

Faculté de Santé publique

Identification des déterminants socioculturels et environnementaux qui provoqueraient en priorité une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids

Mémoire réalisé par
Katia Flori

Promoteur
Pr Walter Hesbeen

Année académique 2019-2020
Master en Sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Identification des déterminants socioculturels et environnementaux qui provoqueraient en priorité une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids

Mémoire réalisé par
Katia Flori

Promoteur
Pr Walter Hesbeen

Année académique 2019-2020
Master en Sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

Merci à mon promoteur, le Pr Walter Hesbeen, pour son aide, sa compréhension, sa disponibilité, sa patience et ses conseils avisés.

Merci au Dr Vincent Huberty, responsable du Centre Intégré de l'Obésité, sans lequel cette étude n'aurait pu être menée dans un cadre aussi approprié.

Merci à Mme Noémie Lesoil, secrétaire administrative du CIO, pour ses précieux contacts et son rôle d'intermédiaire durant toute l'étude.

Merci aux diététiciennes du CIO pour leur grande aide et leur disponibilité.

Merci à ma famille et mes proches qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce mémoire.

Merci à mon compagnon pour son aide, son soutien et sa motivation malgré les difficultés.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

NOM et PRÉNOM : FLORI KATIA

Titre du mémoire : Identification des déterminants socioculturels et environnementaux qui provoqueraient en priorité une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids

Promoteur : Pr Walter Hesbeen

RÉSUMÉ

Contenu – L’obésité est un enjeu important de santé publique. Les personnes obèses souffrent souvent des troubles du comportement liés à la nourriture, comme le *craving*, un symptôme majeur de l’addiction à l’alimentation. Encore peu étudiée, cette addiction résulterait surtout de facteurs liés à l’environnement de l’individu. C’est cet aspect qui sera traité dans le cadre de ce travail. Nous allons dès lors réaliser une étude visant à identifier les déterminants socioculturels et environnementaux qui provoqueraient en priorité une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids.

Méthodes – Pour les besoins de notre enquête, un questionnaire généraliste et une échelle de diagnostic sur l’addiction alimentaire ont été remis à un panel de nouveaux membres du Centre Intégré de l’Obésité de l’hôpital Erasme. Sur la base des données recueillies, des tests statistiques seront effectués afin de détecter d’éventuelles corrélations entre l’anamnèse des participants et la présence d’une addiction à l’alimentation. En outre, les résultats obtenus seront mis en parallèle avec les conclusions tirées à ce sujet dans la littérature scientifique.

Résultats – Bien que nos analyses statistiques n’aient pas abouti à des résultats probants vu la taille réduite de notre échantillon à cause de la crise de Covid-19, nous avons néanmoins noté des similitudes entre nos résultats et ceux de la littérature. En effet, l’addiction alimentaire toucherait davantage les personnes en surpoids et serait surtout causée par des déterminants socioéconomiques, tel que le statut social, les revenus ou le célibat. En conséquence, nous préconisons notamment une approche psychosociale plus poussée au cours du traitement des patients obèses, la mise en place de campagnes de prévention et de sensibilisation plus ciblées ainsi que la multiplication des recherches dans le domaine afin de lutter plus efficacement contre une addiction liée étroitement à cet enjeu majeur de santé publique qu’est l’obésité.

Mots-clés : obésité, surpoids, addiction, alimentation, *obesity*, *overweight*, *craving*, *food*, *YFAS*, facteurs socioéconomiques, statut social.

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
Liste des illustrations	2
Liste des tableaux	2
Liste des graphiques.....	2
<i>Introduction</i>	3
<i>I. Partie théorique : littérature scientifique</i>	5
Chapitre 1 – Surpoids et obésité	5
1.1. Définition.....	5
1.2. Causes.....	6
1.3. Complications.....	6
1.4. Traitement.....	6
1.5. Résumé	7
Chapitre 2 – Addiction	7
2.1. Définition.....	7
2.2. Système de récompense.....	8
2.3. Facteurs de risque	8
2.4. Symptômes	9
2.5. Traitement.....	9
2.6. Résumé	9
Chapitre 3 – Addiction à l'alimentation	10
3.1. Définition.....	10
3.2. Causes et facteurs de risque.....	10
3.3. Mesure	11
3.4. Symptômes	11
3.5. Traitement.....	12
3.6. Résumé	12
Chapitre 4 – Facteurs socioculturels et environnementaux	13
4.1. Facteurs socioéconomiques	13
4.2. Facteurs sociaux	14
4.3. Facteurs environnementaux.....	15
4.4. Facteurs culturels.....	15
4.5. Résumé	16
Chapitre 5 – Réflexions de la littérature sur la question de recherche	16
<i>II. Partie pratique</i>	<i>18</i>
Chapitre 6 – Étude et recueil de données	18
6.1. Lieu d'étude.....	18
6.2. Méthode.....	18
6.3. Composition du questionnaire	19
6.4. Éthique.....	22
6.5. Critère d'inclusion	22
6.6. Recueil des données.....	22
6.7. Analyse des données.....	23

Chapitre 7 – Résultats.....	24
7.1. Résultats de l’anamnèse des répondants.....	24
7.2. Résultats du <i>Modified Yale Food Addiction Scale</i> (mYFAS)	28
7.3. Corrélations établies sur la base des résultats de l’anamnèse.....	30
III. Discussion	44
Chapitre 8 – Confrontation des résultats à la littérature	44
Chapitre 9 – Limites.....	49
Chapitre 10 – Préconisations et perspectives.....	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Annexes	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 1	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 2	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 3	Erreur ! Signet non défini.

Liste des abréviations

BMI : *Body Mass Index*

CESS : Certificat d'enseignement secondaire supérieur

CIO : Centre Intégré de l'Obésité

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition

IMC : Indice de masse corporelle

mYFAS : *Modified Yale Food Addiction Scale*

OMS : Organisation mondiale de la Santé

SPSS : *Statistical Package for the Social Sciences*

YFAS : *Yale Food Addiction Scale*

Liste des illustrations

Figure 1 : Inégalités sociales de santé.....	13
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères de dépendance à une substance	20
Tableau 2 : Résultats de l'anamnèse - questions 1 à 5.....	24
Tableau 3 : Résultats de l'anamnèse - questions 6 à 8.....	25
Tableau 4 : Résultats de l'anamnèse - questions 9 à 11.....	26
Tableau 5 : Résultats de l'anamnèse - questions 12 à 14.....	27
Tableau 6 : Résultats du mYFAS.....	28
Tableau 7 : Données relatives au sexe	30
Tableau 8 : Conclusion des tests.....	30
Tableau 9 : Données relatives à l'âge	31
Tableau 10 : Conclusion des tests.....	31
Tableau 11 : Données relatives à l'IMC	32
Tableau 12 : Conclusion des tests.....	32
Tableau 13 : Données relatives aux communes de résidence	33
Tableau 14 : Conclusion des tests.....	33
Tableau 15 : Données relatives aux groupes ethniques	34
Tableau 16 : Conclusion des tests.....	34
Tableau 17 : Données relatives au pays de naissance.....	35
Tableau 18 : Conclusion des tests.....	35
Tableau 19 : Données relatives à la religion.....	36
Tableau 20 : Conclusion des tests.....	36
Tableau 21 : Données relatives au statut matrimonial	37
Tableau 22 : Conclusion des tests.....	37
Tableau 23 : Données relatives à la parentalité	38
Tableau 24 : Conclusion des tests.....	38
Tableau 25 : Données relatives au niveau scolaire	39
Tableau 26 : Conclusion des tests.....	39
Tableau 27 : Données relatives à la situation professionnelle	40
Tableau 28 : Conclusion des tests.....	40
Tableau 29 : Données relatives aux revenus.....	41
Tableau 30 : Conclusion des tests.....	41
Tableau 31 : Données relatives aux comorbidités	42
Tableau 32 : Conclusion des tests.....	42

Liste des graphiques

Graphique 1 : Aliments problématiques dans le cas d'une addiction alimentaire.....	29
--	----

Introduction

Le XXI^e siècle est marqué par la prévalence croissante de l'obésité dans le monde. Définie comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse pouvant nuire à la santé* » (OMS), l'obésité constitue une problématique majeure de santé publique.

Les personnes obèses ou en surpoids sont généralement atteintes de troubles du comportement alimentaire, tels que la boulimie, le *binge eating disorder* ou encore le *craving* alimentaire, lequel est le symptôme principal de « l'addiction à la nourriture », qui se caractérise par une perte de contrôle voire une modification de la consommation d'un ou plusieurs aliments, et ce malgré la connaissance des effets délétères (Brunault et al., 2018).

L'addiction résulte quant à elle essentiellement de facteurs individuels et/ou environnementaux et liés à l'objet de dépendance (Chevalier et al., 2015). Ainsi, une impulsivité élevée, la prise de médicaments, une dépression ou, au contraire, une surprotection émotionnelle sont autant de facteurs susceptibles de causer une réaction d'adaptation psychologique, traduite sous la forme d'addictions alimentaires (Cathelain et al., 2016).

Dès lors, les choix alimentaires d'un individu, qu'il en soit conscient ou non, seront en partie influencés par son environnement social et culturel. Il s'agirait donc de répondre à l'interrogation suivante : quels déterminants socioculturels et environnementaux provoqueraient en priorité une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids ?

Cette question semble pertinente en matière de santé publique puisque, d'une part, l'obésité représente un véritable fléau à l'échelle mondiale et, d'autre part, une prise en charge multifactorielle dans le traitement des personnes obèses s'avère primordiale pour lutter contre l'addiction en général (Campana, Brasiel, de Aguiar, & Dutra, 2019).

En effet, si un patient obèse ou en surpoids est traité sans que les problèmes sous-jacents d'ordre socioculturel à l'origine de son addiction soient pris en compte, cela pourrait entraîner des échecs à répétition et miner le moral du patient, qui risquerait de retourner chercher du réconfort dans la nourriture. Du reste, l'addiction étant une maladie chronique, elle nécessite un suivi de longue durée et un accompagnement pluridisciplinaire (Cathelain et al., 2016).

