

Troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent

Définitions et prévalence

On désigne par troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent les pathologies « classiques » du comportement alimentaire des jeunes filles adolescentes : l'anorexie et la boulimie, mais aussi les désordres alimentaires associés au surpoids et à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, tels la suralimentation compulsive et/ou le régime chronique.

Selon le 4^e rapport suisse sur l'alimentation datant de 1998, 8 % des jeunes (filles et garçons) entre 14 et 19 ans ont un comportement alimentaire anormal. Une fille sur 100 est touchée par l'anorexie, alors que la boulimie concerne une fille sur 33. Selon une récente étude (Zimmerman & al. 2000), on peut remarquer en Suisse un accroissement des cas d'obésité chez les enfants de 6 à 12 ans. En fonction des données de base, la fréquence des cas d'obésité varie entre 9.7 et 16.1% et la fréquence des cas de surpoids varie entre 21.7 et 34.2%. Le rapport de l'analyse de Suisse Balance soulève que la prévalence de l'obésité infantile en Suisse a presque doublé en 10 ans mais est restée en deçà des 10%. La prévalence combinée du surpoids et de l'obésité atteint près de 15 à 20% chez les garçons et est légèrement supérieure chez les filles.

L'enquête SMASH (2002) réalisée en Suisse auprès de jeunes de 16 à 20 ans révèle que 40% des filles et 18% des garçons sont insatisfaits de leur aspect et de leur corps ; 70% des filles ont le souhait de maigrir, 20% sont préoccupées par cette idée en permanence. Trente pour cent des filles et 20% des garçons suivent un régime. La littérature internationale corrobore ces observations puisque 50 à 80% des filles se trouvent trop grosses.

Facteurs de risque

Les comportements induits par des régimes chroniques peuvent être un très fort prédicteur de troubles alimentaires (Huon, 1994, Patton, 1990). Une vision inappropriée des dimensions du corps, de la silhouette, du poids, de l'alimentation et du contrôle de l'alimentation peut conduire à des troubles du comportement alimentaire si elle est combinée à un régime (Garner et Bemis, 1982 ; Lau et Alsaker, 2001). Les troubles du comportement alimentaire touchent surtout les adolescentes qui ont tendance à se focaliser sur l'image de leur corps. Les sujets à risque de développer des troubles du comportement alimentaire vivent plus difficilement que les autres la période pubertaire. Différentes études mettent en évidence que les mères en régime en permanence ou préoccupée par leur poids ont des enfants qui présentent plus fréquemment des troubles du comportement alimentaire et des problèmes pondéraux.

Signes précurseurs de l'anorexie et de la boulimie

Le dépistage de l'anorexie et de la boulimie chez les enfants comme chez les adolescents s'appuie, selon les experts, sur l'observation des signes précurseurs suivants : des variations pondérales brutales, une perte de poids d'au moins 10%, une aménorrhée, des préoccupations excessives autour de l'image du corps, de l'alimentation, une mauvaise estime de soi, un sentiment d'isolement, de dépression ou d'irritabilité. Ces signes doivent amener à consulter rapidement.

Traitement et prévention : quelle mesures ? quelle efficacité ?

La prévention semble être la seule solution réaliste et applicable pour tenter de contrôler à long terme le problème de l'obésité (Suisse balance, 2004). Le succès de la plupart des programmes d'intervention et des traitements actuels de l'obésité est encore limité. De là émerge un questionnement : quelles sont les mesures appropriées des approches visant à assurer une prévention efficace tant pour le surpoids et l'obésité que pour les troubles du comportement alimentaire ? Le traitement du surpoids et de l'obésité chez l'enfant implique trois options : une

augmentation de l'activité physique, une alimentation plus appropriée et un changement de comportement.

La politique de santé publique actuelle pourrait entraîner le risque à moyen et long terme, d'une augmentation des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité (Apfeldorfer & Zermati, 2001). Les troubles psychopathologiques observés chez les personnes en surpoids, tant chez les adultes que chez les jeunes peuvent être dus à leurs efforts d'amaigrissement. Herman et Polivy (1995) considèrent que la pratique des régimes amaigrissants induit un état de restriction cognitive, c'est-à-dire une façon de s'alimenter gouvernée par des croyances concernant les conséquences pondérales des choix et des modalités alimentaires, et non plus par des critères internes de faim et de rassasiement.

Une stratégie thérapeutique mérite d'être explorée : celle consistant à aider les jeunes en difficulté avec leur poids et/ou leur comportement alimentaire à quitter l'état de restriction cognitive. Le premier objectif pourrait être de rétablir un comportement alimentaire guidé par ses préférences alimentaires, ses systèmes de régulation physiologiques de faim et de rassasiement. Cela nécessite de remettre en question les processus cognitifs dysfonctionnels, d'entreprendre un travail de fond sur les facteurs de maintien, tels que l'estime de soi ou les difficultés affectives et relationnelles. Chez le jeune enfant, les études suggèrent aujourd'hui que la thérapie comportementale pourrait être plus efficace si la responsabilité du changement de comportement incombe davantage aux parents qu'à l'enfant lui-même.

Prévenir les troubles du comportement alimentaire revient à intégrer des priorités concrètes : jouer le rôle de modèle en ce qui concerne l'alimentation sensée, l'exercice modéré et l'acceptation de soi ; ne pas envisager les aliments comme appartenant à des catégories comme « bons, sains, sans matières grasses » en opposition à « mauvais, dangereux, qui font grossir » ; être conscient de ses attitudes et de ses croyances concernant le corps ; ne pas mettre un accent excessif sur la beauté ou la forme du corps ; résister à la manière dont la télévisions, les magazines et les autres médias impliquent qu'un corps maigre est préférable ; valoriser les

caractéristiques non physiques de la personnalité, favoriser la manifestation des émotions.

Magali VOLERY - Diététicienne - Psychologue
Service de Santé de la Jeunesse
11, rue des Glacis-de-Rive
Case postale 3682
1211 Genève 3
Tél. 022 327 61 57
magali.volery@etat.ge.ch