsi que sur la régulation des émotions (Taylor et al. 2012). Dans les deux études, une réduction significative des préoccupations de la forme et du poids ont été observés chez les participants les plus à risque suite à l'intervention (Taylor et al. 2012 ; Jones et al. 2014)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Jones et al. 2012	Etats-Unis + Allemagne	46	S + C	F	adolescentes (11-17 ans) à risque + parents	<i>Parents Act Now</i> : 6 séances internet pour les parents, disponibles pendant 6 semaines et basées sur la thérapie familiale, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post	réduction des attitudes et comportements alimentaires perturbés mais <u>significativité statistique non évaluable</u>
Taylor et al. 2012	Etats-Unis	182	U + S	F + M	élèves de 3e	<i>StayingFit</i> : 10 séances internet avec 2 programmes fonction du poids : un programme de régulation de poids <i>VS</i> un programme de maintien du poids, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post	<u>réduction significative pour les lycéennes à risque d'obésité ou ayant des préoccupations corporelles élevées avant l'intervention</u> : préoccupations corporelles et pondérales
Jones et al. 2014	Etats-Unis	336	U + S	F + M	élèves de 3e	<i>StayingFit</i> : 12 séances internet avec 2 programmes en fonction du poids : un programme de régulation du poids <i>VS</i> un programme de maintien du poids, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post	<u>réduction significative pour les participants ayant des préoccupations corporelles élevées avant l'intervention</u> : préoccupations corporelles et pondérales

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 12 - Interventions des préventions combinées auprès d'enfants et adolescents



### **Interventions visant les adultes**

On trouve 20 études visant les adultes :

- 2 études de prévention universelle pour les adultes,
- 17 études de prévention sélective pour adultes,
- et 1 étude de prévention ciblée.

### ***Prévention universelle - adultes***

*Interventions sous forme de cours universitaire (voir tableau 13) :*

On trouve deux interventions présentées sous forme de cours universitaire. L'une, visant la promotion de la santé, a été effectuée auprès **d'étudiants en 2<sup>e</sup> année de médecine** en Espagne. Composée de 16 ateliers *Healthy Eating* menés sur 8 mois, et portant sur les thèmes de l'image corporelle et des médias, de la nutrition, de l'estime de soi et des compétences sociales, cette intervention a été dirigée par un membre de l'équipe de recherche (psychologue) et un professeur (psychiatre). Une évaluation initiale, à partir d'une échelle validée (*Eating Disorder Inventory*), a été utilisée pour répartir les étudiants dans les groupes d'intervention (à haut risque et à bas risque) et le groupe contrôle (à bas risque). Une amélioration significative a été observée concernant l'image de son corps et les attitudes alimentaires seulement chez les étudiantes à haut risque (en prenant note qu'il n'y avait aucun étudiant masculin dans le groupe à haut risque) (Sepulveda et al. 2007).

L'autre, était constituée d'un **cours modifié de pleine conscience** de 8 semaines, intégrant de brefs exercices de respiration. L'étude cherchait à évaluer l'impact de cette intervention sur les crises d'hyperphagie auprès d'une population adulte, sans critère d'inclusion particulier. Ont été exclus des individus atteints d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble d'addiction à une substance en phase aiguë. Une réduction significative de la fréquence des crises d'hyperphagie a été trouvée chez les individus présentant un plus grand nombre de crises boulimiques avant l'intervention (Smith et al. 2006).

Article	Pays	N	P°	S	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Sepulveda et al. 2007	Espagne	135	U	F + M	étudiants en médecine	16 ateliers interactifs de promotion de la santé <b>VS</b> <b>groupe contrôle</b>	pré; post	amélioration significative chez les étudiantes à haut risque; image corporelle, attitudes alimentaires
Smith et al. 2006	Etats-Unis	25	U	F + M	adultes (population générale)	cours de pleine conscience de 8 semaines, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	réduction significative pour les individus présentant plus de crises avant l'intervention: crises d'hyperphagie

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 13 - Interventions de prévention universelle auprès d'adultes

### ***Prévention sélective – adultes***

On trouve 17 études de prévention sélective pour adultes, avec des interventions :

- présentées sous forme de cours universitaire (Springer et al. 1999 ; Stice et Ragan 2002 ; Stice et al. 2006),
- concernant des populations définies : étudiants éducateurs pour ses pairs (McVey et al. 2010), employées (Bush et al. 2014), femmes en couple (Ramirez et al. 2012),
- concernant des sous-groupes à risque : membres d'une sororité (Becker et al. 2008; Perez et al. 2010; Kroon Van Diest et Perez 2013; Greif et al. 2015), femmes avec des préoccupations corporelles ou une expérience de régimes (Zabinski et al. 2001 ; Hawks et al. 2008 ; Musiat et al. 2014), communauté Latina (Franko et George 2008), sportifs (Yannakoulia et al. 2002 ; Yager et O'Dea 2010 ; Torres-McGehee et al. 2011).

*Interventions sous forme de cours universitaire* (voir tableau 14) :

Deux interventions de psychoéducation ciblant des étudiantes se présentent sous forme de cours universitaire permettant l'obtention de « crédits ». La plus ancienne, nommée **Body Traps : Perspectives on Body Image**, est enseignée par les auteurs de l'étude. Ce cours (de 2h par semaine pendant 10 semaines) se compose de présentations structurées sur le sujet de l'image corporelle, de discussions de groupe et un écrit est demandé chaque semaine. Les participantes d'une autre intervention portant sur l'image corporelle ont servi de groupe contrôle (Winzelberg et al. 1998), mais, au final, les auteurs n'ont pas comparés statistiquement les résultats car les participantes n'ont pas été randomisées. Une amélioration significative de l'image corporelle ainsi que des attitudes et comportements alimentaires a été observée (Springer et al. 1999). Il s'agirait, selon les auteurs, de la première étude observant qu'un cours académique puisse avoir des résultats positifs sur les attitudes et comportements alimentaires perturbés. Ils citent une étude antérieure (Mann et al. 1997) rapportant des effets négatifs d'un programme universitaire dirigé par des pairs (Springer et al. 1999).

Stice et Ragan (2002) ont évalué l'efficacité d'un **séminaire universitaire plus intensif** (2 séances de 1h1/2 par semaine pendant 15 semaines) sur les TCA. Cette intervention comprenait des présentations didactiques et des discussions de groupe, ainsi qu'une présentation par un expert. Une présentation de 20-30 min était également demandée aux étudiantes. Une réduction significative de l'internalisation de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle, des régimes alimentaires, des troubles alimentaires et du poids a été observée par rapport au groupe contrôle (Stice et Ragan 2002). Stice et al. (2006) reproduisent cette étude préliminaire pour évaluer la persistance des effets à 6 mois. Les mêmes effets ont été observés et maintenus, voire même augmentés à 6 mois (Stice et al. 2006).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Springer et al. 1999	Etats-Unis	24	S	F	étudiants	cours universitaire sur l'image corporelle (10 leçons), <b>avec groupe contrôlé</b> (participants d'une autre étude)	pré; post	<u>diminution</u> <u>significative</u> : insatisfaction corporelle, conduites alimentaires perturbées (sans changement pour : IMC, estime de soi)
Stice et Ragan 2002	Etats-Unis	88	S	F	étudiantes	cours universitaire sur les TCA (15 semaines) <b>VS groupe contrôlé</b> (cours universitaire de psychologie)	pré; post	<u>réduction</u> <u>significative</u> : internalisation de l'idéal de minceur, insatisfaction corporelle, régimes, symptômes TCA, poids
Stice et al. 2006	Etats-Unis	95	S	F	étudiantes	réplication : cours universitaire sur les TCA (15 semaines) <b>VS groupe contrôlé</b> (cours universitaire de psychologie)	pré; post; à 6 mois	<u>mêmes effets maintenus</u> <u>et augmentés à 6 mois</u>

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 14 - Interventions de prévention sélective auprès d'adultes (sous forme de cours universitaire)

*Interventions auprès de populations définies* (voir tableau 15) :

Une intervention a cherché à promouvoir l'image corporelle et l'estime de soi auprès d'étudiants universitaires recrutés dans un programme de formation pour devenir éducateurs pour ses pairs. L'intervention s'appuie sur le développement des compétences de la vie quotidienne (telles que la gestion du stress et la reconnaissance des relations malsaines et saines) et l'éducation aux médias (McVey et al. 2010). Elle est composée de 2 séances de 3h chacune comprenant activités, présentations vidéo et discussions, accompagnées par un membre de l'équipe de recherche, et, recruté sur le mode du volontariat, un membre de l'équipe de promotion de santé de l'université pour optimiser la pérennité du programme. Une diminution significative de l'insatisfaction corporelle et de l'internalisation des médias a été observée suite à l'intervention (McVey et al. 2010).

Une autre étude s'est intéressée aux femmes en **couple**. Des couples hétérosexuels ont participé à une intervention, basée sur la dissonance cognitive, constituée de 2 séances de 2h et comparée à un groupe contrôle. Une réduction significative de la pression perçue pour être mince, l'internalisation de l'idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle a été observée en post-intervention (Ramirez et al. 2012).

Bush et al. (2014) se sont intéressés aux **employées**, en évaluant une alternative aux programmes de bien-être dans les milieux de travail, souvent centrés sur la régulation du poids. Ils ont comparé *Eat for Life*, une intervention de groupe de 10 semaines intégrant de la pleine conscience et des compétences sur « l'alimentation intuitive » (*intuitive eating*), à un programme de bien-être classique auprès d'employées ou partenaires, de sexe féminin, d'employés à l'université. Les participantes atteintes d'AM ou de BN ont été exclues. Leur répartition dans le groupe intervention ou groupe contrôle n'a pas été randomisée, de façon à s'adapter aux emplois du temps. Une amélioration significative a été observée après

l'intervention concernant l'appréciation de leurs corps, « l'alimentation réactionnelle à des émotions » (*emotional eating*) et la pleine conscience (Bush et al. 2014).



Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
McVey et al. 2010	Canada	37	S	F + M	étudiants en formation pour devenir éducateur	cours universitaire de 2 séances d'éducation à la santé, basé sur l'éducation aux médias, l'estime de soi et la gestion du stress, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post	<u>diminution significative</u> : insatisfaction corporelle, internalisation des médias
Ramirez et al. 2012	Etats-Unis	209	S	F	femmes en couples hétérosexuels	2 séances centrées sur l'internalisation de l'idéal de minceur et basées sur la dissonance cognitive, <b>V/S groupe contrôlé</b>	pré; post; à 1 mois	<u>réduction significative</u> : internalisation de l'idéal de minceur, pression perçue pour être mince, insatisfaction corporelle
Bush et al. 2014	Etats-Unis	124	S	F	employées ou partenaires d'employés	intervention de groupe de 10 semaines basée sur la pleine conscience et « l'alimentation intuitive » <b>V/S groupe contrôlé</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : toutes les mesures, notamment appréciation du corps, alimentation intuitive, pleine conscience

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 15 - Interventions de prévention sélective auprès d'adultes (pour des sous-groupes définis)

*Interventions auprès de sous-groupes à risque* (voir tableau 16) :

Concernant les études ciblant les membres d'une sororité, celles-ci reprennent le programme de dissonance cognitive **Body Project** : deux études ont pour but d'évaluer la persistance de son efficacité tout en intégrant un modèle de « formation du formateur » (*Train-the-Trainor model*) (Perez et al. 2010 ; Greif et al. 2015), une troisième son impact sur un nouveau facteur de risque d'insatisfaction corporelle et de TCA : **l'objectification de soi** (Kroon Van Diest et Perez 2013), et une dernière évalue les effets liés au fait d'être une pair menant l'intervention (« *peer-leader* ») (Becker et al. 2008).

La première étude, menée par Perez et al. (2010), évalue un nouveau modèle de formation des pairs menant l'intervention. Ces *peer leaders* femmes ont été formées par une consultante de la sororité (« *peer facilitator* »), elle-même formée par un psychologue, et non individuellement par l'auteur à l'origine du projet. Dans cette étude, l'intervention a été étendue à une sororité nationale, et non plus seulement locale. Le programme a été un peu modifié en lui-même : avec 2 séances de 2h au lieu de 4 séances d'1h, et l'ajout d'activités de rappel (« *booster* ») de 10 minutes (3 par semestre). Les résultats étaient comparables aux résultats des études antérieures, avec une réduction significative de l'insatisfaction corporelle, l'internalisation du désir de minceur, la restriction alimentaire et les comportements boulimiques persistante à 1 an. Ainsi, l'efficacité de l'intervention persiste à long terme avec un modèle à moindre coût (Perez et al. 2010).

Suite à l'étude de Perez et al. (2010), une autre approche de transposition de la formation des *peer leaders* a été réalisée avec la création d'une académie pour centraliser la formation des *peer leaders* sur 2 jours et simultanément former des professionnels universitaires pour qu'ils forment à leur tour les *peer leaders* avec l'objectif qu'ils puissent pérenniser cette formation dans leurs universités respectives. Dans cette étude, Greif et al. (2015) cherche à évaluer l'efficacité de la formation des *peer leaders* au niveau individuel.

Les membres d'une sororité sont ici invités à devenir *peer leader* ou participer à l'intervention. Les *peer leaders* ont ensuite été formées par l'auteur et avec d'autres étudiantes universitaires servant d'apprentis formateurs. Des réductions significatives ont été observées sur l'internalisation des médias, l'insatisfaction corporelle et les symptômes de TCA, persistantes à 5 mois. Ces résultats soutiennent cette approche de formation des formateurs, mais il est à noter un taux de participation réduit et un taux élevé de « perdus de vue » (Greif et al. 2015).

L'étude de Kroon Van Diest et Perez (2013), quant à elle, évalue l'impact du programme *Body Project* sur l'**objectification de soi**, considéré comme un facteur de risque d'insatisfaction corporelle et de TCA. Le programme est modifié en ajoutant des discussions et des activités focalisées sur ce sujet. Une réduction significative a été observée pour l'internalisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle, les symptômes de TCA et l'objectification de soi. Ces effets ont été maintenus significativement à 1 an, sauf pour la réduction de l'objectification de soi qui a été significativement maintenue jusqu'à 5 mois seulement (Kroon Van Diest et Perez 2013).

Enfin, Becker et al. (2008) ont voulu vérifier les retentissements possibles liés au fait d'être un *peer-leader* menant l'intervention, afin d'éviter d'éventuels effets inattendus tels qu'observés par Schwartz et al. (2007) dans leur étude portant sur une présentation vidéo. Aussi, des membres d'une sororité ayant déjà participé à une intervention basée sur la dissonance cognitive ou l'éducation aux médias ont pu participer à cette étude en tant que pair menant l'intervention. Afin de pouvoir également évaluer si le contenu de l'intervention avait un impact, une répartition s'est faite en trois groupes intervention (programme basé sur la dissonance cognitive ou sur l'éducation aux médias ou sur les deux), sans groupe contrôle. Une évaluation s'est faite avant et après la formation ainsi que avant et après le fait de mener l'intervention. Les résultats ont montré une réduction significative des facteurs de risque (restriction alimentaire, symptômes boulimiques, insatisfaction corporelle et internalisation de

l'idéal de minceur) pour toutes les participantes suite à leur formation qui s'est maintenue jusqu'à la fin de l'intervention. Une réduction significative supplémentaire concernant la restriction alimentaire a également été observée entre les mesures prises avant et après le fait de mener l'intervention. Aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes. Ainsi, le fait d'être formé pour devenir un pair menant l'intervention a permis une réduction de facteurs de risque, et une différence du contenu n'a pas eu d'impact (Becker et al. 2008).