Vu ma formation en diététique et mon expérience professionnelle dans ce domaine, il m'a semblé évident d'aborder ce sujet dans le cadre de mon mémoire, d'autant que la problématique de l'obésité et du surpoids se trouve plus que jamais au cœur de l'actualité. Avec ce travail, j'espère apporter un regard neuf sur l'intérêt crucial d'un accompagnement adapté des patients dans le traitement des troubles alimentaires.

Ci-dessous sont exposées les méthodes de recherche utilisées pour répondre à la question de recherche susmentionnée.

Tout d'abord, nous réaliserons une recherche documentaire sur la base d'ouvrages et d'articles de la littérature scientifique. Elle composera la première partie de notre mémoire et sera divisée en cinq sections : le chapitre 1 traitera du surpoids et de l'obésité, le chapitre 2 abordera l'addiction en général, le chapitre 3 se concentrera sur l'addiction alimentaire proprement dite, le chapitre 4 concernera les facteurs socioculturels et le chapitre 5 exposera les opinions scientifiques déjà existantes sur la question de recherche du présent travail.

Afin de réaliser la partie pratique, un questionnaire anonyme sur les habitudes alimentaires sera d'abord transmis aux nouveaux patients du Centre Intégré de l'Obésité (CIO) de l'hôpital Erasme à l'issue de leur première consultation diététique. Ensuite, les données recueillies seront analysées avec un logiciel SPSS qui permettra de mettre en exergue les éventuelles corrélations entre les résultats de l'anamnèse et la présence d'addiction alimentaire. Enfin, les déterminants socioculturels récurrents feront l'objet d'une étude approfondie afin de mesurer leur caractère prioritaire dans le déclenchement du phénomène d'addiction.

Le détail la méthode de notre étude ainsi que les résultats obtenus seront présentés à l'aide de tableaux et de graphiques dans la deuxième partie, composée des chapitres 6 et 7.

La troisième partie de ce travail se verra répartie en trois sections : le chapitre 8 consistera à confronter les résultats de notre étude aux résultats provenant de la littérature scientifique, le chapitre 9 traitera des limites rencontrées lors de notre enquête et le chapitre 10 contiendra nos préconisations et nos perspectives.

Pour terminer, la conclusion constituera la quatrième et dernière partie du présent travail.

I. Partie théorique : littérature scientifique

Pour ce travail, nous avons consulté les bases de données ScienceDirect, Cairn, Google Scholar et PubMed ainsi que le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* et différents documents officiels de l'Organisation mondiale de la Santé et d'institutions nationales comme l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Au total, plus d'une trentaine de documents ont été examinés en ce qui concerne l'obésité, l'addiction, en particulier alimentaire, et les potentiels facteurs individuels et environnementaux en cause. Les chapitres suivants aborderont plus en détail ces thèmes afin de mieux appréhender le sujet étudié.

Chapitre 1 – Surpoids et obésité

1.1. Définition

L'obésité et le surpoids se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (OMS, 2018). Plusieurs méthodes de mesure existent. La plus utilisée est le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ou *body mass index* (BMI), qui correspond au poids en kilogrammes (kg) divisé par la taille au carré, en mètres (m).

Ainsi, selon la classification de l'OMS (OMS, 2018) :

- Une personne est dite « maigre » quand l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m².
- Un IMC normal se situe entre 18,5 kg/m² et 24,9 kg/m².
- Le surpoids est déterminé par un IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m².
- L'obésité est représentée par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m².

De plus, la catégorie de l'obésité est encore divisée en sous-catégories (OMS, 2018) :

- La classe I ou obésité modérée, avec un IMC entre 30 kg/m² et 34,9 kg/m².
- La classe II ou obésité sévère, avec un IMC entre 35 kg/m² et 39,9 kg/m².
- La classe III ou obésité morbide, avec IMC supérieur ou égal à 40 kg/m².

Le résultat de l'IMC doit néanmoins être interprété avec précaution car d'autres facteurs sont à prendre en compte, comme le sexe et la localisation des tissus adipeux (Oppert, 2015). Il est donc intéressant de compléter l'IMC avec le calcul du tour de taille et du tour de hanche, par exemple.

1.2. Causes

Le surpoids et l'obésité peuvent être causés par des facteurs génétiques, comportementaux, et/ou environnementaux, dont les plus récurrents sont la consommation hypercalorique d'aliments riches en sucre et en mauvaises graisses, le manque d'activité physique et la sédentarité (OMS, 2018). Par ailleurs, certains médicaments sont aussi susceptibles de provoquer une prise de poids importante (Chabroux, 2010) .

À noter que l'obésité n'est pas répertoriée dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) car « *elle n'est généralement pas associée à un syndrome psychologique ou comportemental distinct* » (Schiltz & Brytek-Matera, 2013). Pourtant, le manuel relie l'obésité à des troubles mentaux comme l'hyperphagie alimentaire, la dépression ou encore la schizophrénie (Association, 2015).

1.3. Complications

Le surpoids et l'obésité peuvent causer des maladies chroniques. Par exemple, des pathologies cardiovasculaires, le diabète de type 2, le cancer du côlon, du rein ou de la prostate, des troubles musculo-squelettiques tels que l'arthrose, des problèmes respiratoires comme l'apnée du sommeil, des perturbations endocriniennes comme l'infertilité, notamment chez les hommes (Meldrum, Morris, & Gambone, 2017), voire des troubles mentaux tels que la dépression (Association, 2015).

En plus de ces complications de santé multiples, les personnes obèses ou en surpoids peuvent voir leur vie sociale affectée par des cas de discrimination ou de stigmatisation (Yazbeck, 2015).

1.4. Traitement

Afin de lutter efficacement contre le surpoids ou l'obésité, une prise en charge pluridisciplinaire est de rigueur. Il importe de combiner, sur le long terme, plusieurs traitements, parmi lesquels le régime diététique personnalisé qui implique l'amélioration progressive des habitudes alimentaires ; la pratique ou l'augmentation d'une activité physique afin de réduire la sédentarité ; les protocoles médicamenteux à utiliser en guise de support ; le suivi psychologique, au besoin, lorsque la prise de poids découle d'une souffrance plus profonde ou d'un trouble du comportement tel que la boulimie, le *binge eating* ou l'addiction à la nourriture (Oppert, 2015).

Si la maladie persiste malgré ces traitements, il existe des solutions « de dernier recours » telles que la chirurgie bariatrique, qui peut être réversible comme le ballon gastrique ou irréversible comme le *by-pass* ou la *sleeve gastrectomy*. De plus, afin de garantir la réussite à long terme de ce genre d'opérations et de pallier les éventuelles carences résultantes (Oppert, 2015), il convient pour le patient d'adopter en parallèle une bonne hygiène de vie, ce qui passe par une alimentation saine et une pratique physique régulière. Dans le cas contraire, la rechute est à prévoir et la réintervention chirurgicale, inévitable.

1.5. Résumé

L'obésité est une épidémie d'envergure mondiale dont les causes sont multiples et qui entraîne diverses complications, tant médicales que sociales. Afin d'y faire face, il y a lieu d'appliquer des traitements multidisciplinaires et à long terme, sans négliger un possible suivi psychologique.

Chapitre 2 – Addiction

2.1. Définition

L'addiction est une « *impossibilité de contrôler un comportement* » qui sera poursuivi « *malgré la connaissance de ses conséquences néfastes* », ceci pour « *produire du plaisir* » et/ou « *écarter une sensation de malaise interne* » (Chevalier et al., 2015). Il s'agit par ailleurs de distinguer deux types d'addiction. D'une part, l'addiction liée à une substance et, d'autre part, l'addiction comportementale associée à une activité.

Pour le premier type, le DSM-5 établit dix classes de substances addictives ou drogues, dont l'alcool, le tabac et le cannabis (Association, 2015) et indique que « *toutes les substances qui sont prises en excès ont en commun une activation directe du système cérébral de récompense, lequel est impliqué dans le renforcement des comportements et de la production de souvenirs. Ces substances produisent une activation si intense du système de récompense que les activités habituelles peuvent s'en trouver négligées* » (Association, 2015).

Quant au second type d'addiction, les effets neurologiques s'apparenteront à ceux activés par la prise d'une drogue mais seront causés par un comportement pathologique (Chevalier et al., 2015).

Cela dit, seule l'addiction aux jeux d'argent est pour l'instant répertoriée dans le DSM-5. L'addiction alimentaire, autrement dit l'addiction à l'activité de manger, n'est pas encore assez étayée sur le plan scientifique pour figurer dans ledit manuel (Association, 2015), au même titre que l'addiction au shopping ou à l'activité physique (Chevalier et al., 2015).

2.2. Système de récompense

L'addiction résulte d'un dysfonctionnement des voies dopaminergiques mésocorticolimbiques du cerveau engagées dans le système de récompense (Guillou-Landréat et al., 2012).

En comparant un sujet sain et un sujet addict, nous constatons chez ce dernier « *un renforcement majeur de la valeur accordée [...] à un comportement, conduisant à une sur-motivation pour perpétuer ce comportement et à une quasi-déconnexion des systèmes de contrôle corticaux d'inhibition du comportement* » (Guillou-Landréat et al., 2012).

Ce système de récompense comprend trois composantes primordiales (Yazbeck, 2015) :

- La composante affective (« *liking* »), responsable du « *sentiment de plaisir dû à l'obtention, la consommation ou l'accomplissement de la récompense* » (comme le plaisir gustatif ou sexuel) et du « *sentiment du déplaisir* » (provoqué une punition).
- La composante motivationnelle (« *wanting* »), correspondant à la stimulation à « *obtenir la récompense ou éviter la punition* ». La motivation est déclenchée lorsque les organes sensoriels détectent l'objet du désir ou quand il est représenté mentalement par l'imagination.
- La composante cognitive (« *learning* »), qui se rapporte à l'apprentissage.

2.3. Facteurs de risque

Que l'addiction soit comportementale ou liée à une substance addictive, elle apparaît lorsque sont mis en interaction un produit, un individu et un environnement social (Chevalier et al., 2015).

Dans ce modèle trivarié, trois facteurs de risques sont identifiées (Guillou-Landréat et al., 2012) :

- Les facteurs relatifs au produit, tels que le risque de dépendance, les complications sanitaires, psychologiques et sociales ainsi que le statut social associé au produit.
- Les facteurs propres à l'individu, comme l'âge, le genre, le caractère psychologique, la génétique (vulnérabilité), voire d'éventuelles comorbidités psychiatriques.

- Les facteurs environnementaux, à savoir le contexte social, familial ou culturel, l'éducation, le revenu ou encore l'accessibilité de l'objet de l'addiction.

2.4. Symptômes

Les symptômes varient selon le type d'addiction. Dans le cas d'une addiction à une substance ou d'une addiction à une activité, ils dépendront respectivement de la toxicité de la drogue ou de l'activité addictive (Auriacombe et al., 2018).

Toutefois, un symptôme se retrouve dans les deux types d'addiction. Il s'agit du *craving*, défini tel « *une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant, alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là. Le craving peut se définir comme un phénomène multidimensionnel associant des composantes cognitives, affectives, motivationnelles et physiologiques, et consistant en une réponse automatique face à certains stimuli associés à l'usage de substance ou au comportement* » (Brunault et al., 2018).

2.5. Traitement

Dans ce cadre, la prise en charge est pluridisciplinaire, se fait sur le long terme et a principalement pour but de comprendre le comportement en cause, de traiter les symptômes de l'addiction incriminée et de prévenir les potentielles rechutes. Elle comporte également un volet psychologique, en ce sens qu'il est parfois nécessaire, par exemple, de restaurer la sphère sociale endommagée à cause de l'addiction (Guillou-Landréat et al., 2012).

2.6. Résumé

L'addiction est l'incapacité pour un individu de s'abstenir de consommer une substance ou d'exercer une activité bien qu'il en connaisse les conséquences nocives. Ce qui implique un dysfonctionnement dans le système cérébral de récompense mais également des facteurs de risques liés à l'individu, à l'objet en cause et à l'environnement. Les différents symptômes diagnostiqués devront être traités par plusieurs praticiens et sur le long terme, afin d'éviter les rechutes.

Chapitre 3 – Addiction à l'alimentation

3.1. Définition

Pour rappel, le DSM-5 ne répertorie pas l'addiction alimentaire dans sa liste des maladies cliniques, vu le manque d'études à ce sujet. Cette addiction n'a donc pas encore été définie officiellement. Cependant, d'après la littérature scientifique, nous pouvons établir que la consommation régulière « *d'un ou plusieurs types d'aliments [...] auxquels une personne est très sensible* » peut produire des « *symptômes [...] similaires aux processus addictifs* » (Locatelli et al., 2015). En effet, l'individu addict éprouve une réelle difficulté à gérer sa relation avec le ou les aliments en cause, bien qu'il ait conscience des effets néfastes que cela génère (Ballon et al., 2018). Dès lors, l'addiction à l'alimentation semblerait répondre en fait à la définition d'une addiction comportementale (Yazbeck, 2015), telle qu'exposée dans le chapitre précédent.

Par ailleurs, l'addiction alimentaire apparaît surtout concerner les produits riches en graisses et/ou en sucres (Cathelain et al., 2016). Ceux-ci sont en général peu intéressants au niveau nutritionnel mais affichent une forte palatabilité (Yazbeck, 2015), c'est-à-dire qu'ils ont un goût et une texture agréables au palais (Larousse, 2020). Ces caractéristiques se retrouvent notamment dans les produits industriels, toujours plus accessibles et très appréciés des personnes souffrant de problèmes de poids (Schulte, Yokum, Jahn, & Gearhardt, 2019).

3.2. Causes et facteurs de risque

Industrialisation agroalimentaire, abondance de denrées et médiatisation des produits raffinés ont entraîné une consommation de nourriture à outrance et perturbé le système cérébral de récompense (Gearhardt et al., 2009a). Ces deux effets tendent à favoriser l'apparition de l'addiction à l'alimentation, surtout chez les individus les plus influençables (Ballon et al., 2018).

De plus, il semble que « *l'exposition répétée à de grandes quantités d'aliments très palatables* » ait le même effet sur le circuit de récompense que la consommation de drogues. « *Les deux processus de dépendance ont en commun l'incapacité de maîtriser ce comportement malgré la conscience de ses effets négatifs. Il s'avèrera extrêmement difficile de surmonter ces pulsions uniquement grâce à la volonté* » (traduction libre – Campana et al., 2019).

De surcroît, plus un aliment sera calorique et agréable au palais, plus le sentiment de récompense se trouvera important (Locatelli et al., 2015).

La survenue d'une addiction alimentaire peut aussi être due à des facteurs individuels, biologiques, socioculturels et/ou psychopathologiques (Cathelain et al., 2016).

Parmi les facteurs individuels figurent le sexe (les femmes seraient plus touchées – Yazbeck, 2015), l'âge (les patients ont en majorité plus de 35 ans – Pursey et al., 2014), le statut matrimonial (l'addiction affecterait davantage les célibataires – Cathelain et al., 2016), l'altération de l'estime de soi et l'impulsivité (Yazbeck, 2015).

Au niveau des facteurs biologiques, nous retrouvons les variables neurobiologiques (une activation plus élevée du système de récompense, par exemple) et l'obésité (Cathelain et al., 2016).

Concernant les facteurs psychopathologiques, nous pouvons citer le névrosisme, la dépression, le stress post-traumatique (Ballon et al., 2018), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les troubles du comportement alimentaire tels que la boulimie ou l'hyperphagie boulimique (Cathelain et al., 2016).

Enfin, dans les facteurs environnementaux, il peut s'agir de l'accessibilité aux aliments transformés, riches en sucres et en graisses, ou de la présentation des produits (grandes portions, commercialisation omniprésente) dans l'environnement des individus (Gearhardt et al., 2009a).

3.3. Mesure

Afin d'évaluer le degré d'addiction à l'alimentation d'un individu, les chercheurs ont élaboré le *Yale Food Addiction Scale*, abrégé YFAS (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009b), un outil qui comprend vingt-cinq questions et qui s'appuie sur les sept critères de dépendance aux substances du DSM-5 (Cathelain et al., 2016). Si, au terme de cet auto-questionnaire, au moins trois critères se révèlent positifs et qu'une souffrance psychique est constatée, une addiction alimentaire peut être diagnostiquée (Campana et al., 2019).

Le YFAS a par la suite été mis à jour pour prendre en considération les nouveaux critères ajoutés au DSM-5, comme le *craving* ou la consommation de nourriture malgré les conséquences sur le plan social ou interpersonnel (Ballon et al., 2018).

Dans le cadre du présent travail, nous utiliserons la version modifiée du questionnaire, le mYFAS.

3.4. Symptômes

Parmi les symptômes associés à l'addiction à l'alimentation, nous pouvons compter l'impulsivité et la perte de contrôle (Yazbeck, 2015), mais le plus pertinent ici semble être le *craving alimentaire*,

une forme spécifique du *craving* abordé dans le chapitre précédent. Il s'agit d'une « *envie intense et incontrôlable de manger un type d'aliment en particulier* » (Brunault et al., 2018), qui ne sera apaisée qu'une fois que le ou les aliments convoités auront été consommés (Yazbeck, 2015).

En outre, la manifestation et l'intensité du *craving alimentaire* peuvent varier fortement d'un individu à l'autre et pour une même personne (Auriacombe et al., 2018). En effet, sa manifestation dépendra de facteurs « *généraux, liés aux substances et individuels* » et son intensité influencera directement le désir de consommation (Auriacombe et al., 2018).

3.5. Traitement

Comme toute addiction, l'addiction alimentaire exige un traitement pluridisciplinaire à long terme, avec des axes « *psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociaux* » (Cathelain et al., 2016).

En prélude néanmoins, il serait aussi judicieux de traiter le *craving*, qui influence la consommation et surtout la rechute des personnes addictes (Brunault et al., 2018). Dans ce contexte, la psychothérapie, la pharmacothérapie et l'éducation thérapeutique constituent de bonnes pistes afin de réguler l'intensité et la fréquence de survenue du *craving alimentaire* (Auriacombe et al., 2018). En parallèle, en vue de limiter voire d'éliminer les aliments incriminés dans l'apparition du phénomène, un changement des habitudes alimentaires s'avérera indispensable (Yazbeck, 2015), soutenu si nécessaire par un traitement médicamenteux (Auriacombe et al., 2018).

3.6. Résumé

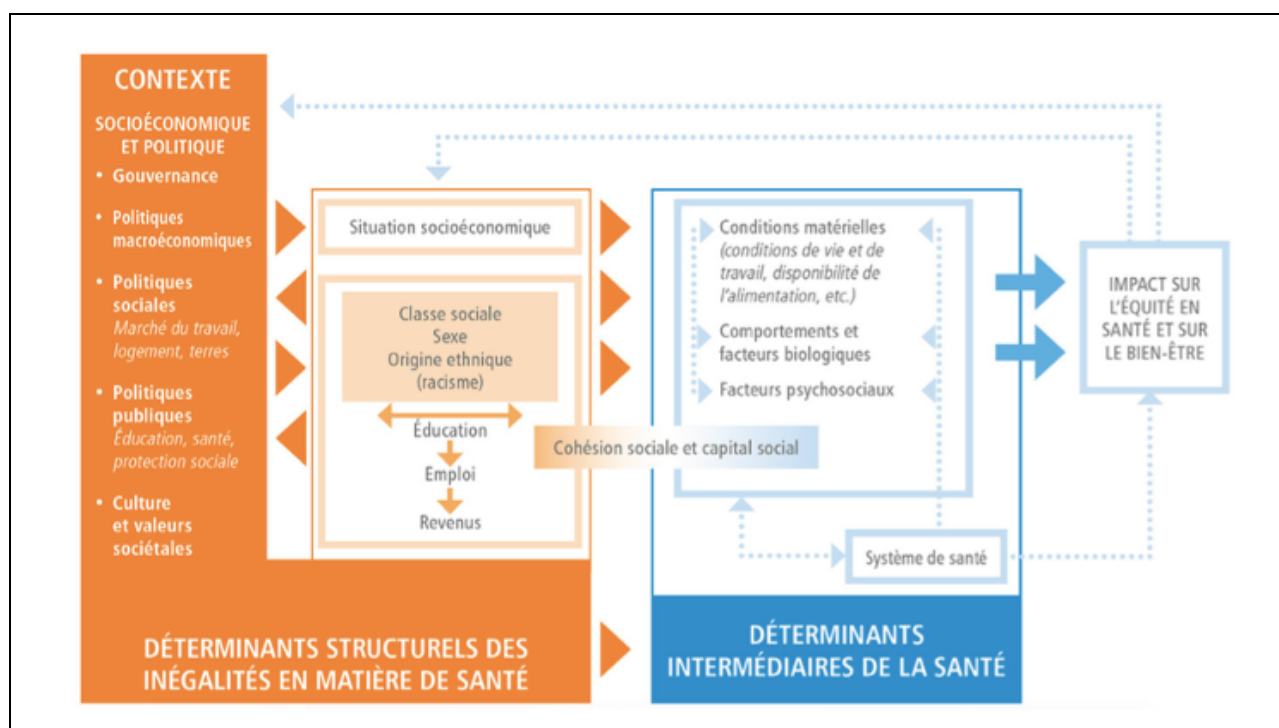
Étant donné le peu d'études en la matière jusqu'ici, l'addiction à l'alimentation n'est pas officiellement reconnue par le DSM-5, mais la littérature scientifique tend à la définir comme une consommation régulière et incontrôlable d'un ou plusieurs aliments, souvent palatables, gras et sucrés. Cela dit, cette addiction peut être mesurée au moyen du *Yale Food Addiction Scale*.