Une intervention s'est intéressée aux étudiantes avec une expérience des régimes alimentaires. Cette intervention, présentée sous forme de cours universitaire, portait sur l'image corporelle, l'estime de soi et la gestion du poids. Des résultats significatifs dans le sens d'une amélioration de l'image corporelle et l'alimentation intrinsèque ont été observés pour toutes. Une amélioration significative sur d'autres facteurs de risque a également été constatée pour les participantes avec une expérience moins marquée des régimes avant l'intervention (pour 10 facteurs sur les 13 mesurés) (Hawks 2008).

Deux interventions ont été réalisées auprès de femmes présentant des préoccupations corporelles élevées. La première intervention est sous forme de *chat* internet, testée auprès de quatre étudiantes. D'approche cognitivo-comportementale, elle dure 7 semaines et est constituée de lectures, discussions et devoirs. Du fait de la petite taille de l'échantillon, seules des analyses descriptives et des tailles d'effets ont été rapportés. Une amélioration des comportements alimentaires perturbés et des attitudes concernant l'image de son corps a été observée après l'intervention, avec une petite à moyenne taille d'effet. (Zabinski et al. 2001).

La deuxième, est une adaptation d'une intervention visant les réseaux cognitifs dysfonctionnels dans les troubles obsessionnels-compulsifs (Musiat et al. 2014). Cette intervention, nommée ***Association Splitting***, cible les cognitions associées aux préoccupations corporelles. Elle consiste à identifier les cognitions centrales aux pensées obsessionnelles, puis d'en créer de nouvelles, positives ou neutres, par exemple à travers une carte d'apprentissage,

et d'exercer régulièrement ces nouvelles associations cognitives. Après l'intervention, une amélioration significative concernant le désir de minceur, l'insatisfaction corporelle, les comportements alimentaires et les préoccupations corporelles, ainsi qu'une diminution du désir de se débarrasser de pensées non voulues a été observée (Musiat et al. 2014).

Franko et George (2008) ont évalué une intervention de psychoéducation auprès d'une population considérée à risque : des étudiantes universitaires de la communauté Latino. Celle-ci a réduit de manière significative des facteurs de risque de TCA dans une précédente étude « RCT » (Franko et al. 2005). L'existence d'un TCA en cours ou passé et un âge supérieur à 25 ans constituaient des critères d'exclusion. Cette intervention, *Food Mood Attitude*, basée sur la TCC et ciblant les facteurs de risque de TCA (pression perçue pour être mince, internalisation de l'idéal de minceur, insatisfaction corporelle, régime alimentaire, affects négatifs), comprend une séance de 2h, délivrée sur ordinateur à partir d'un CD-rom, et une discussion de groupe sur ces facteurs de risque. Une réduction significative des préoccupations de la forme et du poids et des comportements d'hyperphagie a été observée. Les effets ont été maintenus à 1 an pour les préoccupations sur la forme et la satisfaction corporelle. L'intervention n'a pas montré d'effet sur la restriction alimentaire (Franko et George 2008).

On trouve trois interventions s'intéressant aux « **sportifs** » : deux s'intéressent aux danseuses (Yannakoulia et al. 2002 ; Torres-McGehee et al. 2011) et une dernière aux apprentis professeurs d'éducation physique et à la santé (Yager et O'Dea 2010).

Yannakoulia et al. (2002) a évalué une intervention de psychoéducation auprès d'étudiantes de danse professionnelle. Celle-ci est composée de 12 séances sur la nutrition et les TCA, adaptées aux besoins des danseuses, sous forme de cours, discussions de groupe et

ateliers. Une amélioration significative des connaissances et des comportements alimentaires perturbés, persistance jusqu'à 6 mois, a été observée (Yannakoulia et al. 2002).

Torres-McGehee et al. 2011) a repris une intervention de psychoéducation menée par des pairs, et ayant montré son efficacité auprès de lycéens sportifs (Elliot et al. 2004), pour l'adapter à des étudiantes appartenant à une équipe de danse. Cette population à risque serait peu ciblée selon l'auteur. Les participantes ont été réparties dans le groupe contrôle ou le groupe intervention par l'institution, afin de rester centrée sur l'équipe. Le programme est concentré sur 4 semaines au lieu des 8 du programme initial (Torres-McGehee et al. 2011). Les pairs menant les séances ont été préalablement formés au cours d'une séance de 90 minutes et un membre de l'équipe de recherche est resté présent pour faciliter les séances de l'intervention. Les résultats observés suite à l'intervention ont montrés une amélioration significative des connaissances et attitudes alimentaires par rapport au groupe contrôle, similairement à l'étude d'Elliot et al. (2004), ainsi que des symptômes dépressifs, du désir de minceur, et de la satisfaction corporelle (Torres-McGehee et al. 2011).

La troisième étude ciblant les sportifs adultes, s'intéresse à un autre sous-groupe peu étudié : des apprentis professeurs d'éducation physique et à la santé. Celle-ci a comparé deux interventions de 12 semaines et un groupe contrôle actif (Yager et O'Dea 2010). Un cours d'éducation à la santé a été donné au groupe contrôle. Celui-ci a été enrichi de contenu sur l'estime de soi, l'image corporelle et l'éducation aux médias, et d'activités provenant du programme *Everybody's Different* (O'Dea et Abraham 2000) pour les deux interventions. L'intervention 2 a également été renforcée par du contenu basé sur la dissonance cognitive. La répartition des participants dans les différents groupes s'est faite sur 3 années successives, la première année pour le groupe contrôle et les deux suivantes pour les deux interventions. Des résultats positifs ont été observés, pour les deux sexes, pour les groupes participant aux deux interventions. Un effet significatif a été constaté pour l'intervention renforcée d'une composante de dissonance cognitive : sur le désir d'être musclé, l'image corporelle et l'estime

de soi pour les hommes, et le désir de minceur, les préoccupations corporelles et de forme et l'exercice physique excessif pour les femmes (Yager et O'Dea 2010).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Perez et al. 2010	Etats-Unis	182	S	F	membres d'une sororité	<i>Body Project</i> (2 séances + rappels) : transposition de la formation des pairs menant l'intervention (formés par un « pair facilitateur » lui-même formé par psychologue), <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post; à 5 mois; à 1 an	<u>réduction significative maintenue à 1 an</u> : insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, restriction alimentaire, comportements boulimiques
Greif et al. 2015	Etats-Unis	64	S	F	membres d'une sororité	<i>Body Project</i> (2 séances) : transposition de la formation des pairs menant l'intervention (formés par l'auteur, accompagné d'étudiants universitaires), <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post; à 5 mois	<u>réduction significative maintenue à 5 mois</u> : insatisfaction corporelle, internalisation des médias, symptômes TCA
Kroon Van Diest et Perez 2013	Etats-Unis	177	S	F	membres d'une sororité	<i>Body Project</i> (2 séances) : version enrichie de discussions et activités focalisées sur l'objectification de soi, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post; à 5 mois; à 1 an	<u>réduction significative maintenue à 1 an</u> : insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, symptômes TCA, objectification de soi (mais non significativement)
Becker et al. 2008	Etats-Unis	83	S	F	membres d'une sororité	évaluation de l'effet sur les pairs menant l'intervention <i>Body Project</i> : séances basées sur la dissonance cognitive <i>VS</i> basées sur l'éducation aux médias <i>VS</i> basées sur la dissonance cognitive et l'éducation aux médias, <b>sans groupe contrôle</b>	pré et post formation + pré et post intervention	<u>réduction significative observée en post formation et maintenue jusqu'en post intervention</u> : insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, restriction alimentaire, symptômes boulimiques

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 16 - Interventions de prévention sélective auprès d'adultes (pour des sous-groupes à risque)



Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Hawks et al. 2008	Etats-Unis	29	S	F	étudiantes avec une expérience des régimes	cours universitaire sur l'image corporelle, l'estime de soi et la gestion du poids (15 semaines), <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : image corporelle, alimentation intrinsèque, restriction alimentaire, (et davantage de résultats significatifs positifs pour le groupe avec moins de comportements de régimes au départ)
Zabinski et al. 2001	Etats-Unis	4	S	F	étudiantes avec des préoccupations corporelles élevées	programme de <i>chat</i> internet de 7 semaines d'approche cognitivo-comportementale, sur l'image corporelle et les comportements alimentaires malsains, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post; à 10 semaines	<u>amélioration</u> : (taille d'effet petite à moyenne) comportements alimentaires perturbés, attitudes sur l'image corporelle
Musiat et al. 2014	Royaume - Uni	13	S	F + M	étudiants avec des préoccupations corporelles élevées	<i>Association Splitting</i> : intervention centrée sur les pensées obsessionnelles (création d'une carte d'apprentissage + mise en pratique individuelle pendant 2 semaines), <b>sans groupe contrôle</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : désir de minceur, insatisfaction corporelle, comportements alimentaires perturbés, préoccupations corporelles, désir de se débarrasser de pensées non voulues
Franko et George 2008	Etats-Unis	28	S	F	étudiantes Latina	programme de psychoéducation de 2h ( <i>Food Mood Attitude</i> ) livré par CR-rom + 2h de discussion de groupe, <b>sans groupe contrôle</b>	pré; à 2 mois; à 1 an	<u>réduction significative</u> : crises d'hyperphagie, insatisfaction corporelle, préoccupations du corps et de la forme ( <u>jusqu'à 1 an</u> )

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 16 - Interventions de prévention sélective auprès d'adultes (pour des sous-groupes à risque)

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Yannakoulia et al. 2002	Grèce	32	S	F	étudiantes de danse professionnelle (19-25 ans)	12 séances interactives, adaptées aux danseuses, sur l'alimentation et la prévention des TCA, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post; à 6 mois	<u>amélioration</u> significative jusqu'à 6 mois: connaissances nutritionnelles, comportements alimentaires pathologiques
Torres-McGehee et al. 2011	Etats-Unis	40	S	F	étudiantes d'une unité de danse (18-25 ans)	intervention de 4 ou 8 semaines centrée sur l'équipe, portant sur l'alimentation sportive, l'activité physique et les conséquences des troubles alimentaires <b>VS groupe contrôlé</b>	pré; post	<u>amélioration significative</u> : connaissances sur l'alimentation et les troubles alimentaires, symptômes dépressifs, désir de minceur, satisfaction corporelle
Yager et O'Dea 2010	Australie	170	S	F + M	apprentis professeurs d'éducation physique et à la santé	intervention de 12 semaines : cours d'éducation à la santé ( <b>groupe contrôlé</b> ) /S' idem et ajout d'éléments d'estime de soi et d'éducation aux médias (intervention 1) /S' idem et ajout d'éléments de dissonance cognitive (intervention 2)	pré; post; à 6 mois (femmes)	<u>amélioration significative pour l'intervention 2</u> : - pour les femmes (jusqu'à 6 mois) : désir de minceur, préoccupations corporelles, exercice excessif - pour les hommes : désir d'être musclé, image corporelle et estime de soi pour les hommes,

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 16 - Interventions de prévention sélective auprès d'adultes (pour des sous-groupes à risque)

### ***Prévention ciblée – adultes***

Une étude (voir tableau 17) reprend le programme internet *Student Bodies* pour l'adapter à un contexte de prévention ciblée avec des étudiantes à risque ou subsyndromiques pour l'AM (Ohlmer et al. 2013). Partant d'une version adaptée à la BN et l'HB, *SB+* (Jacobi et al. 2012), le programme de cette étude a été allongé de 8 à 10 séances, et enrichi de matériel de psychoéducation et d'éléments d'entretien motivationnel. Des résultats significatifs ont été observés dans le sens d'une amélioration des attitudes et comportements alimentaires perturbés ainsi que des signes subsyndromiques de l'AM et des symptômes dépressifs (Ohlmer et al. 2013).

Article	Pays	N	P	Sx	Population	Description	Mesures	Résultats principaux
Ohlmer et al. 2013	Allemagne	36	C	F	étudiantes subsyndromiques	<i>Student Bodies</i> (version adaptée à la prévention ciblée) : 10 séances internet basées sur la TCC, enrichi d'éléments d'entretien motivationnel, <b>sans groupe contrôlé</b>	pré; post; à 16 mois	amélioration significative: attitudes et comportements alimentaires perturbés, signes subsyndromiques de l'AN, symptômes dépressifs

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée / Sx : sexe / F : féminin / M : masculin

Tableau 17 - Interventions de prévention ciblée auprès d'adultes

## **DISCUSSION**

Cette recherche avait pour objectif d'effectuer une *scoping review* (un aperçu global du champ) des études scientifiques traitant de l'efficacité des interventions de prévention primaire des TCA. Seules les études comprenant des évaluations de facteurs de risque ou de protection des TCA avant et après l'intervention ont été incluses, afin d'avoir une mesure de leur efficacité.

Au final, 231 études ont été incluses, dont 165 « RCT » et 66 « non RCT ». On trouve donc majoritairement des études « RCT », présentant un fort niveau de preuve. Celles-ci ont été analysées dans trois revues systématiques de littérature récentes cherchant à mettre en avant les approches interventionnelles les plus efficaces (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi et al. 2017). Plusieurs études « RCT » ont été trouvées en plus, principalement publiées entre 2015 et 2017. Celles-ci amènent quelques approches nouvelles et certaines viennent valider les résultats observés par des essais non contrôlés ou non randomisés. Quant aux études « non RCT », elles sont principalement composées d'études préliminaires ou reprennent des interventions déjà testées dans un objectif de dissémination.

Quand précisée, la principale raison de non randomisation des études contrôlées réside dans l'adaptation aux contraintes imposées par les structures qui les accueillent ou les organismes menant l'étude : considérations éthiques imposées stipulant que tous ceux qui le souhaitent devraient pouvoir bénéficier de l'intervention, contraintes horaires des classes, volontariat des participants ou intervenants. Les groupes comparés peuvent alors être différents sur des caractéristiques susceptibles d'influencer les résultats et entraîner un biais de sélection. Pour limiter ce biais, l'absence de différence significative entre les groupes comparés concernant ces données peut être vérifiée avant l'intervention.

Sur l'ensemble des études, « RCT » et « non RCT », on constate 121 études concernant les enfants ou adolescents (âgés de moins de 18 ans) et 110 les adultes (âgés de 18 ans et plus). Concernant les types de prévention, c'est la prévention sélective qui est la plus représentée. Selon les revues de la littérature existantes, les interventions de prévention sélective afficheraient les résultats les plus convaincants, eu égard au nombre d'entre elles déjà réalisées (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017). A l'inverse, les études de prévention ciblée sont les moins fréquentes. La population concernée est essentiellement jeune, composée d'élèves du primaire et secondaire ou d'étudiants, et le sexe féminin, considéré comme étant plus à risque, est majoritairement visé. Parmi les autres populations visées, on trouve des sous-groupes ou individus « à risque » tels que des sportifs, communautés ethniques et individus présentant des préoccupations corporelles ou autres facteurs de risque.