Favorisée par l'industrialisation agroalimentaire et la surabondance de nourriture facile d'accès, l'addiction à l'alimentation implique des facteurs de risque individuels, socioculturels, biologiques et/ou psychopathologiques. Son symptôme majeur est le *craving alimentaire*, qu'il conviendra de cibler en priorité dans le traitement, lequel sera multidisciplinaire et de longue durée.

Chapitre 4 – Facteurs socioculturels et environnementaux

Outre les facteurs individuels comme la physiologie, la psychologie ou la personnalité, des facteurs extérieurs peuvent être à l'origine d'addictions (Fonseca, Ares, & Deliza, 2019). Ce qui aura pour effet d'entraîner des inégalités de santé entre individus, comme en atteste l'illustration ci-dessous réalisée par l'OMS (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b).

Figure 1 : Inégalités sociales de santé



4.1. Facteurs socioéconomiques

Le statut socioéconomique d'un individu dépend de son niveau d'éducation, de ses revenus et de sa profession (Fonseca et al., 2019). Dès lors, plus le statut sera élevé, plus les revenus seront importants. Par corollaire, de hauts revenus favoriseront l'entretien d'une meilleure qualité de vie et d'un bon état de santé (Demarest, Charafeddine, Berete, & Drieskens, 2013 ; Charafeddine & Drieskens, 2013). À l'opposé, les personnes dans une situation plus précaire seront désavantagées en termes de qualité de vie et de santé. Citons notamment le stress et les conditions de travail difficiles. En outre, elles n'auront pas forcément les ressources nécessaires pour faire face à ces problèmes, vu le faible soutien social et l'accès inégal aux soins de santé par exemple (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b).

Par ailleurs, le statut socioéconomique a été identifié « *comme l'un des principaux déterminants du choix des aliments consommés, des comportements vis-à-vis de l'alimentation et de la qualité du régime alimentaire* » (traduction libre – Hough & Sosa, 2015). La consommation de produits alimentaires spécifiques peut effectivement être considérée telle une « *une expression du statut social et de l'identité* » (Croghan, Griffin, Hunter, & Phoenix).

De plus, après comparaison entre le milieu socioéconomique et la relation à la nourriture, des chercheurs ont constaté, par exemple, que les femmes avec de bas revenus avaient tendance à être en surpoids (Régner & Masullo, 2009). L'une des raisons étant que « *la consommation alimentaire, qui permet de participer à la société de consommation et de s'y intégrer, prend même en milieu populaire une dimension ostentatoire* » (Régner & Masullo, 2009).

En définitive, bien que le rapport entre statut socioéconomique et addiction à l'alimentation ne soit pas un sujet encore très étudié jusqu'à présent, il semblerait bien que cette addiction soit plus fréquente chez les individus atteints d'obésité et avec de faibles revenus (Hebebrand et al., 2014).

4.2. Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux relatifs à un individu comprendront ses relations et ses interactions sociales au sens large, le soutien social qu'il en retire ainsi que les aspects psychosociaux propres à ses conditions de vie et de travail (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b). Tous ces facteurs jouent un rôle essentiel sur la santé physique et mentale, en ce sens qu'ils contribuent notamment à protéger contre des effets nocifs comme le stress engendré face aux aléas malheureux de la vie (Demarest, 2013). Stress qui, comme nous l'avons vu plus haut, est l'une des causes potentielles d'addiction.

Par ailleurs, l'alimentation constitue un aspect capital de la socialisation, qui intervient dès le plus jeune âge. En effet, quand un enfant apprend à manger, il « *met à la fois en place des apprentissages utiles pour mettre en œuvre et contrôler cette activité mais incorpore au sens le plus fort du terme le système de valeur du groupe social dans lequel la naissance l'a placé* » (Apfelbaum & Romon, 2009). Par conséquent, ce n'est que lorsque les parents vont recourir à l'alimentation pour soulager des difficultés ou apporter de l'affection à leur enfant, en donnant des bonbons par exemple, que des déséquilibres, la suralimentation en tête, vont apparaître (Bertin & Ostermann, 2017).

4.3. Facteurs environnementaux

L'environnement d'un individu joue également un rôle primordial dans sa relation à la nourriture. Outre le développement de l'industrie agroalimentaire qui a rendu les denrées très abondantes, les produits transformés, riches en calories, en lipides et en sucre, ont vite envahi les commerces, affichant un prix extrêmement abordable (Ballon et al., 2018). De surcroît, étant donné leur coût de production souvent plus élevé, les aliments plus sains tels que les fruits et les légumes se révèlent plus chers et donc moins accessibles, ce qui incite les personnes à faibles revenus à se tourner vers les produits raffinés, peu intéressants d'un point de vue nutritionnel (Régner & Masullo, 2009). Cette tendance favorisera l'apparition d'une addiction aux aliments de ce type (Ballon et al., 2018). Enfin, soulignons que les médias et la publicité vont largement contribuer à rendre désirables tous ces produits transformés (Bertin & Ostermann, 2017).

4.4. Facteurs culturels

Différents facteurs culturels peuvent influencer les choix alimentaires. En guise d'illustration, prenons la religion et les croyances. Il existe à cet égard des interdits alimentaires ou des exigences spécifiques de consommation ou de préparation. Dans ce contexte singulier, *« l'alimentation symbolise des vertus ou du péché, donc des éléments à forte charge émotionnelle qui ne peuvent être remis en question par des arguments rationnels »* (Bertin & Ostermann, 2017).

La représentation du corps, et par extension du surpoids, diverge également d'une culture à l'autre. À titre d'exemple, dans les cultures africaines, la minceur n'est pas un idéal de beauté à atteindre contrairement aux sociétés occidentales qui en font une priorité (Schiltz & Brytek-Matera, 2013).

La culture peut aussi entraîner des stigmatisations et des distinctions, en particulier entre les sexes. *« Il est bien établi que les femmes ont moins accès au pouvoir (en entreprise, en administration), sont moins bien rémunérées, sont plus exposées au harcèlement, à la violence et aux abus sexuels que les hommes »* (Léonard et al., 2005). Ce constat dévoile autant de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'une addiction à l'alimentation (Léonard et al., 2005), comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent.

4.5. Résumé

Les choix de consommation alimentaire, et la santé plus généralement, pourront être influencés aussi bien par la situation économique, l'entourage et les interactions sociales que par la culture des individus et l'environnement au sein duquel ils évoluent. Ainsi, des revenus précaires, des relations sociales difficiles ou un cadre de vie où fourmillent les magasins alimentaires auront tendance à augmenter les risques de développer une addiction à l'alimentation.

Chapitre 5 – Réflexions de la littérature sur la question de recherche

Différents chercheurs mettent en exergue le lien probant entre l'obésité et l'addiction alimentaire. En effet, à l'instar des drogues, certains aliments, ou les substances qui leur sont ajoutées ultérieurement, peuvent activer le système de récompense et de plaisir dans le cerveau, par la libération de dopamine. Ce qui déclenchera un processus d'addiction (Campana et al., 2019). Par ailleurs, une réduction des récepteurs dopaminergiques D2 a également été constatée chez les personnes obèses, ce qui entraîne une alimentation compulsive, renforçant par conséquent le désir de manger et la prise de poids (Volkow et al., 2008).

Toujours en ce qui concerne les personnes atteintes d'obésité, l'addiction à l'alimentation est détectée dans plus de 50% des cas chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire tels que la boulimie nerveuse ou l'hyperphagie boulimique (Cathelain et al., 2016).

En outre, d'après les résultats combinés de plus d'une vingtaine d'études menées sur les personnes obèses afin d'évaluer la prévalence de l'addiction alimentaire (Yazbeck, 2015), il semble que cette addiction affecte près du double des femmes (12,2%) par rapport aux hommes (6,4%) et qu'elle survient le plus souvent chez les individus âgés de plus de 35 ans (22,2% contre 17%).

Le symptôme en tête de liste du diagnostic, dans plus de 70% des cas, est « *le désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation* » (Yazbeck, 2015). Soulignons que le fait de poursuivre un comportement alimentaire malgré la conscience de ses effets néfastes pour la santé est un autre symptôme récurrent identifié au cours des études effectuées sur les patients en surpoids (Cathelain et al., 2016).

Dans une optique plus poussée de comparaison, une équipe de chercheurs a mené deux études en vis-à-vis, l'une visant des étudiants lambda et l'autre ciblant des patients obèses désireux de recourir à la chirurgie bariatrique. L'auto-questionnaire YFAS a été utilisé afin de mettre en évidence la présence d'une addiction à l'alimentation sur deux échantillons distincts. À noter que les deux groupes comprenaient une large majorité de femmes. Il ressort des résultats que l'addiction alimentaire est nettement plus représentée chez les sujets atteints d'obésité, à 47% contre 10% chez les étudiants. Dans leur cas, *« la symptomatologie de "l'addiction à l'alimentation" était associée à une fréquence plus élevée de frénésie alimentaire et à une impulsivité attentionnelle »* (traduction libre – Meule, Müller, Gearhardt, & Blechert, 2017).

Du reste, une autre étude, réalisée cette fois sur près de 5 000 sujets, rejoint les conclusions exposées en général, à savoir notamment que l'addiction à l'alimentation touche essentiellement les personnes avec un IMC élevé et de sexe féminin. Cette étude avait également pour objectif de mettre en relation les facteurs socioéconomiques avec le risque d'addiction alimentaire. Cependant, les participants avaient pour la majorité des revenus et un niveau d'éducation élevés. Les auteurs précisent néanmoins qu'*« étant donné que le statut socioéconomique inférieur est corrélé à de mauvaises habitudes alimentaires – qui entraînent surpoids, voire obésité –, la surreprésentation des sujets avec un statut socioéconomique plus élevé dans cette étude a probablement entraîné une sous-estimation de la prévalence réelle de l'addiction alimentaire »* (traduction libre – Horsager, Færk, Lauritsen, & Østergaard, 2020).

À l'issue de ces multiples études, plusieurs constats semblent se faire écho. Tout d'abord, bien que toutes les personnes obèses ne souffrent pas nécessairement d'addiction à l'alimentation, la plupart des participants chez lesquels est diagnostiquée ladite addiction sont atteints d'obésité. La cause fréquemment relevée étant une suralimentation, qui plus est hypercalorique.

Ensuite, les profils récurrents parmi les personnes addictes à l'alimentation seraient majoritairement des femmes, a fortiori âgées de plus de 30 ans.

Enfin, tant l'obésité que l'addiction alimentaire sont influencées par l'environnement de l'individu.

II. Partie pratique

Cette section comportera en premier lieu une présentation point par point de la méthodologie qui a été utilisée pour tâcher de répondre à la question de recherche du présent travail, à savoir l'identification des déterminants socioculturels et environnementaux causant prioritairement une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids.

Dans un second temps, les différents résultats obtenus à l'issue de notre enquête seront exposés et illustrés à l'aide de tableaux et de graphiques.

Chapitre 6 – Étude et recueil de données

6.1. Lieu d'étude

Pour ce travail de recherche centré sur l'addiction à l'alimentation et sur les personnes obèses et en surpoids, il s'agissait de cibler la population appropriée. Nous avons dès lors souhaité interroger les nouveaux patients d'un établissement qui traite ces problèmes de santé chroniques.

Parmi les quelques institutions exerçant dans ce domaine en Belgique, notre choix s'est porté sur le Centre Intégré de l'Obésité (CIO) de l'hôpital Erasme à Anderlecht, qui se spécialise dans le traitement pluridisciplinaire du surpoids et de l'obésité. À cette fin, le CIO propose trois modules de prise en charge personnalisée, à savoir le coaching intensif assorti d'un suivi diététique, l'intervention médicale (ballon intra-gastrique ou plicature gastrique) et enfin l'opération chirurgicale proprement dite (la chirurgie bariatrique).

6.2. Méthode

Un questionnaire anonyme et non obligatoire portant sur les habitudes alimentaires a été proposé aux nouveaux patients du CIO. Ces personnes étaient donc toutes dans une situation de surpoids ou d'obésité et ne suivaient pas encore leur traitement diététique personnalisé ; une condition capitale pour obtenir de leur part des réponses pertinentes en matière de choix alimentaires. Après leur première consultation, les patients ont dès lors été invités par leur diététicien à remplir ledit questionnaire, en toute liberté et au moment de leur gré. Les répondants ont ensuite déposé le document complété dans une urne scellée qui avait été préalablement placée au secrétariat de l'établissement, afin d'assurer au mieux l'anonymat des patients et le respect de leur intimité.

Par la suite, l'ensemble des données collectées ont été saisies dans un logiciel conçu spécialement pour les analyses statistiques dans le secteur des sciences sociales. L'objectif étant de mettre en exergue les potentielles corrélations entre les résultats de l'anamnèse établie pour chacun des répondants et la présence d'une addiction à l'alimentation.

Il convient de souligner que vu le caractère bilingue de Bruxelles, le questionnaire a été soumis en deux versions, l'une en français (annexe 2) et l'autre en néerlandais (annexe 3). Le texte source existait en français et la traduction néerlandaise a été réalisée par un traducteur professionnel.

6.3. Composition du questionnaire

Le questionnaire comprend trois parties : une lettre de consentement, un formulaire visant à établir l'anamnèse des participants et la version modifiée du *Yale Food Addiction Scale* (mYFAS).

La lettre de consentement explique le contenu et le but de l'étude. Elle informe également le répondant du caractère anonyme et volontaire de sa participation. Une précision est aussi donnée sur la liberté de s'abstenir de répondre aux questions potentiellement inconvenantes.

En ce qui concerne le formulaire (inclus dans l'annexe 2), il contient un certain nombre de questions générales qui serviront à élaborer une anamnèse détaillée de chacun des patients interrogés. À cet égard, les questions ont été choisies sur la base, d'une part, des données du dossier « *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?* » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b) et, d'autre part, des informations dégagées dans les différents ouvrages de littérature scientifique mentionnés dans les chapitres ci-avant qui portaient sur l'addiction en général, sur l'addiction alimentaire en particulier et sur les facteurs tant individuels qu'extérieurs impliqués dans cette problématique.

Ci-dessous sont énumérés les aspects qui ont été pris en compte :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| • Sexe | • Religion |
| • Âge | • Statut matrimonial et nombre d'enfants |
| • Poids et taille | • Niveau d'éducation |
| • Lieu de résidence et de naissance | • Profession exercée |
| • Nationalité | • Hauteur des revenus |
| • Origine ethnique | • Présence éventuelle de comorbidités |

L'élément central de notre questionnaire est le mYFAS, la version adaptée du *Yale Food Addiction Scale* (joint à l'annexe 1) qui, pour rappel, s'appuie sur les sept critères de dépendance aux substances listés dans le DSM-5. Ces critères sont spécifiés ci-dessous (Cathelain et al., 2016) :

Tableau 1 : Critères de dépendance à une substance

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. Effets notablement diminués en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance b. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance

Le mYFAS compte neuf questions rattachées aux habitudes alimentaires :

1. *J'ai constaté que je continuais à consommer certains aliments même lorsque je n'avais plus faim.*
2. *Le fait de réduire ma consommation de certains aliments m'a préoccupé(e), tracassé(e).*
3. *Je me suis senti(e) épuisé(e) ou ramolli(e) d'avoir trop mangé.*
4. *J'ai passé du temps à faire face aux émotions négatives liées au fait d'avoir trop mangé certains aliments, plutôt que de passer du temps à faire d'autres activités importantes comme être avec ma famille ou mes amis, travailler ou avoir des loisirs.*
5. *J'ai ressenti des symptômes de sevrage comme de l'agitation, de l'anxiété lorsque j'ai diminué ou arrêté de consommer certains aliments (NE PAS tenir compte des symptômes dus à une réduction ou un arrêt de boissons contenant de la caféine : café, thé, boissons gazeuses ou énergisantes, etc.).*

6. *J'ai continué de consommer le même type ou la même quantité de nourriture, en dépit de difficultés émotionnelles (par exemple : dépression, de l'anxiété, de la culpabilité, de la honte ou du dégoût de moi-même) ou de problèmes physiques importants liés à mon alimentation.*
7. *J'ai constaté que de manger la même quantité de nourriture ne me permet plus de réduire les émotions négatives ou d'augmenter le sentiment de plaisir comme cela était le cas auparavant.*
8. *J'éprouve une importante détresse en raison de mon rapport à la nourriture et de mon comportement alimentaire.*
9. *J'éprouve d'importantes difficultés à fonctionner efficacement (par exemple : au travail ou à l'école, dans mes activités quotidiennes, en famille ou en situation sociale), ou j'ai des problèmes de santé en raison de mon rapport à la nourriture ou de mon comportement alimentaire.*

Les sept premières questions correspondent aux critères de dépendance précités et permettront d'évaluer la présence d'une addiction alimentaire. Quant aux questions 8 et 9, elles serviront à détecter une éventuelle souffrance émotionnelle qui, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, peut être mise en cause dans l'apparition d'une telle addiction.

Les interrogés devront indiquer la récurrence de leurs habitudes alimentaires au cours des douze derniers mois, en choisissant entre cinq fréquences :

- Jamais (0 point)
- 1 fois par mois (1 point)
- 2 à 4 fois par mois (2 points)
- 2 à 4 fois par semaine (3 points)
- Plus de 4 fois par semaine ou tous les jours (4 points)

Une notation sera attribuée en fonction des réponses cochées, qui déterminera si les critères de dépendance sont positifs ou non. La présence d'une addiction à l'alimentation pourra dès lors être conclue si, au terme du questionnaire, trois critères au minimum s'avèrent positifs et si une détresse émotionnelle est décelée.

En complément, les interrogés devront également indiquer, dans la liste reprise ci-après, les aliments dont ils éprouvent des difficultés à contrôler la consommation :

Crèmes glacés	Chocolat	Pommes	Beignet
Brocoli	Paquets de biscuits	Gâteaux	Pain blanc

Les petits pains	Laitue	Pâtes	Fraises
Riz	Crackers	Bretzels	Frites
Carottes	Steak	Bananes	Bacon
Hamburgers	Pizzas	Soda	Esquimau
Bonbons	Chips	Cheeseburgers	Aucun de ces aliments

Les répondants seront en outre invités à mentionner les autres aliments qui leur poseraient un problème de consommation.

6.4. Éthique

Avant de pouvoir être menée au Centre Intégré de l'Obésité, cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital Erasme en date du 12 février 2020.

6.5. Critère d'inclusion

Les critères d'inclusion des participants à notre étude sont énumérés ci-dessous :

- Être en situation de surpoids ou d'obésité ;
- Avoir entre 18 et 65 ans ;
- Comprendre le français ou le néerlandais ;
- Ne pas avoir d'antécédents de chirurgie bariatrique ;
- Ne pas être enceinte.

6.6. Recueil des données

La récolte des données s'est déroulée entre le mois de février et le mois d'août 2020.

Initialement, la période d'étude courait de février à juin. Cependant, à la suite du confinement national déclaré en mars à cause de la pandémie de Covid-19, cette période a été prolongée jusqu'à la fin août sur accord du comité d'éthique de l'hôpital Erasme. En effet, le centre a été contraint de cesser temporairement ses consultations, lesquelles n'ont repris qu'au mois de juin.