Peu d'études ont évalué les interventions à « long terme », défini comme un terme supérieur à 3 ans dans l'étude de Saoudi (2007). Parmi les études « RCT », seules des interventions basées sur la dissonance cognitive ont montré une efficacité jusqu'à 3 ans (Le et al. 2017). On trouve cependant deux études avec une évaluation à très long terme parmi les études « non RCT », affichant des effets positifs significatifs à 7-8 ans pour l'intervention *PriMa* (Adametz et al. 2017), comparée à un groupe contrôle, et à 15 ans pour l'intervention au sein d'un lycée de ballet professionnel (Bar et al. 2017), sans groupe contrôle. Ces interventions mériteraient d'être reproduites avec randomisation ou en comparaison à un groupe contrôle, afin de renforcer la validité de ces résultats. Les autres études évaluent principalement des effets à « court terme », correspondant à un terme inférieur à un an comme défini dans l'étude de Saoudi (2017). Un certain nombre d'études évalue seulement les changements juste après l'intervention et leurs résultats sont à interpréter avec caution. Ceux-ci peuvent n'être que transitoires ou, à l'inverse, un effet possible dû à des modifications plus

latentes peut ne pas être repéré. Pour exemple, une étude montre un changement significatif à un an, malgré l'absence de résultat juste après l'intervention (Sanchez-Carracedo et al. 2016).

Les premières approches interventionnelles se sont d'abord centrées sur la psychoéducation pour affronter comportements alimentaires perturbés. Suite à quelques interventions peu concluantes voire néfastes (Carter et al. 1997 ; Mann et al. 1997 ; Martz et Bazzini 1999), une approche directe des TCA a été écartée au profit d'interventions centrées sur l'image corporelle et/ou de promotion de la santé. Par ailleurs, sont apparues des approches comme celles s'appuyant sur l'éducation aux médias et la dissonance cognitive. Les revues systématiques de littérature exploitées ont toutes montré que les interventions basées sur la dissonance cognitive présentent la meilleure efficacité pour la prévention sélective et celles basées sur l'éducation aux médias pour la prévention universelle (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017). Les approches les plus citées sont celles qui se basent sur la psychoéducation, l'éducation aux médias, la dissonance cognitive, la TCC, la régulation du poids ou la promotion de la santé. Les interventions sont majoritairement composées de séances multiples, avec une variation importante de leur contenu et de leur intensité. Celles-ci ont été démontrées comme étant plus efficaces que les interventions à séance unique (Stice et Shaw 2004 ; Stice et al. 2007). Plus d'une dizaine d'interventions composées d'une seule séance ont toutefois été repérées (Le et al. 2017).

Parmi les études trouvées en plus de celles incluses dans les revues systématiques de littérature, on peut souligner quelques **approches novatrices ou peu exploitées**.

Parmi celles-ci on trouve celles basées sur la pleine conscience ou le yoga, approches émergeant également dans le champ des traitements des TCA. Les quelques interventions

relevées par les revues systématiques de littérature n'ont pas montré d'efficacité (Mitchell et al. 2007 ; Luethcke et al. 2011 ; Alberts et al. 2012), hormis pour l'intervention d'Atkinson et Wade (2016) ayant montré une efficacité à 6 mois sur la restriction alimentaire pour une population de femmes adultes. Au cours de cette recherche, d'autres interventions ont été trouvées et amènent un nouvel intérêt pour ces approches en affichant une efficacité à court terme sur « l'alimentation réactionnelle aux émotions » (*emotional eating*) et sur la fréquence de crises boulimiques. L'étude de Hopkins et al. (2016) a observé une efficacité sur ces deux facteurs auprès d'individus à risque, à travers une étude « RCT ». Celle de Bush et al. (2014), s'intéressant à des femmes dans un milieu professionnel à travers une étude contrôlée mais non randomisée, et celle de Smith et al. (2006), réalisée sous forme d'un cours universitaire et sans groupe contrôle, ont montré une amélioration sur, respectivement, « l'alimentation réactionnelle aux émotions » et la fréquence de crises boulimiques. Une intervention qui se démarque est *Girls Growing in Wellness and Balance (GGWB)*, du fait qu'elle s'adresse à des préadolescentes et qu'elle intègre une composante cognitive en plus d'une composante corporelle basée sur le yoga. Elle a pour objectif d'amener des filles de CM2 à incarner positivement leur corps, à travers l'expérience et la prise de conscience, sans jugement, des sensations et messages venant de celui-ci. D'abord nommée *Girls' Group* (Scime et al. 2006 ; Scime et Cook-Cottone 2008), une version plus récente, *GGWB* (Cook-Cottone et al. 2017), s'est enrichie de séances supplémentaires et a formellement intégré dans son programme la composante « prendre soin de soi » (*self-care*). Le yoga et le fait de prendre soin de soi sont présentés comme étant des approches prometteuses pour réduire des facteurs de risque de TCA (Cook-Cottone et al. 2017). Cette intervention, évaluée par des essais non contrôlés, a montré une réduction significative de l'insatisfaction corporelle et du désir de minceur, ainsi qu'une augmentation significative du fait de prendre soin de soi. Celle-ci est moins efficace sur les comportements alimentaires perturbés, mais il faut prendre en compte qu'elle s'adresse à des préadolescentes (encore peu symptomatiques). Cependant, aucune mesure n'a été faite à



distance. Aussi une étude « RCT » et à plus long terme serait utile pour confirmer son efficacité. Ces approches, basées sur le yoga et la pleine conscience, visent à mieux connaître son corps et semblent, de ce fait, pertinentes dans le cadre de la prévention de comportements associés à une notion de perte de contrôle comme les crises boulimiques. Une association de cognitions et comportements pathologiques étant retrouvée dans les TCA, ces approches mériteraient d'être testées en comparaison ou en association avec des approches cognitives efficaces pour mieux évaluer leur intérêt dans la prévention de ces troubles.

Des approches cognitives nouvelles et observant des effets positifs à court terme ont également été trouvées. L'une d'entre elles utilise un outil aidant à la concrétisation des intentions et a observé une réduction significative de comportements d'alimentation réactionnelle aux émotions (Armitage 2015). Celle-ci s'appuie sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente et a l'avantage d'être une intervention brève. Une autre cible les pensées obsessionnelles des participantes ayant des préoccupations corporelles, en adaptant une approche initialement utilisée pour les troubles obsessionnels-compulsifs (Musiat et al. 2014). Une amélioration significative concernant plusieurs facteurs de risque (désir de minceur, insatisfaction corporelle, comportements alimentaires perturbés, préoccupations corporelles) a été observée. Cependant, cette étude n'avait pas de groupe contrôle. Ces deux approches ont le mérite de chercher à cibler des fonctionnements cognitifs pathologiques à risque qui peuvent être partagés avec d'autres troubles mentaux. Mais ce sont des approches ciblées qui ne peuvent prétendre être suffisantes pour modifier des comportements multifactoriels. Aussi, elles pourraient gagner à être testées par des études « RCT » en tant que composante de prévention ciblée, par exemple au sein d'une intervention plus large de prévention transdiagnostique.

Peu d'interventions parmi les études « RCT » ont intégré l'environnement des populations visées, élément pourtant perçu comme pouvant contribuer au développement des facteurs de risque de TCA. On trouve quelques interventions de psychoéducation s'adressant spécifiquement aux professeurs, parents ou coaches (McVey et al. 2007, 2009 ; Martinsen et al. 2014 ; Buchholz et al. 2008 ; Jauregui-Lobera et al. 2010) et montrant une amélioration de leurs connaissances.

Les études « non RCT » amènent plusieurs interventions impliquant l'environnement de manière plus active, que ce soit au travers de pairs, de parents ou de l'école.

On trouve deux interventions intéressantes visant à modifier l'environnement scolaire au niveau structurel et humain. La première cherche à lutter contre le harcèlement face au poids en s'adressant aux élèves ainsi qu'au personnel de l'école et à la famille, et a observé une amélioration significative concernant le harcèlement perçu et le jugement négatif (Haines et al. 2006). La seconde, réalisée dans un lycée de ballet professionnel a montré un impact significatif persistant 15 ans après sa réalisation, en comparant les élèves diplômées après l'intervention à celles diplômées avant (Piran 1999 ; Bar et al. 2017). Lorsqu'on intègre des éléments contextuels aux interventions de prévention primaire, on note la présence d'effets à long terme. Les TCA sont en effet des pathologies d'étiologie multifactorielle et ne pas prendre en compte l'environnement dans lequel elles se développent semble, à la lumière de ces résultats, insuffisant.

L'implication des pairs semble également une approche pertinente. L'usage de pairs pour mener les interventions a déjà été testé avec succès, dans des études « RCT », au sein d'une sororité dans le cadre du programme *Body Project* (Becker et al. 2006, 2008, 2010), une intervention basée sur la dissonance cognitive. Une intervention nouvelle propose de passer par la formation de binômes d'élèves de différents âges pour transmettre des leçons apprises sur la promotion de la santé (Stock et al. 2007 ; Santos et al. 2014). Les plus âgés (allant jusqu'à la 5<sup>e</sup>) reçoivent, par des professeurs, des leçons qu'ils doivent ensuite

transmettre à des plus jeunes. Si la première étude a montré une amélioration significative des connaissances, attitudes et comportements de santé auprès des élèves plus âgés et plus jeunes à court terme, la deuxième, une étude « RCT », n'a trouvé une amélioration significative que pour les plus jeunes (connaissances d'un mode de vie sain, sentiment d'efficacité personnelle, estime de soi). Ces effets ont également été retrouvés auprès d'une population aborigène à risque (Ronsley et al. 2013). Cependant, il est à noter que l'échelle utilisée dans ces études pour mesurer les effets a été créée par les auteurs du programme, qui ont repris des questions extraites de questionnaires publiés et validés pour des enfants de cette tranche d'âge. Si l'équipe de recherche a rapporté une très bonne fiabilité de cette échelle, les résultats observés dans l'étude de Stock et al. (2007) n'ont pas été retrouvés avec les autres échelles utilisées (*Harter Self-Competence Scale, ChEAT, Figure Rating Scale*). Une autre intervention d'éducation par les pairs est *REbeL*. Celle-ci, basée sur la dissonance cognitive, cherche à promouvoir *l'empowerment* chez les lycéens et s'articule autour de modules adaptables à leurs besoins. Une efficacité significative a été observée sur quelques facteurs de risque de TCA (préoccupations corporelles, comparaison corporelle, attitudes et comportements alimentaires perturbés, restriction alimentaire), puis confirmée à court terme dans une étude « RCT » (Breithaupt et al. 2017a, 2017b ; Eickman et al. 2017). L'avantage de ces approches est de renforcer les effets dus à l'intervention à travers une participation plus active, comme le montre une étude évaluant le bénéfice accru d'être un pair menant l'intervention *Body Project* (Becker et al. 2008). L'apprentissage par les pairs existe déjà au niveau de l'éducation scolaire. Cette méthode a été popularisée par Eric Mazur (1997) qui a mis en avant une amélioration des capacités des élèves pour résoudre les problèmes et de l'apprentissage des concepts (Crouch et Mazur 2000). Aussi, cette méthode semble être une piste intéressante à développer, mais son efficacité paraît rester tributaire de l'approche théorique qu'elle exploite. Il faudrait un plus grand nombre d'études pour tester ces éléments en comparaison

ou en addition aux interventions existantes, confirmer ces hypothèses et étudier leurs effets à long terme.

L'implication des parents, de manière active, semble également une piste à étayer par de futures études. En effet, il s'agit d'un manque pointé par Saoudi (2017), qui met en avant l'existence d'un programme dans le champ de prévention primaire des conduites addictives, le *Strengthening Family Program* (Kumpfer et Alvarado 2003), permettant « le développement des compétences parentales des parents et des compétences psychosociales des enfants » (Saoudi 2017). Ce programme s'est montré efficace sur le long terme et est recommandé par l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD) (Roehrig et Pradier 2017).

Dans le cadre de la prévention primaire des TCA, quelques interventions venant répondre à cette carence ont été trouvées. On trouve notamment une intervention s'intéressant à la thérapie familiale, approche encore non exploitée, alors qu'elle s'est révélée efficace dans le cadre de la prévention de symptômes dépressifs (Beardslee et al. 2003) et qu'il s'agit de la seule thérapie validée par des études pour le traitement de l'AM chez des jeunes (Herpertz-Dahlmann et al. 2015). L'étude de Jones et al. (2012) propose des séances internet aux parents d'adolescentes à risque, voire subsyndromiques ou récemment diagnostiquées, dont le contenu est basé sur les principes de la thérapie familiale. Elle a montré un effet favorable auprès des adolescentes les plus à risque, avec une diminution du niveau de risque de développer un TCA pour 16 adolescentes sur 19. Cependant, cette étude présente des limites au niveau du taux de participation qui était particulièrement faible, avec une difficulté observée pour impliquer les parents dont les enfants ne manifestaient pas de symptômes. De plus, la taille de l'échantillon était trop petite pour obtenir une significativité statistique. Cette étude mériterait d'être reproduite avec un échantillon plus important afin de déterminer son efficacité réelle. Une autre étude intégrant une composante pour les parents à une intervention internet basée sur la TCC et ayant déjà montrée une efficacité (*Student Bodies*), a observé un

impact positif significatif mais non maintenu sur les comportements alimentaires perturbés des adolescentes et les attitudes des parents (Bruning Brown et al. 2004). Les effets sont moins importants que ceux avancés par des études antérieures portant sur des femmes avec des préoccupations corporelles et pondérales ou présentant un tableau subsyndromique. Les auteurs suggèrent de viser des enfants plus jeunes, moins résistants au changement, pour obtenir plus d'effets. De plus, l'amélioration des mesures pour les parents ne semble pas être associée à celle des adolescentes. Les changements adoptés par les parents pourraient avoir un temps de latence plus long avant de monter un retentissement direct sur les attitudes et comportements des adolescentes. Aussi, cette intervention mériterait d'être testée en comparaison avec le programme *Student Bodies* seul, afin de déterminer la pertinence de cet ajout, et à plus long terme.

On trouve deux autres études qui semblent être les premières à viser les pratiques alimentaires parentales pour réduire les facteurs de risque de TCA d'enfants âgés de 2 à 6 ans. L'une, de prévention universelle, s'appuie sur un « pack ressource » composé de matériels de guidance pour l'entourage élargi de l'enfant (Hart et al. 2016), et l'autre, de prévention sélective (s'adressant aux mères d'enfants âgés de 5 ans ou moins ayant eu un diagnostic de TCA), est composée de séances de groupes et de séances familiales menées par des psychothérapeutes (Sadeh-Sharvit et al. 2016). Les deux ont montré une efficacité sur une majorité des pratiques alimentaires mesurées. L'étude de Sadeh-Sharvit et al. (2016), non contrôlée, a montré une amélioration sur plusieurs mesures de pratiques alimentaires parentales (responsabilité perçue pour l'alimentation de son enfant, pression exercée pour qu'il mange, restriction alimentaire imposée à l'enfant, préoccupations concernant son poids et son alimentation). Pour l'étude de Hart et al (2016), si une amélioration significative a été observée concernant les connaissances, les intentions parentales et certaines pratiques alimentaires parentales par rapport à un groupe contrôle sans intervention, le groupe bénéficiant du « pack ressource » n'a montré que quelques bénéfices supplémentaires (sur les

intentions parentales « négatives ») par rapport à un groupe contrôle actif recevant un simple guide national sur l'alimentation de l'enfant. En revanche, l'association d'un atelier interactif en face-à-face pour intégrer le matériel présenté dans le « pack ressource » a montré la plus grande efficacité, avec des améliorations significatives supplémentaires, notamment sur les mesures concernant les repas familiaux (Hart et al. 2016). Des essais contrôlés randomisés à plus long terme et incluant des données mesurées directement auprès des enfants permettraient de mieux valider leur impact. Pour autant, ces interventions montrent des effets encourageants et ouvrent la voie à une meilleure prise en compte de l'environnement familial chez les enfants. Il est intéressant de noter que si une approche en face-à-face semble plus efficace, la distribution d'un guide national sur l'alimentation de l'enfant auprès de parents observe déjà des bénéfices. Aussi, la distribution d'un guide nutritionnel, qui plus est enrichi de contenus de sensibilisation sur les TCA, paraît un moyen simple et accessible de prévention universelle à large échelle. L'approche thérapeutique, plus coûteuse, quant à elle, pourrait être déployée pour des populations plus à risque ou demandeuses.