6.7. Analyse des données

L'ensemble des données issues des questionnaires a été analysé à l'aide du logiciel spécialisé *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Nous avons considéré les résultats comme étant significatifs lorsque la valeur de p se révèle inférieure à 0,05 (5%). Il s'agit là d'une valeur standard utilisée dans les études scientifiques, car une valeur peu élevée de p signifie une probabilité réduite que le résultat observé soit le fruit de processus aléatoires (D'hoore, 2014).

Afin de mettre en évidence un rapport entre les différents éléments de l'anamnèse des répondants et la présence d'une addiction alimentaire, deux types de test se sont avérés nécessaires.

Nous avons procédé à un test exact de Fisher dans les cas où il convenait de souligner une corrélation entre deux variables catégorielles et nous avons effectué un test khi-carré lorsque davantage de variables entraient en ligne de compte. Ces tests ont été réalisés en fonction de la proportion de l'échantillon concerné par ces variables.

En parallèle, le logiciel Excel nous a permis d'établir un graphique indiquant le pourcentage des aliments les plus difficiles à contrôler pour les participants chez lesquels nous avons diagnostiqué une addiction à l'alimentation sur la base de nos résultats.

Chapitre 7 – Résultats

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats de l'anamnèse de nos différents participants ainsi que leurs réponses au questionnaire mYFAS.

Ensuite, au regard des résultats de l'analyse statistique du programme SPSS susmentionné, nous mettrons en relation ces résultats avec la présence d'une addiction alimentaire.

Nous avons récolté vingt documents, mais il a fallu écarter un exemplaire car l'un des participants n'avait pas complété le questionnaire mYFAS sur les habitudes alimentaires, autrement dit la partie la plus importante. Notre échantillon total se compose donc de dix-neuf patients.

7.1. Résultats de l'anamnèse des répondants

Tableau 2 : Résultats de l'anamnèse - questions 1 à 5

N = 19 (%)	
Sexe	
Femme	16 (84,2)
Homme	3 (15,8)
Âge	
Entre 18 et 25 ans	5 (26,3)
Entre 26 et 35 ans	4 (21,1)
Entre 36 et 45 ans	4 (21,1)
Entre 46 et 65 ans	6 (31,6)
IMC	
Surpoids	3 (15,8)
Obésité I	4 (21,1)
Obésité II	5 (26,3)
Obésité morbide	7 (36,8)
Lieu de résidence	
Bruxelles-Capitale	9 (47,4)
Flandre	5 (26,3)
Wallonie	3 (15,8)
Pas de réponse	2 (10,5)

Notre échantillon de dix-neuf personnes est constitué majoritairement de femmes (84,2%).

Les différentes tranches d'âge sont représentées de manière relativement équilibrée, avec toutefois une légère pointe pour les participants âgés de 46 à 65 ans (31,6%). Les profils entre 18 et 25 ans viennent à la deuxième place (26,3%), suivis dans une même proportion par les personnes ayant entre 26 et 35 ans et celles entre 36 et 45 ans (21,1%).

D'après le calcul de l'IMC, nous pouvons observer que la très large majorité des répondants souffrent d'obésité (84,2% contre 15,8% en simple surpoids). Soulignons que 36,8% sont même au stade de l'obésité morbide.

Près de la moitié des participants habitent la Région de Bruxelles-Capitale (47,4%). Les personnes résidant en Flandre et en Wallonie se chiffrent respectivement à 26,3% et 15,8%. Notons cela dit que 10,5% des interrogés se sont abstenus de répondre à cette question.

En ce qui concerne Bruxelles, nous retrouvons les communes d'Anderlecht, de Evere, de Forest, de Koekelberg, de Laeken, de Molenbeek-Saint-Jean et de Schaerbeek. Au niveau de la Flandre, les communes de Alost, de Dilbeek, de Ruisbroek et de Vilvoorde ont été mentionnées. Pour ce qui est de la Wallonie, les participants viennent des villes de Mons et de Seneffe.

Tableau 3 : Résultats de l'anamnèse - questions 6 à 8

	N = 19 (%)
Groupe ethnique	
Asiatique	0 (0)
Africain	1 (5,3)
Arabe	4 (21,1)
Caucasien	7 (36,8)
Hispanique	1 (5,3)
Autre	2 (10,5)
Pas de réponse	4 (21,1)
Pays de naissance	
Belgique	13 (68,4)
Djibouti	1 (5,3)
Hongrie	1 (5,3)
Italie	2 (10,5)
Portugal	1 (5,3)
Tunisie	1 (5,3)
Religion	
Athéisme	2 (10,5)
Bouddhisme	0 (0)
Christianisme	10 (52,6)
Hindouisme	0 (0)
Islam	5 (26,3)
Judaïsme	0 (0)
Autre	2 (10,5)

En ce qui concerne le profil ethnique, sept participants sont caucasiens (36,8%), quatre sont d'origine arabe (21,1%), un répondant est de type hispanique et un autre d'origine africaine (5,3%). Aucun profil asiatique n'a été répertorié (0%). En revanche, deux personnes ont mentionné « Autre » (10,5%) et quatre ont préféré ne pas répondre à la question (21,1%).

Treize participants sur les dix-neuf au total sont nés en Belgique (68,4%). Deux sont originaires d'Italie (10,5%), tandis que les quatre personnes restantes sont nées en Hongrie, au Portugal, en Tunisie ou à Djibouti (soit 5,3% pour chacune).

Pour ce qui est des convictions religieuses, le christianisme s'impose en majorité à 52,6%, suivi par l'islam avec 26,3%. Deux interrogés se déclarent athées et deux autres ont répondu « Autre » (10,5% respectivement). Les courants restants comme le judaïsme, le bouddhisme et l'hindouisme n'ont pas récolté de voix.

Tableau 4 : Résultats de l'anamnèse - questions 9 à 11

N = 19 (%)	
Statut matrimonial	
Célibataire	7 (36,8)
Divorcé(e)	1 (5,3)
En couple	3 (15,8)
Marié(e)	8 (42,1)
Enfants	
Non	8 (42,1)
Oui	11 (57,9)
Niveau scolaire	
Bachelier/Graduat	6 (31,6)
Doctorat	0 (0)
Master/Licence	2 (10,5)
Sans diplôme	2 (10,5)
Secondaires	7 (36,8)
Autre	2 (10,5)

Au niveau du statut matrimonial, notre échantillon est composé de presque autant de profils célibataires (36,8%) que de personnes mariées (42,1%). Nous comptons également 15,8% de participants en couple et 5,3% de personnes divorcées.

Pour le critère de la parentalité, une légère majorité des répondants ont indiqué avoir un ou plusieurs enfants (57,9% contre 42,1% qui n'en ont pas).

La question du niveau scolaire a révélé une certaine diversité de profils. Il en ressort que la plupart des participants (36,8%) ont obtenu leur certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS) et ont ainsi terminé leurs études secondaires. 31,6% des interrogés ont un Bachelier (ou Graduat) et 10,5% possèdent un Master (ou Licence). Les profils universitaires au sens large peuvent donc être aussi considérés comme majoritaires.

Deux répondants (10,5%) déclarent ne pas avoir de diplôme spécifique. Selon la tournure des possibilités de réponse, cela signifierait qu'ils n'ont pas décroché le CESS.

En ce qui concerne les deux participants qui ont sélectionné la réponse « Autre » (10,5%), le premier a toutefois précisé « certificat d'études » et la seconde a mentionné « coiffeuse », ce qui impliquerait qu'ils possèdent bien au moins le CESS.

Pour finir, aucun titulaire de doctorat n'a été recensé dans notre échantillon de participants.

Tableau 5 : Résultats de l'anamnèse - questions 12 à 14

	N = 19 (%)
Situation professionnelle	
Au chômage	1 (5,3)
Employeur	1 (5,3)
Etudiant(e)	3 (15,8)
Indépendant(e)	2 (10,5)
Retraité(e)	2 (10,5)
Salarié(e)	6 (31,6)
Autre	4 (21,1)
Revenus	
Inférieurs ($\leq 20\,348$ €)	10 (52,6)
Bas ($> 20\,348$ et $\leq 23\,209$ €)	2 (10,5)
Moyens ($> 23\,209$ et $\leq 25\,735$ €)	2 (10,5)
Hauts ($> 25\,735$ et $\leq 28\,350$ €)	1 (5,3)
Supérieurs ($> 28\,350$ €)	2 (10,5)
Pas de réponse	2 (10,5)
Comorbidité(s)	
Non	12 (63,2)
Oui	7 (36,8)

Du point de vue du statut professionnel, nous comptabilisons 31,6% de salariés, 15,8% d'étudiants et 10,5% d'indépendants comme de retraités. Les personnes au chômage et les employeurs se chiffrent ici chacun à 5,3%. Enfin, dans les 21,1% qui ont répondu « Autre », deux participants ont précisé se trouver en incapacité de travail, un autre a indiqué suivre une formation du soir et une dernière est mère au foyer.

Nous avons également interrogé les participants sur leurs revenus nets annuels. Les différentes tranches de revenus et leurs dénominations sont extraites du dossier public « *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?* » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b).

Il en résulte qu'un peu plus de la moitié de notre échantillon (52,6%) perçoit des revenus dits « inférieurs », que les répondants aux revenus considérés comme « bas », « moyens » et « supérieurs » sont chacun représentés à 10,5% et enfin que 5,3% des sondés ont des revenus dits « hauts ». Soulignons du reste 10,5% d'abstentionnistes.

Pour terminer, 36,8% des participants déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques en parallèle de leur situation de surpoids ou d'obésité. Les comorbidités citées sont les suivantes : fibromyalgie, hypertension artérielle, diabète de type II, asthme, maladie cœliaque, épilepsie, problème de thyroïde, syndrome d'Ehlers Danlos (pathologie héréditaire affectant les tissus conjonctifs – Fichard, Chanut-Delalande, & Ruggiero, 2003).

7.2. Résultats du *Modified Yale Food Addiction Scale* (mYFAS)

Tableau 6 : Résultats du mYFAS

N = 19 (%)	
Personnes présentant au moins trois critères d'addiction à l'alimentation	
Non	9 (47,6)
Oui	10 (52,6)
Personnes présentant une détresse émotionnelle	
Non	6 (31,6)
Oui	13 (68,4)
Personnes souffrant d'une addiction à l'alimentation	
Non	11 (57,9)
Oui	8 (42,1)

Au regard des réponses données aux questions 1 à 7 du mYFAS, nous pouvons observer qu'un peu plus de la moitié des répondants (52,6%) présentent au moins trois critères d'addiction alimentaire.

Quant aux informations recueillies grâce aux questions 8 et 9, elles nous permettent de conclure que plus de deux tiers des interrogés (68,4%) affichent les signes d'une détresse émotionnelle.

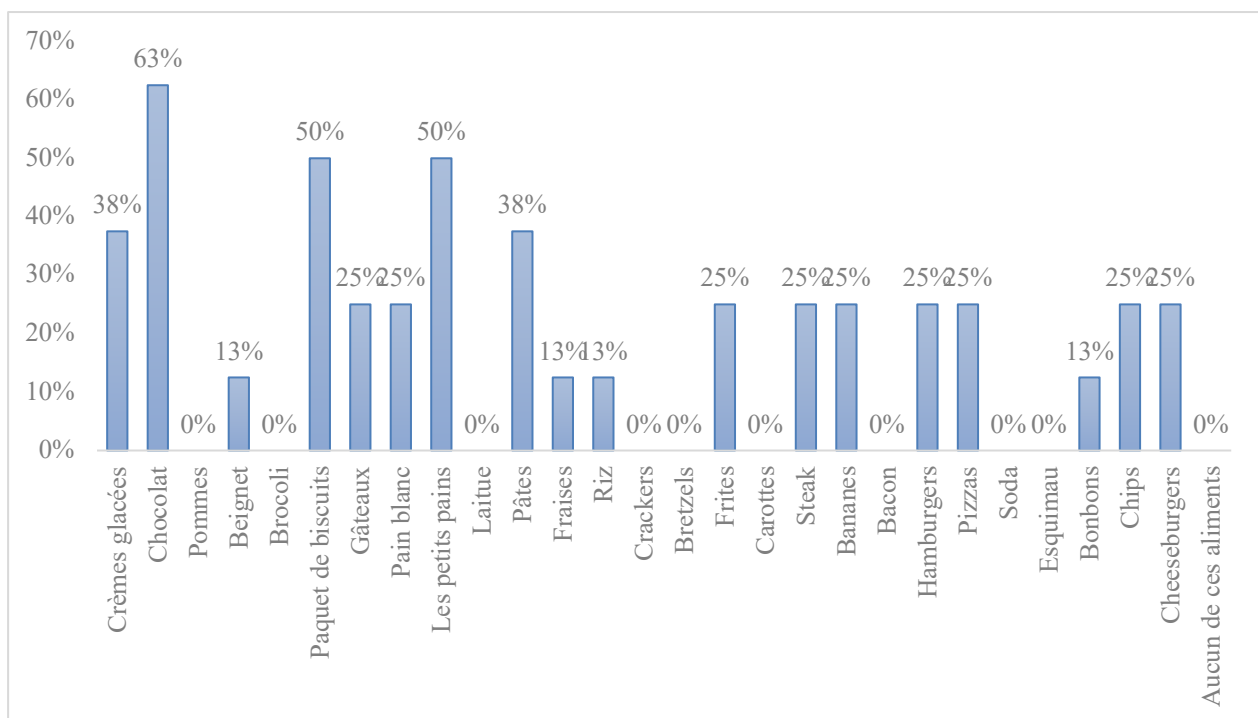
Or, s'ils sont considérés séparément, les deux facteurs précités ne se montrent guère révélateurs. Par conséquent, conformément au protocole du mYFAS, le diagnostic d'une addiction à l'alimentation ne pourra être posé que si trois critères d'addiction à l'alimentation au moins sont positifs et que, de surcroît, une souffrance psychique est décelée.

Ainsi, à l'issue de ce questionnaire, huit des dix-neuf participants (42,1%) réunissent ces deux conditions et peuvent être identifiés comme atteints d'une addiction alimentaire.

À titre complémentaire, la dernière partie du questionnaire mYFAS se concentre sur les aliments dont la consommation s'avère généralement difficile à contrôler dans le contexte d'une addiction alimentaire. Dans une liste prédéfinie, les participants ont été invités à cocher le ou les aliments qui leur sont problématiques.

Le graphique ci-dessous reprend l'ensemble des aliments proposés et la proportion dans laquelle ils ont été mentionnés par les répondants.

Graphique 1 : Aliments problématiques dans le cas d'une addiction alimentaire



Nous pouvons constater que les problèmes de consommation concernent avant tout le chocolat (63%), les biscuits et petits pains (50%) ainsi que les crèmes glacées et les pâtes (38%). Dans une moindre mesure interviennent notamment les gâteaux, les chips, les hamburgers et les pizzas (25%) mais aussi les bonbons et les beignets (13%).

Il convient de noter par ailleurs que l'un des huit participants atteints d'une addiction alimentaire n'a pas répondu à cette question.

Enfin, outre les choix proposés dans la liste prédéfinie ci-avant, les répondants ont également signalé d'autres aliments dont ils éprouvent des difficultés à contrôler la consommation. Les aliments en question sont le ketchup, la mayonnaise, les crêpes, la pâte à tartiner au chocolat, le vin, le beurre et le fromage râpé.

7.3. Corrélations établies sur la base des résultats de l'anamnèse

Dans cette section, nous allons examiner les composantes de l'anamnèse des répondants (réalisée pour rappel grâce au questionnaire généraliste, lequel est joint à l'annexe 2) dans le but de déterminer quels facteurs pourraient entraîner la survenue d'une addiction alimentaire.

À cet égard, nous avons procédé à des tests khi-carré et/ou, le cas échéant, un test exact de Fisher, à l'aide du logiciel d'analyse *Statistical Package for the Social Sciences*. Les résultats sont considérés comme significatifs lorsque la valeur de p se trouve inférieure à 0,05 (5%), tel que nous l'avons explicité au point 6.7.

7.3.1. Corrélation entre le sexe et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 7 : Données relatives au sexe

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Sexe	Femme	9 (47,6)	7 (36,8)	16 (84,2)
	Homme	2 (10,5)	1 (5,3)	3 (15,8)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 8 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,112 ^a	1	,737		
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,115	1	,735		
Test exact de Fisher				1,000	,624
N d'observations valides	19				

a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,26.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Sur les dix-neuf participants de notre étude, nous avons diagnostiqué sept femmes souffrant d'une addiction à l'alimentation (36,8%) contre un homme dans le même cas (5,3%).

Cependant, comme en atteste le résultat du test exact de Fisher repris ci-dessus, la p valeur est ici de 1,000. Notre seuil limite de 0,05 est par conséquent dépassé, ce qui ne permet pas de mettre en évidence une influence significative du sexe sur l'apparition d'une addiction alimentaire.

7.3.2. Corrélation entre l'âge et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 9 : Données relatives à l'âge

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Âge	Entre 18 et 25 ans	3 (15,8)	2 (10,5)	5 (26,3)
	Entre 26 et 35 ans	2 (10,5)	2 (10,5)	4 (21,1)
	Entre 36 et 45 ans	3 (15,8)	2 (10,5)	4 (21,1)
	Entre 46 et 65 ans	3 (15,8)	3 (15,8)	6 (31,6)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 10 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,745 ^a	3	,863
Rapport de vraisemblance	,772	3	,856
N d'observations valides	19		

a. 8 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de 1,68.

Il ressort de notre enquête que les personnes entre 46 et 65 ans sont légèrement plus touchées par le phénomène d'addiction à l'alimentation (15,8%) que toutes les autres tranches d'âge, lesquelles affichent chacune un taux de 10,5%.

Les résultats de notre test khi-carré donnent une valeur p égale à 0,863. Ce qui excède notre valeur référentielle $p > 0,05$. En conséquence, nous ne pouvons conclure à une éventuelle incidence de l'âge sur la survenue de l'addiction alimentaire.

7.3.3. Corrélation entre l'IMC et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 11 : Données relatives à l'IMC

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
IMC	Obésité I	2 (10,5)	2 (10,5)	4 (21,1)
	Obésité II	2 (10,5)	3 (15,8)	5 (26,3)
	Obésité morbide	4 (21,1)	3 (15,8)	7 (36,8)
	Surpoids	3 (15,8)	0 (0)	3 (15,8)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 12 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,943 ^a	3	,401
Rapport de vraisemblance	4,028	3	,258
N d'observations valides	19		
a. 8 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,26.			

Les participants souffrant d'obésité morbide et d'obésité de type II s'avèrent les plus atteints d'addiction à l'alimentation (avec un taux de 15,8% pour chaque catégorie). Les personnes atteintes d'obésité de type I sont aussi affectées mais dans une moindre mesure (10,5%).

En revanche, nous n'avons pas détecté d'addiction alimentaire chez les répondants en simple surpoids, c'est-à-dire avec un IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m².

En définitive, l'influence de l'IMC sur l'addiction alimentaire ne peut être confirmée, puisque nos tests ont montré une valeur p de 0,401, soit $p > 0,05$.

7.3.4. Corrélation entre le lieu de résidence et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 13 : Données relatives aux communes de résidence

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Lieu de résidence	Bruxelles-Capitale	5 (26,3)	4 (21,1)	9 (47,4)
	Flandre	5 (26,3)	0 (0)	5 (26,3)
	Pas de réponse	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (10,5)
	Wallonie	0 (0)	3 (15,8)	3 (15,8)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 14 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,833 ^a	3	,050
Rapport de vraisemblance	10,726	3	,013
N d'observations valides	19		
a. 7 cellules (87,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,84.			

Nous constatons ici que les répondants atteints d'une addiction à l'alimentation habitent majoritairement dans les communes de la région de Bruxelles-Capitale (21,1%). Le deuxième groupe le plus représenté comprend les résidents en Wallonie, avec un taux de 15,8%. Par contre, aucun cas d'addiction alimentaire n'a été observé chez les personnes habitant en Flandre.

Il s'agit également de souligner que 5,3% de interrogés souffrant d'addiction à l'alimentation n'ont pas renseigné leur lieu de résidence.