Une autre piste novatrice est l'utilisation de programmes adaptés à une évaluation initiale. Deux interventions ont été trouvées et montre des effets bénéfiques pour les participantes à risque. L'une, d'approche universelle, propose un programme de régulation du poids adapté au poids initial, et s'est montrée plus efficace sur la réduction des préoccupations corporelles pour celles ayant des préoccupations corporelles plus élevées avant l'intervention (Jones et al. 2014 ; Taylor et al. 2012). L'autre, s'adressant à des lycéennes, propose un programme de promotion de la santé à toutes les participantes ainsi qu'un programme sur l'image corporelle en fonction du risque initial d'obésité ou de TCA, et s'est montrée efficace pour toutes les participantes, quel que soit le groupe (Luce et al. 2005). Les deux interventions montrent des changements positifs en adéquation avec les besoins de l'individu. Ainsi, mieux cibler les besoins de la population pour adapter les messages de prévention non seulement à

l'âge mais aussi au risque initial, permettrait de maximiser les effets des interventions, avec une ouverture vers la prévention personnalisée.

D'autres études visent à **augmenter l'efficacité des interventions** déjà évaluées, faisant partie de l'étape du « *scale-up* » de Gottfredson et al. (2015).

Une façon d'y parvenir est de mieux définir les composantes efficaces. Parmi les études « RCT » récentes, une étude compare deux versions d'une même intervention (*Happy Being Me*), chacune focalisée sur une des composantes actives : l'éducation aux médias et l'internalisation du désir de minceur pour l'une, et la comparaison inadaptée de l'apparence avec ses pairs pour l'autre (McLean et al. 2016). Cette dernière version a montré une efficacité sur de plus nombreux facteurs de risque de TCA (insatisfaction corporelle, internalisation de l'idéal de minceur, peur d'une évaluation négative de son apparence). Au vu des résultats, la composante ciblant la comparaison inadaptée de l'apparence avec ses pairs mériterait d'être davantage testée dans de futures interventions, afin de vérifier qu'elle permet d'obtenir de meilleurs résultats que l'internalisation du désir de minceur déjà souvent visée dans les interventions.

L'étude de Chithambo et Huey (2017) serait la première à comparer des interventions internet de deux approches cognitives : la dissonance cognitive et la TCC. Celle-ci, contrôlée et randomisée, a révélé une efficacité plus importante pour l'intervention basée sur la TCC, par rapport à une intervention, de même durée et de même structure, basée sur la dissonance cognitive. L'efficacité moindre de cette dernière est surprenante, étant donné que les revues systématiques de littérature rapportent que les interventions basées sur la dissonance cognitive sont les plus efficaces en prévention sélective (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017). Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de participation en groupe dans cette version

internet alors que cette participation est largement utilisée dans le protocole de la version originale.

Une autre façon d'augmenter l'efficacité d'une intervention est de cibler de nouveaux facteurs de risque ou de protection. Ceux, identifiés par des études prospectives ou admis et fréquemment ciblés par les études de prévention primaire des TCA, comprennent : l'internalisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle, la restriction alimentaire, les affects négatifs ou dépressifs, le manque d'estime de soi, les perturbations alimentaires, le désir de minceur, la pression perçue pour être mince, les symptômes boulimiques et l'IMC (Stice et al. 2010 ; Watson et al. 2016). Lors de ce travail, des facteurs de risque ou de protection originaux ont été trouvés tels que : les pratiques alimentaires de la mère (Hart et al. 2016; Sadeh-Sharvit et al. 2016), le harcèlement sur le poids (Haines et al. 2006), la comparaison sociale inadaptée (Green et al. 2017), l'objectification de soi (Kroon Van Diest et Perez 2013 ; Green et al. 2017), la valorisation de soi (Golan et al. 2013), le sentiment d'efficacité personnelle (Haines et al. 2006 ; Wilksch et al. 2013), l'*empowerment* (Breithaupt et al. 2017a), le fait de prendre soin de soi (*self-care*) (Cook-Cottone et al. 2017), « l'alimentation émotionnelle » (Armitage 2015) et « l'alimentation intuitive » (Bush et al. 2014). On remarque une tendance pour la prise en compte de l'environnement social et le développement de compétences personnelles. Quelques études, s'adressant également aux garçons ou aux hommes ont évalué le désir d'être musclé (Yager et O'Dea 2010 ; Niide et al. 2013).

Une voie qui mériterait davantage réflexion est celle des facteurs de risque à cibler en fonction des tranches d'âge. Certaines études ont mis en avant l'âge des participants (des adolescents) comme possible explication pour des résultats peu concluants. En effet, la préadolescence serait une période plus favorable pour instituer des changements attitudeles ou comportementaux, avant l'émergence et la rigidification des troubles. Certains facteurs de



risque, tels que l'insatisfaction corporelle ou l'internalisation du désir de minceur, seraient plus facilement modifiables à cette période (Cook-Cottone et al. 2017). Pourtant, un manque persiste concernant les interventions s'adressant à cette tranche d'âge (préadolescents), tel que déjà pointé par Stice et al. (2013). Mais d'autres tranches d'âge méritent également d'être prises en compte. Une revue de littérature récente s'intéressant aux étudiantes stipule que l'objectification de soi serait un facteur de risque particulièrement utile à cibler pour celles-ci (Dakanalis et al. 2017). Une autre revue de littérature s'appuie sur les facteurs psycho-sociaux pour mettre en avant l'intérêt des interventions impliquant les pairs à l'adolescence, du fait du retentissement de l'environnement social sur les facteurs de risque psychologiques individuels, eux-mêmes impliqués dans le façonnage de cet environnement social (Keel et al. 2013). La prise en compte de l'environnement social pour les adultes implique plutôt le milieu professionnel ou les relations conjugales. Une étude s'est intéressée à l'impact possible de la relation conjugale sur des facteurs de risque de TCA auprès de femmes et a observé une réduction significative de certains facteurs (pression perçue pour être mince, internalisation de l'idéal de minceur et insatisfaction corporelle) (Ramirez et al. 2012).

Dans le cadre des interventions de prévention universelle, cibler des facteurs de risque et de protection communs à plusieurs pathologies semble un moyen pertinent d'avoir un impact efficace. Par exemple, une revue de littérature récente stipule que les symptômes dépressifs et les déficiences fonctionnelles seraient des facteurs de risque communs pour l'ensemble des TCA et devraient donc davantage être ciblés dans les interventions de prévention primaire (Stice et al. 2017b). Les interventions intégrant la prévention de plusieurs troubles ou de promotion de la santé mériteraient d'être développées.

Une étape supplémentaire pour valider l'efficacité de toutes ces interventions serait d'évaluer leur impact sur la réduction de l'incidence des TCA, mesure rarement évaluée

(moins d'une dizaine d'études) (Stice et al. 2013 ; Le et al. 2017 ; Watson et al. 2016), correspondant pourtant à l'objectif final de ces interventions de prévention primaire.

Aussi, si les revues de littérature ont montré que des interventions de prévention primaire des TCA étaient possibles, on observe tout un champ à explorer pour augmenter leur efficacité. Cependant, une des limites de ce travail est l'exclusion des études portant sur les médiateurs (mécanismes vecteurs des effets) et modérateurs (caractéristiques de l'individu modérant les effets) d'une intervention. Celles-ci, permettant de mieux comprendre les facteurs pouvant influencer l'impact d'une intervention, mériteraient d'être recensées dans une revue de littérature pour contribuer à ce champ de connaissances.

Enfin, d'autres études sont des études de **dissémination**, qui font également partie de l'étape du « *scale-up* » de Gottfredson et al. (2015). Elles évaluent la persistance de l'efficacité d'une intervention lorsque celles-ci est adaptée à un autre contexte (autre population, autre culture) ou lorsque les moyens pour sa réalisation sont modifiés pour faciliter sa transmission à plus large échelle ou son implémentation. En effet, l'objectif d'une intervention de prévention est qu'elle puisse être appliquée en pratique, afin de réduire l'incidence des TCA. Après la démonstration de son efficacité dans des conditions idéales (« *efficacy* ») et de la persistance de son efficacité en condition réelles (« *effectiveness* »), la question qui se pose est celle de sa dissémination et de son implémentation.

Un moyen de dissémination intéressant est le principe de la « formation-du-formateur » (« *train-the-trainor* »). Plusieurs modèles évalués pour le programme *Body Project*, mené par des pairs, montre la persistance de son efficacité lorsque la formation des pairs est confiée à des « non experts » formés (Perez et al. 2010 ; Kilpela et al. 2014 ; Greif et al. 2015).

Pour faciliter l'**implémentation** d'une intervention, deux aspects importants relevés à travers ce travail sont, d'une part, leur **pérennisation** et, de l'autre, leur **rentabilité**. Une façon d'y parvenir est d'utiliser les ressources qui sont déjà en place, et une autre est de transférer le rôle de l'intervenant à un individu moins « coûteux » (le « *task-shifting* »), tels des étudiants ou des professeurs. Ceci peut expliquer l'intérêt porté aux interventions intégrées au sein d'une école ou d'une université. Outre les interventions intégrées en milieu scolaire déjà largement repérées dans les revues précédentes, quelques interventions « non RCT » présentées sous forme de cours universitaires ont été recensées lors de ce travail. Ces dernières donnent des résultats prometteurs pour divers sujets abordés (TCA, image corporelle, pleine conscience), à court terme (Sepulveda et al. 2007 ; Smith et al. 2006 ; Springer et al. 1999 ; Stice et Ragan 2002) et jusqu'à 6 mois (Stice et al. 2006). Ceci semble un moyen efficace de faire de la prévention, en ciblant les personnes à risque ou intéressées. Le principe de l'auto-sélection a notamment été mis en avant par les auteurs du programme *REbeL* (Breithaupt et al. 2017a) comme moyen de sélection des individus à risque, permettant de se rapprocher de l'efficacité d'une intervention de prévention sélective au sein d'un contexte de prévention universelle.

Pour le « *task-shifting* », un exemple réussi concerne le programme *MABIC*. Celui-ci, ayant déjà montré une efficacité à 6 mois (Lopez-Guiméra et al. 2011), affiche une efficacité persistante à un an lorsque celui est mené par des professeurs spécialement formés et non plus par des experts (Sanchez-Carracedo et al. 2016). Cette deuxième étude, contrôlée, n'était cependant pas randomisée. Pour autant, le « *task-shifting* » paraît une piste possible pour réduire le coût d'une intervention et faciliter sa dissémination et son implémentation, tout en conservant son efficacité, ainsi que le principe de la « formation-du-formateur » ou encore de l'implication des pairs en tant qu'intervenants, approches décrites précédemment.

Une autre approche particulièrement intéressante, est la combinaison de plusieurs interventions successives focalisées sur différents aspects des TCA et intégrées dans le milieu

scolaire. Un tel projet a été développé dans le contexte particulier de l'Etat de Thuringe en Allemagne (Berger et al. 2008 ; Wick et al. 2011 ; Adametz et al. 2017 ; Berger et al. 2014). Deux interventions ont été proposées aux élèves de 6<sup>e</sup>, l'une pour les filles et l'autre pour les garçons, puis une intervention commune (*Torera*) a été proposée aux élèves de 5<sup>e</sup>, et enfin une intervention « booster » (*STARK*) est envisagée pour les élèves de 4<sup>e</sup>. *PriMa* cible les filles de 6<sup>e</sup> et se focalise sur l'AM tandis que *TOPP* vise les garçons de la même année et se focalise sur l'activité physique. *Torera* rassemble les uns et les autres autour de la BN et l'HB. Pour l'implémentation de ces programmes, les auteurs se sont heurtés aux contraintes imposées par le Ministère de Santé de Thuringe. Ils ont dû répondre à des exigences pragmatiques plutôt que scientifiques. La prévention ne devait pas se focaliser sur un seul projet bien ciblé mais développer les bases d'un programme global de prévention et promotion de la santé dans le champ des TCA, englobant l'obésité et le surpoids. De plus, celui-ci devait pouvoir être pérenne et renforcer les capacités de tous les intervenants, tels les professeurs chargés de mettre en place le programme. La randomisation des groupes intervention et contrôle n'a pas été possible, afin de ne pas décourager ni léser les écoles intéressées (Berger et al. 2014). Cette approche a montré une amélioration significative sur des facteurs de risque. Concernant *Torera*, les effets constatés après l'intervention ont été plus marqués pour les filles (estime de son corps, comportements alimentaires perturbés) (Berger et al. 2014). Pour *PriMa*, une amélioration significative de l'estime de soi a été confirmée jusqu'à 7-8 ans (Adametz et al. 2017). Ce projet rassemble plusieurs approches pertinentes, d'une part en utilisant les ressources locales, ce qui permet une pérennisation de sa mise en place, et de l'autre en combinant une association d'interventions ciblées au sein d'une approche globale de promotion de la santé, renforçant ainsi les bénéfices obtenus.

L'intérêt porté aux interventions brèves en vue faciliter leur implémentation dans un milieu scolaire est repris dans une étude récente, malgré le fait que les interventions composées de séances multiples ont été démontrées comme étant plus efficaces (Stice et al.

2004 et 2007). Cette étude met en avant le fait d'avoir observé de meilleurs résultats que les études précédentes portant sur des interventions à séance unique (Diedrichs et al. 2015). Renforcer l'efficacité des interventions brèves semble pertinent pour faciliter leur implémentation mais avec une durée limitée des effets. Aussi, elle pourrait gagner à être intégrée au sein d'un projet plus large ou à être associée à des séances « *booster* » comme piqûre de rappel, concept mis en avant dans quelques études (Berger et al. 2011; Perez et al. 2010 ; Sanchez-Carracedo et al. 2016).

Le numérique, tel qu'internet, apparait comme un moyen standardisé et à priori moins coûteux que le face-à-face, de mettre en place une intervention efficace, voire même de former les intervenants (Watson et al. 2016 ; Fairburn et Wilson 2013). Si l'usage d'internet comme moyen de formation des intervenants ne paraît pas avoir été encore testé, son usage pour la délivrance d'une intervention a déjà montré une certaine efficacité. On trouve notamment le programme internet *Students Bodies* dont l'efficacité a été démontrée à court terme en prévention sélective et ciblée (Saoudi 2017 ; ref). Quelques études « RCT » ont comparé une version internet à la version initiale (utilisant le face-à-face) pour deux interventions : l'une basée sur la TCC (Gollings et Paxton 2006 ; Paxton et al. 2007) et l'autre sur la dissonance cognitive (*Body Project*) (Stice et al. 2012, 2014 ; Serdar et al. 2014). Seule, l'étude de Paxton et al. (2007) a montré une supériorité de l'intervention transmise par internet, les autres n'observant pas de différence significative entre les deux modes de transmission. Aussi, l'utilisation d'internet semble un moyen très utile et accessible de diminuer le coût d'une intervention et de disséminer son impact, même si une certaine perte d'efficacité est possible, comme suggéré par l'étude de Chithambo et Huey (2017) comparant la version internet de deux interventions basées sur des approches cognitives différentes et observant des résultats suggérant une perte possible de l'efficacité de l'intervention basée sur la dissonance cognitive. Cependant, l'usage d'internet ne semble pas encore être exploité à la mesure de son potentiel. Internet est un outil du quotidien offrant de nombreuses possibilités,

telles que la sensation d'anonymat, un usage facilement personnalisable, et l'accès à de vastes sources d'information et d'outils, entre autres.

Concernant ce travail, il est à noter que les études ne s'affichant pas clairement comme portant sur la prévention primaire des TCA ou celles dont les mots-clés ou le titre n'était pas évocateur ont pu ne pas être repérées lors de cette recherche. Aussi, étendre les mots clés plus spécifiquement aux facteurs de risque ou de protection ciblés pourrait être à envisager pour de futures recherches sur ces interventions. De plus, certaines études intéressantes ont dû être écartées car ne répondant pas aux critères d'inclusion (études plus expérimentales ou qualitatives). Parmi celles-ci on trouve celles portant sur les facteurs qui influencent l'efficacité d'une intervention (adhésion à une étude, mécanismes vecteurs des effets ou *mediators*, caractéristiques de l'individu modérant les effets ou *moderators*). Les études mesurant la rentabilité (*cost-effectiveness*) des interventions ont été exclues mais cet aspect est important à prendre en compte lors de sa mise en place, et les études sur ce sujet seraient à développer davantage (Le et al. 2017). Enfin d'autres pistes à explorer sont : l'exposition à certaines pratiques comme l'usage de *Facebook* (Mabe et al. 2014) et l'impact des campagnes médiatiques (Meng et al. 2015), des politiques de santé (Larson et al. 2017), ou des législations dans un milieu à risque comme celui du mannequinat (Rodgers et al. 2017). Ces études ont été écartées car elles ne portaient pas sur une intervention (Mabe et al. 2014), ou elles évaluaient un critère subjectif (l'efficacité perçue) (Meng et al. 2015 ; Rodgers et al. 2017) ou ne correspondaient pas à une intervention de type pré-test/post-test (Larson et al. 2017).

## **CONCLUSION**

Ce travail avait pour objectif un aperçu global des études portant sur l'efficacité des interventions de prévention primaire des TCA. Pour ce faire, une recherche exhaustive a été menée à partir de base de données.

Ont été trouvées majoritairement des études randomisées contrôlées (études « RCT »). Celles-ci, étudiées dans plusieurs revues systématiques de littérature récentes, ont mis en avant l'efficacité de la dissonance cognitive pour les études de prévention sélective et celle de l'éducation aux médias pour les études de prévention universelle (Watson et al. 2016, Le et al. 2017, Saoudi 2017).

Ce travail vient compléter ces revues en recensant les études non contrôlées ou non randomisées (études « non RCT »), auxquelles ont été ajoutées les quelques études « RCT » trouvées en plus. Ces études sont principalement des études préliminaires dont certaines présentent des approches encore peu exploitées mais prometteuses, comme, par exemple, celles intégrant l'environnement de manière active (pairs, parents ou école) ou celles proposant des programmes adaptés au risque initial. On observe également des études cherchant à augmenter l'impact d'une intervention en renforçant son efficacité ou en élargissant son champ d'impact. L'objectif d'une intervention de prévention primaire étant qu'elle puisse être appliquée en pratique afin de réduire l'incidence des TCA, des approches pertinentes ont été repérées pour faciliter son implémentation (utilisation des ressources déjà en place, transfert du rôle de l'intervenant à un intervenant moins coûteux, combinaison de plusieurs interventions, interventions brèves, internet). Pour autant, un besoin persiste dans la mise en pratique des interventions efficaces.

On observe un champ en pleine expansion mais assez centré sur certaines populations et approches interventionnelles. La prévention universelle et la prévention ciblée étant moins étudiées, elles mériteraient d'être développées.

Pour la prévention universelle, des perspectives possibles sont : développer des interventions transdiagnostiques (intégrant la prévention de plusieurs troubles) ou de promotion de la santé en ciblant des facteurs de risque communs à plusieurs tranches d'âge ou à plusieurs pathologies ; encourager celles avec une action sur l'environnement des participants et celles amenant les participants à être eux-mêmes acteurs du changement.

Pour les interventions de prévention ciblée, des approches utilisées pour le traitement des TCA ou d'autres troubles mentaux devraient être davantage exploitées.

Il sera nécessaire, à l'avenir, de personnaliser les messages de prévention en modulant les interventions et en les adaptant aux besoins de l'âge, du niveau de risque initial et de l'environnement socioculturel.

La prévention primaire des TCA est pertinente. Aujourd'hui, afin d'assurer la meilleure sensibilisation possible aux générations futures face à ces maladies très handicapantes, la question n'est plus : « doit-on effectuer des interventions de prévention », mais « comment le faire ».



## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Adametz L, Richter F, Strauss B, Walther M, Wick K, Berger U. Long-term effectiveness of a school-based primary prevention program for anorexia nervosa: A 7- to 8-year follow-up. *Eat Behav.* 2017;25:42–50.
- Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite.* 2012;58(3):847–51.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. [Internet]. 2006 [cited 2017 May 1]. Available from: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf)
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth edition. 2013.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology.* 2005;8(1):19–32.
- Armitage CJ. A volitional help sheet to encourage smoking cessation: a randomized exploratory trial. *Health Psychol.* 2008;27(5):557–66.
- Armitage CJ. Randomized test of a brief psychological intervention to reduce and prevent emotional eating in a community sample. *J Public Health (Oxf).* 2015;37(3):438–44.
- Armitage CJ, Arden MA. A volitional help sheet to reduce alcohol consumption in the general population: a field experiment. *Prev Sci.* 2012;13(6):635–43.
- Armitage CJ, Norman P, Noor M, Alganem S, Arden MA. Evidence that a very brief psychological intervention boosts weight loss in a weight loss program. *Behav Ther.* 2014;45(5):700–7.
- Armitage CJ, Rahim WA, Rowe R, O'Connor RC. An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *Br J Psychiatry.* 2016;208(5):470.
- Atkinson MJ, Wade TD. Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Interv Psychiatry.* 2016;10(3):234–45.
- 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.* 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.* 2007;161(9):865–9.
- Austin SB, Spadano-Gasbarro JL, Greaney ML, Blood EA, Hunt AT, Richmond TK, et al. Effect of the planet health intervention on eating disorder symptoms in Massachusetts middle schools, 2005-2008. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E171; quiz E171.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, NJ, US; 1986.
- Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav.* 2004;31(2):143–64.
- Bar RJ, Cassin SE, Dionne MM. The long-term impact of an eating disorder prevention program for professional ballet school students: A 15-year follow-up study. *Eat Disord.* 2017;25(5):375–87.
- Baranowski MJ, Hetherington MM. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord.* 2001;29(2):119–24.
- Basch CE, Shea S, Arliss R, Contento IR, Rips J, Gutin B, et al. Validation of mothers' reports of dietary intake by four to seven year-old children. *Am J Public Health.* 1990;80(11):1314–7.
- Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics.* 2003;112(2):e119-131.

- Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Peer-facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. *Journal of Counseling Psychology*. 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*. 2010;7(4):280–8.
- Becker C, Bull S, Smith LM, Ciao AC. Effects of being a peer-leader in an eating disorder prevention program: can we further reduce eating disorder risk factors? *Eat Disord*. 2008;16(5):444–59.
- Berger U, Schaefer J-M, Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, et al. Effectiveness of reducing the risk of eating-related problems using the German school-based intervention program, “Torera”, for preadolescent boys and girls. *Prev Sci*. 2014;15(4):557–69.
- Berger U, Sowa M, Bormann B, Brix C, Strauss B. Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16(3):173–83.
- Bird EL, Halliwell E, Diedrichs PC, Harcourt D. Happy Being Me in the UK: a controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. *Body Image*. 2013;10(3):326–34.
- Breithaupt L, Eickman L, Byrne CE, Fischer S. Enhancing empowerment in eating disorder prevention: Another examination of the REbeL peer education model. *Eat Behav*. 2017b;25:38–41.
- Breithaupt L, Eickman L, Byrne CE, Fischer S. REbeL peer education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eat Behav*. 2017a;25:32–7.
- 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*. 2015;74:1–10.
- Bruning Brown J, Winzelberg AJ, Abascal LB, Taylor CB. An evaluation of an Internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *J Adolesc Health*. 2004;35(4):290–6.
- 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*. 2008;16(4):308–21.
- Bush HE, Rossy L, Mintz LB, Schopp L. Eat for life: a work site feasibility study of a novel mindfulness-based intuitive eating intervention. *Am J Health Promot*. 2014;28(6):380–8.
- Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord*. 1997;22(2):167–72.
- Cash TF. *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland, CA, US: New Harbinger Publications, Inc; 1997. x, 221. (The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks.).
- Chally PS. An eating disorders prevention program. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 1998;11(2):51–60.
- Chithambo TP, Huey SJJ. Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *Int J Eat Disord*. 2017;50(10):1142–51.
- Ciao AC, Latner JD, Brown KE, Ebnetter DS, Becker CB. Effectiveness of a peer-delivered dissonance-based program in reducing eating disorder risk factors in high school girls. *Int J Eat Disord*. 2015;48(6):779–84.
- Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D. Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(7):453.
- Cook-Cottone C, Talebkah K, Guyker W, Keddie E. A controlled trial of a yoga-based prevention program targeting eating disorder risk factors among middle school females. *Eat Disord*. 2017;25(5):392–405.
- Corning AF, Gondoli DM, Bucchianeri MM, Salafia EHB. Preventing the development of body issues in adolescent girls through intervention with their mothers. *Body Image*. 2010;7(4):289–95.
- Crouch CH, Mazur E. Peer Instruction: Ten years of experience and results. *American Journal of Physics*. 2001;69(9):970–7.
- Dakanalis A, Clerici M, Bartoli F, Caslini M, Crocarno C, Riva G, et al. Risk and maintenance factors for young women’s DSM-5 eating disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2017;
- 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.

- Damiano SR, Hart LM, Paxton SJ. Development and validation of parenting measures for body image and eating patterns in childhood. *J Eat Disord.* 2015;3:5.
- Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health.* 2016;59(4S):S49–60.
- De Leon EPM, Mancilla Diaz JM, Camacho Ruiz EJ. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eat Weight Disord.* 2008;13(3):111–8.
- DeBate RD, Severson HH, Cragun DL, Gau JM, Merrell LK, Bleck JR, et al. Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Educ Res.* 2013;28(3):472–87.
- Dev P, Winzelberg AJ, Celio A, Taylor CB. Student bodies: psycho-education communities on the web. *Proc AMIA Symp.* 1999;510–4.
- Diedrichs PC, Atkinson MJ, Steer RJ, Garbett KM, Rumsey N, Halliwell E. Effectiveness of a brief school-based body image intervention “Dove Confident Me: Single Session” when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 2015;74:94–104.
- Dohnt HK, Tiggemann M. Promoting positive body image in young girls: an evaluation of “Shapesville”. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16(3):222–33.
- Dunstan CJ, Paxton SJ, McLean SA. An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. *Eat Behav.* 2017;25:23–31.
- Eickman L, Betts J, Pollack L, Bozsik F, Beauchamp M, Lundgren J. Randomized controlled trial of REbeL: A peer education program to promote positive body image, healthy eating behavior, and empowerment in teens. *Eat Disord.* 2017;1–16.
- Elliot DL, Goldberg L, Moe EL, DeFrancesco CA, Durham MB, McGinnis W, et al. Long-term Outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise & Nutrition Alternatives) Program for Female High School Athletes. *Journal of alcohol and drug education.* 2008;52(2):73–92.
- 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.* 2004;158(11):1043–9.
- Elliot DL, Moe EL, Goldberg L, DeFrancesco CA, Durham MB, Hix-Small H. Definition and outcome of a curriculum to prevent disordered eating and body-shaping drug use. *J Sch Health.* 2006;76(2):67–73.
- Fairburn CG, Wilson GT. The dissemination and implementation of psychological treatments: problems and solutions. *Int J Eat Disord.* 2013;46(5):516–21.
- Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations.* 1954;7(2):117–40.
- Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci.* 2005;6(3):151–75.
- Franko DL, George JBE. A pilot intervention to reduce eating disorder risk in Latina women. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16(6):436–41.
- Franko DL, Mintz LB, Villapiano M, Green TC, Mainelli D, Fолensbee L, et al. Food, mood, and attitude: reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychol.* 2005;24(6):567–78.
- Fredrickson BL, Roberts T-A. Objectification Theory: Toward Understanding Women’s Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly.* 1997;21(2):173–206.
- Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health.* 2006;39(3):337–45.
- Golan M, Hagay N, Tamir S. The effect of “in favor of myself”: preventive program to enhance positive self and body image among adolescents. *PLoS One.* 2013;8(11):e78223.
- Gollings EK, Paxton SJ. Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: a pilot study. *Eat Disord.* 2006;14(1):1–15.
- Gottfredson DC, Cook TD, Gardner FEM, Gorman-Smith D, Howe GW, Sandler IN, et al. Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prev Sci.* 2015;16(7):893–926.

- Gow RW, Trace SE, Mazzeo SE. Preventing weight gain in first year college students: an online intervention to prevent the “freshman fifteen”. *Eat Behav.* 2010;11(1):33–9.
- Green MA, Willis M, Fernandez-Kong K, Reyes S, Linkhart R, Johnson M, et al. A controlled randomized preliminary trial of a modified dissonance-based eating disorder intervention program. *J Clin Psychol.* 2017;
- Greif R, Becker CB, Hildebrandt T. Reducing eating disorder risk factors: A pilot effectiveness trial of a train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Int J Eat Disord.* 2015;48(8):1122–31.
- Gumz A, Weigel A, Daubmann A, Wegscheider K, Romer G, Lowe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):293.
- Haines J, Neumark-Sztainer D, Perry CL, Hannan PJ, Levine MP. V.I.K. (Very Important Kids): a school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Educ Res.* 2006;21(6):884–95.
- Hart LM, Damiano SR, Paxton SJ. Confident body, confident child: A randomized controlled trial evaluation of a parenting resource for promoting healthy body image and eating patterns in 2- to 6-year-old children. *Int J Eat Disord.* 2016;49(5):458–72.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Note de cadrage. Boulimie et hyperphagie boulimique. 2015. [Internet]. 2015. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp\\_cadrage\\_boulimie\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf)
- Hawks SR, Madanat H, Smith T, De La Cruz N. Classroom approach for managing dietary restraint, negative eating styles, and body image concerns among college women. *J Am Coll Health.* 2008;56(4):359–66.
- 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. *Eating Disorders.* 2000;8(2):131–45.
- Herpertz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U. ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa—a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24:1153–67.
- Hopkins LB, Medina JL, Baird SO, Rosenfield D, Powers MB, Smits JAJ. Heated hatha yoga to target cortisol reactivity to stress and affective eating in women at risk for obesity-related illnesses: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(6):558–64.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61:348–58.
- Hugo Saoudi. La prévention primaire des troubles des conduites alimentaires en France et à l’international, une revue systématique de la littérature. (Thèse de médecine). France: Université Lille 2 - Faculté de médecine; 2017.
- Jacobi C, Volker U, Trockel MT, Taylor CB. Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2012;50(2):93–9.
- Jauregui Lobera I, Leon Lozano P, Bolanos Rios P, Romero Candau J, Sanchez Del Villar Y Lebreros G, Morales Millan MT, et al. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Gen Med.* 2010;3:263–72.
- Jones M, Taylor Lynch K, Kass AE, Burrows A, Williams J, Wilfley DE, et al. Healthy weight regulation and eating disorder prevention in high school students: a universal and targeted Web-based intervention. *J Med Internet Res.* 2014;16(2):e57.
- Jones M, Volker U, Lock J, Taylor CB, Jacobi C. Family-based early intervention for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(3):e137–143.
- Kater KJ, Rohwer J, Londre K. Evaluation of an Upper Elementary School Program to Prevent Body Image, Eating, and Weight Concerns. *Journal of School Health.* 2002;72(5):199–204.
- Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2013;46(5):433–9.
- Kilpela LS, Hill K, Kelly MC, Elmquist J, Ottoson P, Keith D, et al. Reducing eating disorder risk factors: a controlled investigation of a blended task-shifting/train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Behav Res Ther.* 2014;63:70–82.
- Kroon Van Diest AM, Perez M. Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders. *Body Image.* 2013;10(1):16–25.

- Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol.* 2003;58(6-7):457-65.
- Larson N, Davey CS, Caspi CE, Kubik MY, Nannery MS. School-Based Obesity-Prevention Policies and Practices and Weight-Control Behaviors among Adolescents. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(2):204-13.
- Le LK-D, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;53:46-58.
- Lee GY, Park EJ, Kim Y-R, Kwag KH, Park JH, An SH, et al. Feasibility and acceptability of a prevention program for eating disorders (Me, You and Us) adapted for young adolescents in Korea. *Eat Weight Disord.* 2017;
- Linville D, Cobb E, Lenee-Bluhm T, Lopez-Zeron G, Gau JM, Stice E. Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. *Behav Res Ther.* 2015;75:32-9.
- Lopez-Guimera G, Sanchez-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.* 2011;14(1):293-303.
- Luce KH, Osborne MI, Winzelberg AJ, Das S, Abascal LB, Celio AA, et al. Application of an algorithm-driven protocol to simultaneously provide universal and targeted prevention programs. *Int J Eat Disord.* 2005;37(3):220-6.
- Luethcke CA, McDaniel L, Becker CB. A comparison of mindfulness, nonjudgmental, and cognitive dissonance-based approaches to mirror exposure. *Body Image.* 2011;8(3):251-8.
- Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you "like" my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):516-23.
- 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.* 1997;16(3):215-25.
- Martinsen M, Bahr R, Borresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46(3):435-47.
- Martz DM, Bazzini DG. Eating disorders prevention programming may be failing: Evaluation of 2 one-shot programs. *Journal of College Student Development.* 1999;40(1):32-42.
- McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. A body image and disordered eating intervention for women in midlife: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(6):751-8.
- McLean SA, Wertheim EH, Marques MD, Paxton SJ. Dismantling prevention: Comparison of outcomes following media literacy and appearance comparison modules in a randomised controlled trial. *J Health Psychol.* 2016;1359105316678668.
- McLean SA, Wertheim EH, Masters J, Paxton SJ. A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2017;50(7):847-51.
- McVey G, Gusella J, Tweed S, Ferrari M. A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. *Eat Disord.* 2009;17(1):1-26.
- 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.* 2004;36(1):1-11.
- McVey GL, Kirsh G, Maker D, Walker KS, Mullane J, Laliberte M, et al. Promoting positive body image among university students: A collaborative pilot study. *Body Image.* 2010;7(3):200-4.
- McVey GL, Lieberman M, Voorberg N, Wardrope D, Blackmore E, Tweed S. Replication of a peer support program designed to prevent disordered eating: is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Eat Disord.* 2003b;11(3):187-95.
- McVey GL, Lieberman M, Voorberg N, Wardrope D, Blackmore E. School-based peer support groups: a new approach to the prevention of disordered eating. *Eat Disord.* 2003a;11(3):169-85.
- McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy Schools-Healthy Kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image.* 2007;4(2):115-36.

- Meng J, Bissell KL, Pan P-L. YouTube Video as Health Literacy Tool: A Test of Body Image Campaign Effectiveness. *Health Mark Q*. 2015;32(4):350–66.
- Mills A, Osborn B, Neitz E. *Shapesville*. Gurze Books. Carlsbad, CA; 2003.
- Moradi B, Huang Y-P. Objectification theory and psychology of women: a decade of advances and future directions. *Psychology of Women Quarterly*. 2008;32(4):377–98.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994.
- Musiat P, Moritz S, Jacobi C, Schmidt U. Association Splitting: feasibility study of a novel technique to reduce weight and shape concerns. *Eat Weight Disord*. 2014;19(2):153–8.
- Niide TK, Davis J, Tse AM, Harrigan RC. Evaluating the impact of a school-based prevention program on self-esteem, body image, and risky dieting attitudes and behaviors among Kaua'i youth. *Hawaii J Med Public Health*. 2013;72(8):273–8.
- 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*. 2000;28(1):43–57.
- Ohlmer R, Jacobi C, Taylor CB. Preventing symptom progression in women at risk for AN: results of a pilot study. *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(4):323–9.
- 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*. 2002;32(2):230–9.
- Oppliger RA, Landry GL, Foster SW, Lambrecht AC. Wisconsin minimum weight program reduces weight-cutting practices of high school wrestlers. *Clin J Sport Med*. 1998;8(1):26–31.
- Paxton SJ. A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: a 1 year follow-up. *Health Educ Res*. 1993;8(1):43–51.
- 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*. 2007;40(8):692–704.
- Perez M, Becker CB, Ramirez A. Transportability of an empirically supported dissonance-based prevention program for eating disorders. *Body Image*. 2010;7(3):179–86.
- Piran N. Eating disorders: A trial of prevention in a high risk school setting. *Journal of Primary Prevention*. 1999;20(1):75–90.
- Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, et al. Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12:45.
- Pokrajac-Bulian A, Zivcic-Becirevic I, Calugi S, Dalle Grave R. School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up. *Eat Weight Disord*. 2006;11(4):171–8.
- Ramirez AL, Perez M, Taylor A. Preliminary examination of a couple-based eating disorder prevention program. *Body Image*. 2012;9(3):324–33.
- Richardson SM, Paxton SJ. An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: a controlled study with adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2010;43(2):112–22.
- Richardson SM, Paxton SJ, Thomson JS. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. *Body Image*. 2009;6(2):75–82.
- Rocco PL, Ciano RP, Balestrieri M. Psychoeducation in the prevention of eating disorders: an experimental approach in adolescent schoolgirls. *Br J Med Psychol*. 2001;74(Pt 3):351–8.
- Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, et al. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:24.
- Rodgers RF, Ziff S, Lowy AS, Yu K, Austin SB. Results of a strategic science study to inform policies targeting extreme thinness standards in the fashion industry. *Int J Eat Disord*. 2017;50(3):284–92.
- Roehrig C, Pradier C. [Strengthening Families Program: key points for the French adaptation]. *Sante Publique*. 2017;29(5):643–53.

- Ronsley R, Lee AS, Kuzeljevic B, Panagiotopoulos C. Healthy Buddies reduces body mass index z-score and waist circumference in Aboriginal children living in remote coastal communities. *J Sch Health*. 2013;83(9):605–13.
- Ross A, Paxton SJ, Rodgers RF. Y's Girl: increasing body satisfaction among primary school girls. *Body Image*. 2013;10(4):614–8.
- Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encephale*. 2013;39(2):85–93.
- Russell-Mayhew S, Arthur N, Ewashen C. Targeting students, teachers and parents in a wellness-based prevention program in schools. *Eat Disord*. 2007;15(2):159–81.
- Sadeh-Sharvit S, Zubery E, Mankovski E, Steiner E, Lock JD. Parent-based prevention program for the children of mothers with eating disorders: Feasibility and preliminary outcomes. *Eat Disord*. 2016;24(4):312–25.
- Sanchez-Carracedo D, Fauquet J, Lopez-Guimera G, Leiva D, Puntí J, Trepát E, et al. The MABIC project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behav Res Ther*. 2016;77:23–33.
- Santos RG, Durksen A, Rabbanni R, Chanoine J-P, Lamboo Miln A, Mayer T, et al. Effectiveness of peer-based healthy living lesson plans on anthropometric measures and physical activity in elementary school students: a cluster randomized trial. *JAMA Pediatr*. 2014;168(4):330–7.
- Schwartz MB, Thomas JJ, Bohan KM, Vartanian LR. Intended and unintended effects of an eating disorder educational program: impact of presenter identity. *Int J Eat Disord*. 2007;40(2):187–92.
- Scime M, Cook-Cottone C. Primary prevention of eating disorders: a constructivist integration of mind and body strategies. *Int J Eat Disord*. 2008;41(2):134–42.
- Scime M, Cook-Cottone C, Kane L, Watson T. Group prevention of eating disorders with fifth-grade females: impact on body dissatisfaction, drive for thinness, and media influence. *Eat Disord*. 2006;14(2):143–55.
- Sepulveda AR, Carrobes JA, Gandarillas A, Poveda J, Pastor V. Prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish university population: a pilot study. *Body Image*. 2007;4(3):317–28.
- 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*. 2013;203(6):428–35.
- Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Matherne CE, Mehari RD, Olsen CH, Marwitz SE, et al. A randomized, comparative pilot trial of family-based interpersonal psychotherapy for reducing psychosocial symptoms, disordered-eating, and excess weight gain in at-risk preadolescents with loss-of-control-eating. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):1084–94.
- Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14:406–14.
- Smith, Brian M. Shelley, Lisa Leahigh, Betsy Vanleit. A Preliminary Study of the Effects of a Modified Mindfulness Intervention on Binge Eating. *Complementary health practice review*. 2006;11(3):133–43.
- Smolak L, Levine MP, Schermer F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *J Psychosom Res*. 1998;44(3–4):339–53.
- Springer EA, Winzelberg AJ, Perkins R, Taylor CB. Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *Int J Eat Disord*. 1999;26(1):13–20.
- Steiner-Adair C, Sjostrom L, Franko DL, Pai S, Tucker R, Becker AE, et al. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *Int J Eat Disord*. 2002;32(4):401–11.
- Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *Int J Eat Disord*. 2001;29(2):107–18.
- Stice E, Presnell K. *The Body Project: Promoting Body Acceptance and Preventing Eating Disorders*. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
- Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM. An experimental therapeutics test of whether adding dissonance-induction activities improves the effectiveness of a selective obesity and eating disorder prevention program. *Int J Obes (Lond)*. 2017a;

- Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *Int J Eat Disord.* 2013;46(5):478–85.
- 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.* 2014;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.* 2017b;126(1):38–51.
- Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(4):518–25.
- Stice E, Orjada K, Tristan J. Trial of a psychoeducational eating disturbance intervention for college women: a replication and extension. *Int J Eat Disord.* 2006;39(3):233–9.
- Stice E, Ragan J. A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *Int J Eat Disord.* 2002;31(2):159–71.
- Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2004;130(2):206–27.
- 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, Yokum S, Burger K, Rohde P, Shaw H, Gau JM. A pilot randomized trial of a cognitive reappraisal obesity prevention program. *Physiol Behav.* 2015;138:124–32.
- Stock S, Miranda C, Evans S, Plessis S, Ridley J, Yeh S, et al. Healthy Buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics.* 2007;120(4):e1059-1068.
- Taylor CB, Taylor K, Jones M, Shorter A, Yee M, Genkin B, et al. Obesity prevention in defined (high school) populations. *Int J Obes Suppl.* 2012;2:S30–2.
- Thompson C, Russell-Mayhew S, Saraceni R. Evaluating the effects of a peer-support model: reducing negative body esteem and disordered eating attitudes and behaviours in grade eight girls. *Eat Disord.* 2012;20(2):113–26.
- Torres-McGehee TM, Green JM, Leaver-Dunn D, Leeper JD, Bishop PA, Richardson MT. Attitude and knowledge changes in collegiate dancers following a short-term, team-centered prevention program on eating disorders. *Percept Mot Skills.* 2011;112(3):711–25.
- Troop NA, Allan S, Treasure JL, Katzman M. Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2003;76(3):237–49.
- Watson HER, Dreher C, Steele A. Eating disorders prevention, treatment & management: An evidence review. *The National Eating Disorders Collaboration.*; 2010.
- Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2016;49(9):833–62.
- Whisenhunt BL, Williamson DA, Drab-Hudson DL, Walden H. Intervening with coaches to promote awareness and prevention of weight pressures in cheerleaders. *Eat Weight Disord.* 2008;13(2):102–10.
- Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev Med.* 2011;52(2):152–8.
- Wilksch SM, Starkey K, Gannoni A, Kelly T, Wade TD. Interactive programme to enhance protective factors for eating disorders in girls with type 1 diabetes. *Early Interv Psychiatry.* 2013;7(3):315–21.
- Winkelberg AJ, Taylor CB, Sharpe T, Eldredge KL, Dev P, Constantinou PS. Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *Int J Eat Disord.* 1998;24(4):339–49.
- Withers GF, Twigg K, Wertheim EH, Paxton SJ. A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *J Psychosom Res.* 2002;53(5):1021–7.
- Yager Z, O’Dea J. A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. *Health Educ Res.* 2010;25(5):841–52.



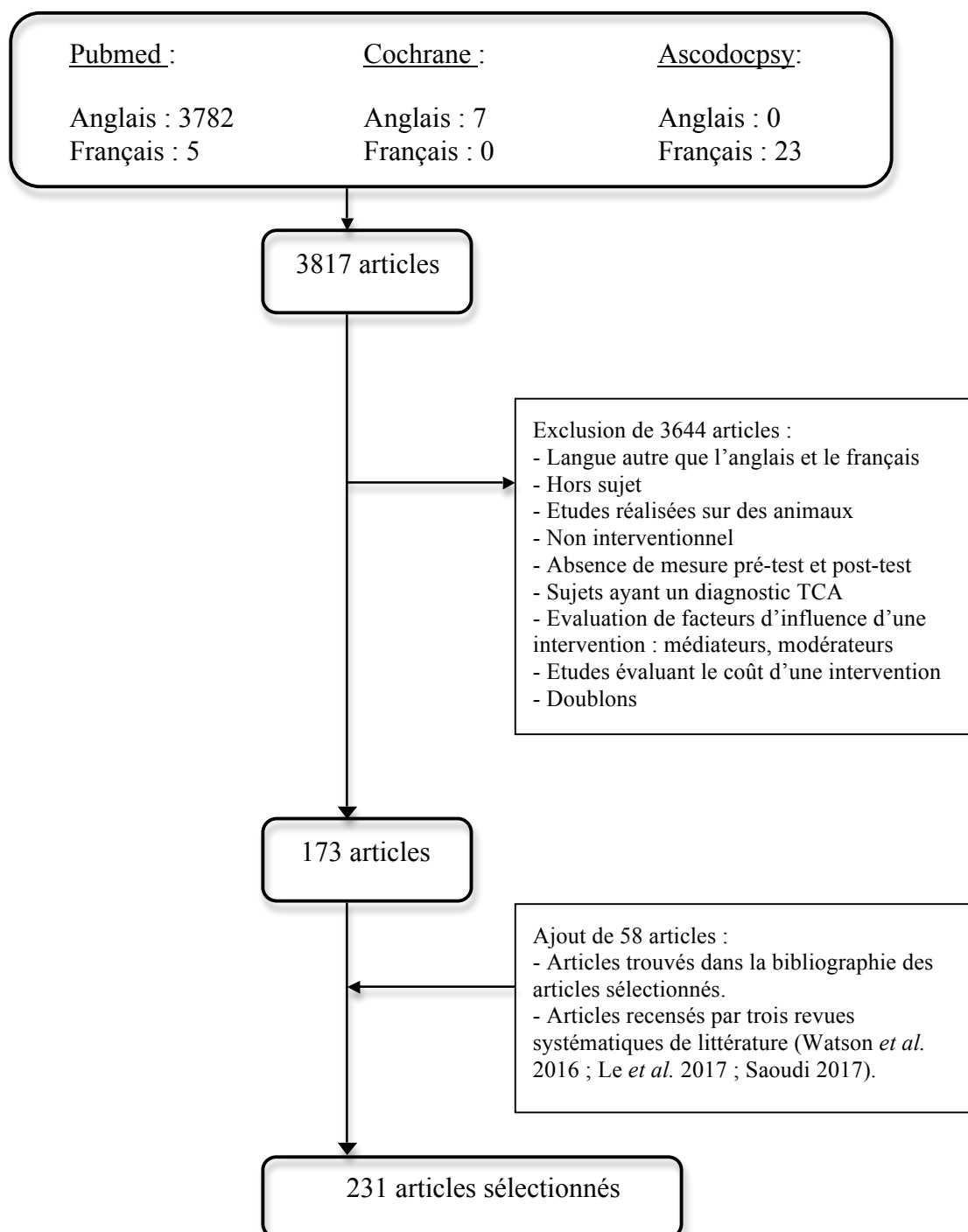
Yannakoulia M, Sitara M, Matalas A-L. Reported eating behavior and attitudes improvement after a nutrition intervention program in a group of young female dancers. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2002;12(1):24–32.

Zabinski MF, Wilfley DE, Pung MA, Winzelberg AJ, Eldredge K, Taylor CB. An interactive internet-based intervention for women at risk of eating disorders: a pilot study. *Int J Eat Disord.* 2001;30(2):129–37.

Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Sodersten P. Linear eaters turned decelerated: reduction of a risk for disordered eating? *Physiol Behav.* 2009;96(4–5):518–21.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Diagramme de flux de sélection des articles



## Annexe 2 : Tableau des études « RCT » incluses dans les revues systématiques de littérature

Population	Auteur	Date	P	Saoudi 2017	Le et al. 2017	Watson et al. 2016
enfants	Anuel et al.	2012	U			U
enfants	Austin et al.	2007	U	U	U	
enfants	Dalle Grave et al.	2001	U	U	U	U
enfants	De León et al.	2008	U		U	
enfants	Ghaderi et al.	2005	U	U	U	U+S
enfants	González et al.	2011	U	U	U	
enfants	Huang et al.	2007	U		U	
enfants	McCabe et al.	2006	U		U	U+S
enfants	McVey et al.	2007	U	U	U	
enfants	McVey et al.	2009	U		U	U
enfants	Mora et al.	2015	U	U	U	
enfants	O'Dea et Abraham	2000	U	U	U	U+S
enfants	Wade et al.	2003	U	U	U	U+S
enfants	Wilksch	2015	U	U	U	U+S
enfants	Wilksch et Wade	2009	U	U	U	U+S
enfants	Wilksch et Wade	2013	U	U	U	U+S
enfants	Wilksch, Paxton et al.	2015	U	U	U	
enfants	Atkinson et Wade	2015	S	S		S
enfants	Canetti et al.	2009	S	S	S	S
enfants	Corning et al.	2010	S			S
enfants	Dohnt et Tiggemann	2008	S	S	S	S
enfants	Doyle et al.	2008	S	S	S	S
enfants	Heinicke et al.	2007	S		S	S
enfants	Killen et al.	1993	S	U	S	S
enfants	Linville	2015	S			S
enfants	Martinsen et al.	2014	S	S	U	
enfants	Phelps et al.	2000	S	S		S
enfants	Rohde et al.	2014	S	S	S	S
enfants	Sharpe et al.	2013	S	S	S	S
enfants	Stice, Rohde et al.	2009	S	S	S	S
enfants	Stice, Trost et Chase	2003	S	S	S	S
enfants	Tirlea et al.	2016	S	S		
enfants	Wilksch et al.	2008	S	S	S	S
enfants	Withers et Wertheim	2004	S	S		
enfants	Follansbee-Junger et al.	2010	C	C		
enfants	Jones et al.	2008	C	C	C	

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée

Population	Auteur	Date	P	Saoudi 2017	Le et al. 2017	Watson et al. 2016
enfants	Tanofsky-Kraff et al.	2010	C	C		S
enfants	Tanofsky-Kraff et al.	2014	C	C	S	S
enfants	Espinoza et al.	2013	U	U		
enfants	Jáuregui Lobera et al.	2010	U	U		
enfants	Johnson et al.	2016	U	U		
enfants	Kater et al.	2002	U	U		
enfants	Mora et al.	2017	U	U		
enfants	Wilksch et al.	2006	U	U		
enfants	Abascal et al.	2004	S	S		
enfants	Austin et al.	2005	S	S	S	
enfants	Buchholz et al.	2008	S	S	S	S
enfants	Elliot et al.	2004	S	S	S	
enfants	Elliot et al.	2006	S		S	
enfants	Heinze et al.	2000	S	S		
enfants	López-Guimerà et al.	2011	S	S	S	
enfants	McVey et al.	2004	S	S	S	
enfants	McVey et Davis	2002	S	S	S	
enfants	Neumark-Sztainer et al.	1995	S		S	
enfants	Neumark-Sztainer et al.	2000	S	S	S	S
enfants	Neumark-Sztainer et al.	2010	S	S	S	
enfants	Olmsted et al.	2002	S	S	S	S
enfants	Raich et al.	2008	S		S	
enfants	Raich et al.	2010	S	S		
enfants	Rodriguez et al.	2008	S	S		
enfants	Stice, Rohde et al.	2011	S	S	S	
enfants	Weiss et Wertheim	2005	S	S	S	
enfants	Whisenhunt et al.	2008	S			S
enfants	Buddeberg-Fischer et al.	1998	C	S	C	
enfants	Tanofsky-Kraff et al.	2017	C	C		

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée

Population	Auteur	Date	P	Saoudi 2017	Le et al. 2017	Watson et al. 2016
adultes	Alberts et al.	2012	S		S	S
adultes	Musiat et al.	2014	U	U		U
adultes	Zabinski, Calfas et al.	2001	U		U	
adultes	Abood et Black	2000	S			S
adultes	Aspen and al.	2015	S			S
adultes	Atkinson et Wade	2016	S	S	S	S
adultes	Bearman et al.	2003	S		S	S
adultes	Becker et al.	2005	S	S	S	S
adultes	Becker et al.	2006	S	S	S	S
adultes	Becker et al.	2010	S	S	S	S
adultes	Becker et al.	2012	S	S		S
adultes	Becker et al.	2008	S	S	S	S
adultes	Boivin et al.	2008	S		S	
adultes	Brown et Keel	2015	S	S		S
adultes	Bucchianeri et Corning	2012	S	S		
adultes	Butters et Cash	1987	S		S	S
adultes	Celio et al.	2000	S	S	S	S
adultes	Coughlin et Kalodner	2006	S	S		S+C
adultes	Dworkin et Kerr	1987	S		S	
adultes	Earnhardt et al.	2002	S			S
adultes	Favaro et al.	2005	S	S	S	S
adultes	Fisher and Thompson	1994	S			S
adultes	Franko et al.	2005	S	S	S	S+C
adultes	Franko et al.	2012	S			S
adultes	Gollings et Paxton	2006	S		S	
adultes	Green et al.	2005	S	S	S	S+C
adultes	Hay et al.	2007	S			S
adultes	Irving et Berel	2001	S	S	S	S
adultes	Jacobi et al.	2007	S	S	S	S
adultes	Kass et al.	2014	S	S	S	
adultes	Lafont et Oberle	2014	S			S
adultes	Low et al.	2006	S	S	S	S
adultes	Luethcke et al.	2011	S		S	
adultes	Mama et al.	2015	S			S
adultes	Mann	1997	S			S
adultes	Martz et al.	1997	S	S		
adultes	Martz et Bazzini	1999	S		S	S

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée

Population	Auteur	Date	P	Saoudi 2017	Le et al. 2017	Watson et al. 2016
adultes	Matusek et al.	2004	S	S	S	S
adultes	McLean et al.	2011	S		S	S
adultes	McMillan et al.	2011	S	S	S	S
adultes	Mitchell et al.	2007	S	S	S	S
adultes	Mutterperl	2002	S		S	S
adultes	Nicolino et al.	2001	S	S	S	S
adultes	Pearson et al.	2012	S		S	S
adultes	Posavak et al.	2001	S			S
adultes	Presnell et Stice	2003	S		S	
adultes	Ridolfi et Vander Wal	2008	S	S	S	S
adultes	Roehrig et al.	2006	S	S		
adultes	Rosen et al.	1989	S	S	S	S
adultes	Santonastaso et al.	1999	S	S	S	S
adultes	Serdar et al.	2014	S	S	S	S
adultes	Shafran et al.	2009	S		S	
adultes	Smith et Petrie	2008	S	S	S	S
adultes	Stice, Butryn et al.	2013	S	S	S	S
adultes	Stice, Chase et al.	2001	S	S	S	S
adultes	Stice, Durant et al.	2014	S	S	S	S
adultes	Stice, Marti et al.	2008	S	S	S	S
adultes	Stice, Marti et Cheng	2014	S	S		
adultes	Stice, Rohde et al.	2012a	S	S	S	S
adultes	Stice, Rohde et al.	2012b	S	S		
adultes	Stice, Rohde et al.	2012c	S			S
adultes	Stice, Rohde et al.	2013a	S	S	S	S
adultes	Stice, Rohde et al.	2013b	S	S	S	S
adultes	Stice, Rohde et al.	2015	S	S	S	S
adultes	Stice, Shaw et al.	2006	S	S	S	S
adultes	Stice, Yokum et Waters	2015	S	S		
adultes	Taylor et al.	2006	S	S	S	S
adultes	Winzelberg et al.	1998	S	S	S	S
adultes	Winzelberg et al.	2000	S	S	S	S
adultes	Wiseman et al.	2004	S	S	S	
adultes	Zabinski et al.	2004	S	S	S	S
adultes	Zabinski, Pung et al.	2001	S	S		S
adultes	Zandian et al.	2009	S	S		
adultes	Delinsky et Wilson	2006	C		S	C

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée

Population	Auteur	Date	P	Saoudi 2017	Le et al. 2017	Watson et al. 2016
adultes	Jacobi et al.	2012	C	S	C	C
adultes	Kaminski et McNamara	1996	C	C	S	C
adultes	McComb et Clopton	2003	C			C
adultes	O'Brien et LeBow	2007	C	C	S	S
adultes	Paxton et al.	2007	C	S	C	S
adultes	Saekow et al.	2015	C			C
adultes	Taylor et al.	2016	C	C		

P : type de prévention / U : universelle / S : sélective / C : ciblée

## Bibliographie des articles « RCT » inclus dans les revues systématiques de littérature

- 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.* 2004;35(1):1–9.
- Aboud DA, Black DR. Health Education Prevention for Eating Disorders Among College Female Athletes. *American Journal of Health Behavior.* 2000;24(3):209–19.
- Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite.* 2012;58(3):847–51.
- Anuel A, Bracho A, Brito N, Rondon JE, Sulbaran D. [Cognitive mechanisms and self-acceptance of body image]. *Psicothema.* 2012;24(3):390–5.
- Aspen V, Martijn C, Alleva JM, Nagel J, Perret C, Purvis C, et al. Decreasing body dissatisfaction using a brief conditioning intervention. *Behav Res Ther.* 2015;69:93–9.
- Atkinson MJ, Wade TD. Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *Int J Eat Disord.* 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.* 2016;10(3):234–45.
- 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.* 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.* 2007;161(9):865–9.
- Bearman SK, Stice E, Chase A. Evaluation of an Intervention Targeting Both Depressive and Bulimic Pathology: A Randomized Prevention Trial. *Behav Ther.* 2003;34(3):277–93.
- Becker CB, Bull S, Schaumberg K, Cauble A, Franco A. Effectiveness of peer-led eating disorders prevention: a replication trial. *J Consult Clin Psychol.* 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.* 2012;9(1):31–42.
- Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behavior Therapy.* 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. *Journal of Counseling Psychology.* 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.* 2010;7(4):280–8.
- Boivin MK, Polivy J, Herman CP. An intervention to modify expectations of unrealistic rewards from thinness. *Eat Disord.* 2008;16(2):160–79.
- 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.* 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.* 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.* 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.* 1998;98(2):146–55.
- Butters JW, Cash TF. Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol.* 1987;55(6):889–97.



- 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.* 2009;32(2):275–91.
- 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.* 2000;68(4):650–7.
- Corning AF, Gondoli DM, Bucchianeri MM, Salafia EHB. Preventing the development of body issues in adolescent girls through intervention with their mothers. *Body Image.* 2010;7(4):289–95.
- Coughlin JW, Kalodner C. Media literacy as a prevention intervention for college women at low- or high-risk for eating disorders. *Body Image.* 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.
- De Leon EPM, Mancilla Diaz JM, Camacho Ruiz EJ. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eat Weight Disord.* 2008;13(3):111–8.
- Delinsky SS, Wilson GT. Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *Int J Eat Disord.* 2006;39(2):108–16.
- Dohnt HK, Tiggemann M. Promoting positive body image in young girls: an evaluation of “Shapesville”. *Eur Eat Disord Rev.* 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.* 2008;43(2):172–9.
- Dworkin SH, Kerr BA. Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of Counseling Psychology.* 1987;34(2):136.
- Earnhardt JL, Martz DM, Ballard ME, Curtin L. A Writing Intervention for Negative Body Image. *Journal of College Student Psychotherapy.* 2002;17(1):19–35.
- 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.* 2004;158(11):1043–9.
- Elliot DL, Moe EL, Goldberg L, DeFrancesco CA, Durham MB, Hix-Small H. Definition and outcome of a curriculum to prevent disordered eating and body-shaping drug use. *J Sch Health.* 2006;76(2):67–73.
- 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.* 2013;10(2):175–81.
- Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord.* 2005;38(1):73–7.
- Fisher E, Thompson JK. A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance. Preliminary findings. *Behav Modif.* 1994;18(2):171–85.
- 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.* 2010;110(11):1653–9.
- Franko DL, Jenkins A, Rodgers RF. Toward Reducing Risk for Eating Disorders and Obesity in Latina College Women. *Journal of Counseling & Development.* 2012;90(3):298–307.
- Franko DL, Mintz LB, Villapiano M, Green TC, Mainelli D, Folsensbee L, et al. Food, mood, and attitude: reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychol.* 2005;24(6):567–78.
- Ghaderi A, Martensson M, Schwan H. “Everybody’s Different”: a primary prevention program among fifth grade school children. *Eat Disord.* 2005;13(3):245–59.
- Gollings EK, Paxton SJ. Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: a pilot study. *Eat Disord.* 2006;14(1):1–15.
- Gonzalez M, Penelo E, Gutierrez T, Raich RM. Disordered eating prevention programme in schools: a 30-month follow-up. *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19(4):349–56.

- Graff Low K, 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.* 2006;14(1):17–30.
- 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.* 2005;13(2):157–69.
- Hay P, Mond J, Paxton S, Rodgers B, Darby A, Owen C. What are the effects of providing evidence-based information on eating disorders and their treatments? A randomized controlled trial in a symptomatic community sample. *Early Interv Psychiatry.* 2007;1(4):316–24.
- Heinicke BE, Paxton SJ, McLean SA, Wertheim EH. Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: a randomized controlled trial. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(3):379–91.
- 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. *Eating Disorders.* 2000;8(2):131–45.
- Huang JS, Norman GJ, Zabinski MF, Calfas K, Patrick K. Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health.* 2007;40(3):245–51.
- Irving LM, Berel SR. Comparison of Media-Literacy Programs to Strengthen College Women's Resistance to Media Images. *Psychology of Women Quarterly.* 2001;25(2):103–11.
- 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.* 2007;40(2):114–9.
- Jacobi C, Volker U, Trockel MT, Taylor CB. Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2012;50(2):93–9.
- Jauregui Lobera I, Leon Lozano P, Bolanos Rios P, Romero Candau J, Sanchez Del Villar Y Lebreros G, Morales Millan MT, et al. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Gen Med.* 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.* 2016;81:1–11.
- Jones M, Luce KH, Osborne MI, Taylor K, Cuning D, Doyle AC, et al. Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics.* 2008;121(3):453–62.
- Kaminski PL, McNamara K. A Treatment for College Women at Risk for Bulimia: A Controlled Evaluation. *Journal of Counseling & Development.* 1996;74(3):288–94.
- Kass AE, Trockel M, Safer DL, Sinton MM, Cuning 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.* 2014;63:90–8.
- Kater KJ, Rohwer J, Londre K. Evaluation of an Upper Elementary School Program to Prevent Body Image, Eating, and Weight Concerns. *Journal of School Health.* 2002;72(5):199–204.
- Killen JD, Taylor CB, Hammer LD, Litt I, Wilson DM, Rich T, et al. An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int J Eat Disord.* 1993;13(4):369–84.
- Lafont J, Oberle CD. Expressive writing effects on body image: Symptomatic versus asymptomatic women. *Psychology.* 2014;5(05):431.
- Linville D, Cobb E, Lenee-Bluhm T, Lopez-Zeron G, Gau JM, Stice E. Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. *Behav Res Ther.* 2015;75:32–9.
- Lopez-Guimera G, Sanchez-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.* 2011;14(1):293–303.
- Luethcke CA, McDaniel L, Becker CB. A comparison of mindfulness, nonjudgmental, and cognitive dissonance-based approaches to mirror exposure. *Body Image.* 2011;8(3):251–8.
- Mama SK, Schembre SM, O'Connor DP, Kaplan CD, Bode S, Lee RE. Effectiveness of lifestyle interventions to reduce binge eating symptoms in African American and Hispanic women. *Appetite.* 2015;95:269–74.

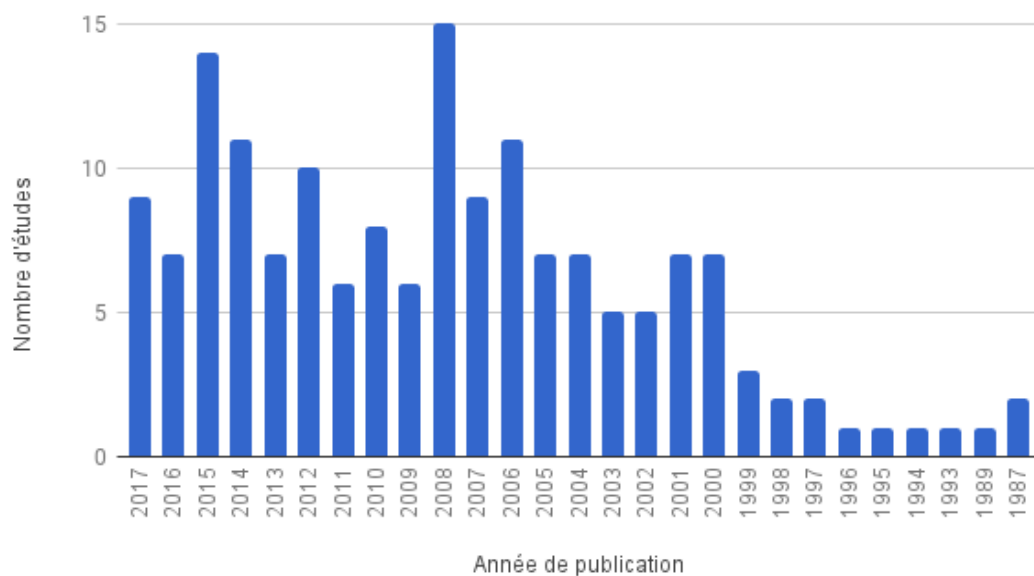
- Mann T, Nolen-Hoeksema S, Huang K, Burgard D, Wright A, Hanson K. Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychol.* 1997;16(3):215–25.
- Martinsen M, Bahr R, Borresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46(3):435–47.
- Martz DM, Bazzini DG. Eating disorders prevention programming may be failing: Evaluation of 2 one-shot programs. *Journal of College Student Development.* 1999;40(1):32–42.
- Martz DM, Gravesz KD, Sturgis ET. A pilot peer-leader eating disorders prevention program for sororities. *Eating Disorders.* 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.* 2004;36(4):376–88.
- McCabe MP, Ricciardelli LA, Salmon J. Evaluation of a prevention program to address body focus and negative affect among children. *J Health Psychol.* 2006;11(4):589–98.
- McComb JJR, Clopton JR. The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eat Behav.* 2003;4(1):79–88.
- McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. A body image and disordered eating intervention for women in midlife: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(6):751–8.
- 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.* 2011;79(1):129–34.
- McVey G, Gusella J, Tweed S, Ferrari M. A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. *Eat Disord.* 2009;17(1):1–26.
- McVey GL, Davis R. A Program to Promote Positive Body Image: A 1-Year Follow-Up Evaluation. *The Journal of Early Adolescence.* 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.* 2004;36(1):1–11.
- McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy Schools-Healthy Kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image.* 2007;4(2):115–36.
- Mitchell KS, Mazzeo SE, Rausch SM, Cooke KL. Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *Int J Eat Disord.* 2007;40(2):120–8.
- Mora M, Penelo E, Gutierrez T, Espinoza P, Gonzalez ML, Raich RM. Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *ScientificWorldJournal.* 2015;2015:328753.
- Mora M, Penelo E, Roses R, Gonzalez ML, Espinoza P, Devi J, et al. Pilot assessment of two disordered eating prevention programs. Preliminary findings on maladaptive beliefs related to eating disorders. *Eat Behav.* 2017;25:51–7.
- 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.
- Mutterperl JA, Sanderson CA. Mind over matter: internalization of the thinness norm as a moderator of responsiveness to norm misperception education in college women. *Health Psychol.* 2002;21(5):519–23.
- 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.* 2000;100(12):1466–73.
- Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education.* 1995;27(1):24–31.
- 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. *American Journal of Preventive Medicine.* 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.* 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.* 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.* 2002;32(2):230–9.
- 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.* 2007;40(8):692–704.
- Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2012;19(1):181–97.
- Phelps L, Sapia J, Nathanson D, Nelson L. An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychol Schs.* 2000;37(5):443–52.
- Posavac HD, Posavac SS, Weigel RG. Reducing the Impact of Media Images on Women At Risk For Body Image Disturbance: Three Targeted Interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2001;20(3):324–40.
- Presnell K, Stice E. An experimental test of the effect of weight-loss dieting on bulimic pathology: tipping the scales in a different direction. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(1):166–70.
- Raich RM, Portell M, Pelaez-Fernandez MA. Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: is it more effective in girls at risk? *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(1):49–57.
- Raich RM, Sanchez-Carracedo D, Lopez-Guimera G, Portell M, Moncada A, Fauquet J. A controlled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eat Disord.* 2008;16(3):255–72.
- Ridolfi DR, Vander Wal JS. Eating disorders awareness week: the effectiveness of a one-time body image dissatisfaction prevention session. *Eat Disord.* 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.* 2008;41(7):618–25.
- Roehrig M, Thompson JK, Brannick M, van den Berg P. Dissonance-based eating disorder prevention program: a preliminary dismantling investigation. *Int J Eat Disord.* 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.* 2014;47(5):483–94.
- Rosen JC, Saltzberg E, Srebnik D. Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy.* 1989;20(3):393–404.
- Saekow J, Jones M, Gibbs E, Jacobi C, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley D, et al. StudentBodies-eating disorders: A randomized controlled trial of a coached online intervention for subclinical eating disorders. *Internet Interventions.* 2015;2(4):419–28.
- 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.
- Shafran R, Farrell C, Lee M, Fairburn CG. Brief cognitive behavioural therapy for extreme shape concern: an evaluation. *Br J Clin Psychol.* 2009;48(Pt 1):79–92.
- 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.* 2013;203(6):428–35.
- Smith A, Petrie T. Reducing the Risk of Disordered Eating Among Female Athletes: A Test of Alternative Interventions. *Journal of Applied Sport Psychology.* 2008;20(4):392–407.

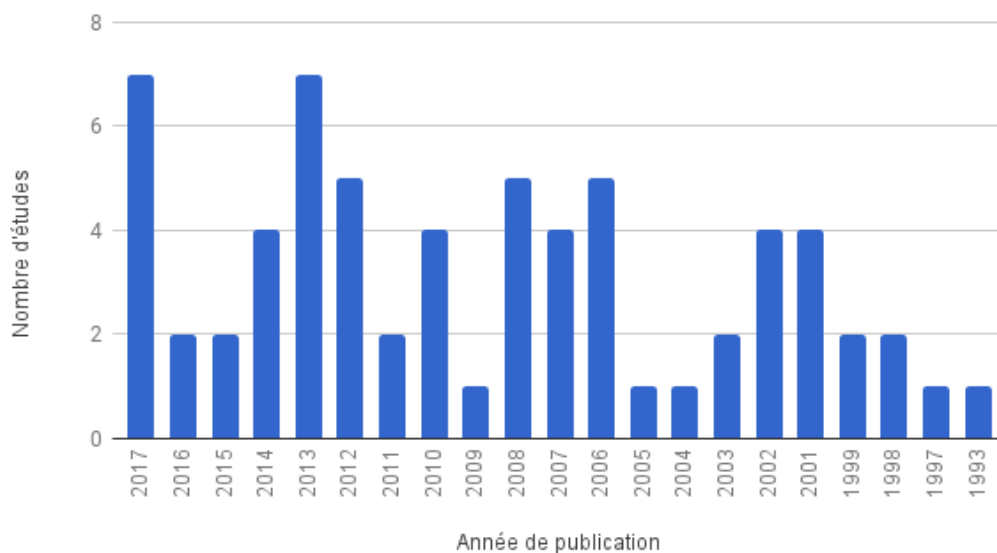
- Stice E, Chase A, Stormer S, Appel A. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord*. 2001;29(3):247–62.
- Stice E, Butryn ML, Rohde P, Shaw H, Marti CN. An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Behav Res Ther*. 2013;51(12):862–71.
- 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*. 2014;33(12):1558–67.
- 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*. 2014;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*. 2008;76(2):329–40.
- 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*. 2015;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*. 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*. 2013a;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*. 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*. 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*. 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*. 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*. 2013b;81(1):183–9.
- Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(2):263–75.
- 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*. 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*. 2015;10(12):e0144530.
- 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*. 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*. 2017;85(3):218–27.
- 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*. 2010;43(8):701–6.
- Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cunnig D, Doyle AC, Abascal LB, et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(8):881–8.
- Taylor CB, Kass AE, Trockel M, Cunnig 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*. 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.* 2016;30(4):231–41.
- 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.* 2003;33(4):371-83; discussion 384-387.
- 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.* 2005;13(2):143–56.
- Whisenhunt BL, Williamson DA, Drab-Hudson DL, Walden H. Intervening with coaches to promote awareness and prevention of weight pressures in cheerleaders. *Eat Weight Disord.* 2008;13(2):102–10.
- 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.* 2015;45(9):1811–23.
- Wilksch SM. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart. *Early Interv Psychiatry.* 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.* 2008;47(8):937–47.
- 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.* 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.* 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.* 2013;38(9):1021–9.
- Winkelberg 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.* 2000;68(2):346–50.
- Winkelberg AJ, Taylor CB, Sharpe T, Eldredge KL, Dev P, Constantinou PS. Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *Int J Eat Disord.* 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, Calfas KJ, Gehrman CA, Wilfley DE, Sallis JF. Effects of a physical activity intervention on body image in university seniors: project GRAD. *Ann Behav Med.* 2001;23(4):247–52.
- Zabinski MF, Pung MA, Wilfley DE, Eppstein DL, Winkelberg AJ, Celio A, et al. Reducing risk factors for eating disorders: targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *Int J Eat Disord.* 2001;29(4):401–8.
- Zabinski MF, Wilfley DE, Calfas KJ, Winkelberg AJ, Taylor CB. An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(5):914–9.
- Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Sodersten P. Linear eaters turned decelerated: reduction of a risk for disordered eating? *Physiol Behav.* 2009;96(4–5):518–21.

Annexe 3: Années de publication des études



Graphique 1 – Années de publication des études « RCT »



Graphique 2 – Années de publication des études « non RCT »

**AUTEUR : Nom : Nové-Josserand**

**Prénom : Louise**

**Date de Soutenance : 22 février 2018**

**Titre de la Thèse : Une *scoping review* des interventions de prévention primaire des troubles des conduites alimentaires**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : Psychiatrie**

**Mots-clés : revue de littérature, *scoping review*, troubles des conduites alimentaires, anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique, prévention primaire**

**Résumé :**

Contexte : Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des troubles mentaux, débutant habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, pouvant présenter de nombreuses co-morbidités psychiatriques et complications somatiques et psychiques. Ces troubles, d'évolution chronique, peuvent avoir un retentissement individuel et sociétal conséquent, ce qui vient renforcer l'intérêt pour une prévention avant l'apparition des troubles. Cette recherche a pour objectif un aperçu global du champ des études scientifiques traitant de l'efficacité des interventions de prévention primaire des TCA.

Méthode : Pour cette *scoping review*, seules les études interventionnelles « pré-test/post-test » évaluant l'efficacité d'une intervention sur des facteurs de risque ou de protection des TCA ont été incluses. Les bases de données Pubmed, Cochrane, et Ascodocpsy ont été exploitées, en utilisant les mots-clés suivants : (Eating Disorder OR Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa OR Binge Eating Disorder OR Hyperphagia) AND (Primary Prevention OR Prevention) en anglais et en français.

Résultats : 231 études ont été incluses, dont 165 essais randomisés contrôlés et 66 essais contrôlés non randomisés ou non contrôlés. Ce travail vient compléter trois revues systématiques de la littérature récentes (Watson et al. 2016 ; Le et al. 2017 ; Saoudi 2017) en recensant les études non contrôlées ou non randomisées. Ces études sont principalement des études préliminaires, dont certaines présentent des approches encore peu exploitées mais prometteuses, telles que l'action sur l'environnement ou la combinaison de divers types d'intervention. On observe également des études de dissémination ou d'implémentation, cherchant à renforcer l'impact d'une intervention déjà efficace.

Conclusion : Le champ de la prévention primaire des TCA est en pleine expansion. Les études de prévention sélective sont légion, mais il persiste des besoins concernant la prévention universelle et la prévention ciblée. L'implémentation des interventions ayant montré une efficacité scientifique et la confirmation de l'efficacité d'approches encore peu exploitées sera nécessaire à l'avenir afin de permettre de diminuer l'incidence de ces troubles de manière efficace en population générale.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseurs : Professeur Guillaume Vaiva, Docteur Ali Amad, Docteur Hugo Saoudi**