La relation entre le lieu de résidence et la survenue d'une addiction à l'alimentation n'a hélas pas pu être démontrée. En effet, notre test khi-carré montre une valeur p de 0,050 alors qu'une stricte valeur $p < 0,05$ est nécessaire pour parvenir à un résultat concluant.

7.3.5. Corrélation entre le groupe ethnique et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 15 : Données relatives aux groupes ethniques

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Groupe ethnique	Africain	1 (5,3)	0 (0)	1 (5,3)
	Arabe	2 (10,5)	2 (10,5)	4 (21,1)
	Autre	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (10,5)
	Caucasien	4 (21,1)	3 (15,8)	7 (36,8)
	Hispanique	1 (5,3)	0 (0)	1 (5,3)
	Pas de réponse	2 (10,5)	2 (10,5)	4 (21,1)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 16 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,712 ^a	5	,887
Rapport de vraisemblance	2,440	5	,785
N d'observations valides	19		

a. 12 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,42.

Dans notre échantillon total de participants, les patients souffrant d'une addiction alimentaire de type caucasien et d'origine arabe sont représentés respectivement à 15,8% et à 10,5%. Quant aux répondants de type africain et hispanique, ils affichent un taux de 0%.

Le reste des participants diagnostiqués comme présentant une addiction à l'alimentation n'ont pas répondu à la question (10,5%) ou ont coché l'option « Autre » (5,3%).

Après avoir effectué nos tests, aucun lien n'a pu être mis en évidence entre l'appartenance à un groupe ethnique spécifique et la présence d'une addiction à l'alimentation. De fait, la valeur p s'élevant à 0,887, notre seuil de référence ($p < 0,05$) est dès lors dépassé.

7.3.6. Corrélation entre le pays de naissance et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 17 : Données relatives au pays de naissance

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Pays de naissance	Belgique	7 (36,8)	6 (31,6)	13 (68,4)
	Djibouti	1 (5,3)	0 (0)	1 (5,3)
	Hongrie	1 (5,3)	0 (0)	1 (5,3)
	Italie	2 (10,5)	0 (0)	2 (10,5)
	Portugal	0 (0)	1 (5,3)	1 (5,3)
	Tunisie	0 (0)	1 (5,3)	1 (5,3)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 18 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,747 ^a	5	,332
Rapport de vraisemblance	7,919	5	,161
N d'observations valides	19		

a. 10 cellules (83,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,42.

Pour ce qui est du pays de naissance, nous pouvons observer qu'une majorité de répondants diagnostiqués comme addicts à l'alimentation sont nés en Belgique (31,6%). En parallèle, deux des participants sont respectivement natifs du Portugal et de la Tunisie (représentant chacun 5,3% du total de notre échantillon).

À l'issue de nos tests, la valeur p s'avère être égale à 0,332. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de confirmer une potentielle corrélation entre le pays de naissance d'un individu et l'apparition d'une addiction à l'alimentation.

7.3.7. Corrélation entre la religion et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 19 : Données relatives à la religion

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Religion(s)	Athéisme	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (10,5)
	Autre	2 (10,5)	0 (0)	2 (10,5)
	Christianisme	5 (26,3)	5 (26,3)	10 (52,6)
	Islam	3 (15,8)	2 (10,5)	5 (26,3)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 20 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,770 ^a	3	,621
Rapport de vraisemblance	2,498	3	,476
N d'observations valides	19		
a. 7 cellules (87,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,84.			

Les répondants qui présentent une addiction alimentaire sont pour la plupart de confession chrétienne (26,3%) et de confession musulmane (10,5%). Seul un des patients addict à l'alimentation a déclaré être (5,3%).

Notons que les participants qui ont répondu « Autre » n'ont aucune influence sur les statistiques puisque nul d'entre eux n'a été diagnostiqué comme souffrant d'une addiction à l'alimentation.

Nous ne sommes toutefois pas à même d'établir un rapport probant entre la religion et l'addiction alimentaire, étant donné que les résultats de notre test khi-carré indiquent 0,621 comme valeur p , ce qui est supérieur de nouveau à notre limite de 0,05.

7.3.8. Corrélation entre le statut matrimonial et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 21 : Données relatives au statut matrimonial

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Statut matrimonial	Célibataire	3 (15,8)	4 (21,1)	7 (36,8)
	Divorcé(e)	0 (0)	1 (5,3)	1 (5,3)
	En couple	2 (10,5)	1 (5,3)	3 (15,8)
	Marié(e)	6 (31,6)	2 (10,5)	8 (42,1)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 22 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,079 ^a	3	,380
Rapport de vraisemblance	3,487	3	,322
N d'observations valides	19		
a. 8 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,42.			

Il ressort de notre étude que les répondants atteints d'une addiction à l'alimentation s'avèrent majoritairement célibataires (21,1%). Dans une plus faible proportion, nous retrouvons les personnes mariées (10,5%), divorcées (5,3%) et en couple (5,3%).

Néanmoins, la valeur p découlant de nos calculs s'élève à 0,380, ce qui ne constitue pas un résultat significatif (à savoir $p < 0,05$). Dès lors, nous ne pouvons pas mettre en avant une relation entre le statut matrimonial et la présence d'une addiction alimentaire.

7.3.9. Corrélation entre la parentalité et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 23 : Données relatives à la parentalité

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Avec enfant(s)	Non	4 (21,1)	4 (21,1)	8 (42,1)
	Oui	7 (36,8)	4 (21,1)	11 (57,9)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 24 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,353 ^a	1	,552		
Correction pour continuité ^b	,015	1	,901		
Rapport de vraisemblance	,353	1	,552		
Test exact de Fisher				,658	,449
N d'observations valides	19				

a. 3 cellules (75,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,37.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Du point de vue de la parentalité, la proportion des participants identifiés comme souffrant d'une addiction à l'alimentation est identique qu'ils aient ou non des enfants. Chaque catégorie est de fait représentée à 21,1%.

Aucune corrélation n'a pu être démontrée entre le fait d'avoir un ou plusieurs enfants et la présence d'une addiction à l'alimentation. Les résultats de nos tests indiquent effectivement 0,901 comme valeur de p , c'est-à-dire une valeur supérieure à notre seuil de référence 0,05.

7.3.10. Corrélation entre le niveau scolaire et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 25 : Données relatives au niveau scolaire

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Niveau scolaire	Autre	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (10,5)
	Bachelier/Graduat	4 (21,1)	2 (10,5)	6 (31,6)
	Master/Licence	0 (0)	2 (10,5)	2 (10,5)
	Sans diplôme	2 (10,5)	0 (0)	2 (10,5)
	Secondaires	4 (21,1)	3 (15,8)	7 (36,8)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 26 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,447 ^a	4	,349
Rapport de vraisemblance	5,892	4	,207
N d'observations valides	19		

a. 10 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,84.

La plupart des répondants atteints d'une addiction à l'alimentation ont suivi un cursus universitaire, puisque les titulaires d'un Bachelier (ou Graduat) ou d'un Master (ou Licence) affichent chacun un taux de 10,5%. Nous remarquons également que 15,8% des personnes addictes à l'alimentation ont un niveau d'études secondaires et que 5,3% déclarent ne pas posséder de diplôme.

Nous ne sommes toutefois pas parvenus à mettre concrètement en exergue l'incidence du niveau scolaire ou académique sur l'apparition d'une addiction alimentaire. En effet, notre test khi-carré donne une valeur p de 0,349. Un résultat considéré comme non significatif car supérieur à 0,05.

7.3.11. Corrélation entre le statut professionnel et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 27 : Données relatives à la situation professionnelle

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Situation professionnelle	Au chômage	1 (5,3)	0 (0)	1 (5,3)
	Autre	4 (21,1)	0 (0)	4 (21,1)
	Employeur	1 (5,3)	0 (0)	1 (5,3)
	Etudiant(e)	1 (5,3)	2 (10,5)	3 (15,8)
	Indépendant(e)	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (10,5)
	Retraité(e)	0 (0)	2 (10,5)	2 (10,5)
	Salarié(e)	3 (15,8)	3 (15,8)	6 (31,6)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 28 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,061 ^a	6	,234
Rapport de vraisemblance	10,954	6	,090
N d'observations valides	19		

a. 14 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,42.

Notre enquête révèle que 15,8% des participants atteints d'addiction à l'alimentation sont salariés, que 10,5% sont soit étudiants soit retraités et que 5,3% ont le statut d'indépendant.

Soulignons que parmi les sondés qui ont indiqué se trouver au chômage ou qui se sont abstenus de répondre à la question, aucun n'a été diagnostiqué comme ayant ladite addiction.

Cependant, il ne nous a pas été possible d'établir un lien entre la situation professionnelle des répondants et la présence d'une addiction alimentaire. Les tests indiquent une valeur p de 0,234. Notre seuil limite ($p < 0,05$) est donc bel et bien dépassé.

7.3.12. Corrélation entre les revenus annuels et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 29 : Données relatives aux revenus

		Présence d'une add	
		Non (%)	Oui (%)
Revenus nets par an	Inférieurs ($\leq 20\,348$ €)	6 (31,6)	4 (21,1)
	Bas ($> 20\,348$ et $\leq 23\,209$ €)	1 (5,3)	1 (5,3)
	Moyens ($> 23\,209$ et $\leq 25\,735$ €)	1 (5,3)	1 (5,3)
	Hauts ($> 25\,735$ et $\leq 28\,350$ €)	1 (5,3)	0 (0)
	Supérieurs ($> 28\,350$ €)	0 (0)	2 (10,5)
	Pas de réponse	2 (10,5)	0 (0)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)

Tableau 30 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,052 ^a	5	,410
Rapport de vraisemblance	6,859	5	,231
N d'observations valides	19		

a. 11 cellules (91,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,42.

Les patients souffrant d'une addiction à l'alimentation avec des revenus dits « inférieurs » sont représentés à 21,1%. Ceux avec des revenus « supérieurs » affichent un taux de 10,5% et ceux avec des revenus « bas » ou « moyens » constituent chacun 5,3% du total des interrogés.

Notons du reste qu'en ce qui concerne les participants qui ont indiqué percevoir des revenus « hauts » et ceux qui n'ont pas souhaité répondre à la question, aucun ne présente les signes d'une addiction alimentaire.

Nos calculs n'ont pas permis de détecter un lien entre les revenus annuels nets et la présence d'une addiction à l'alimentation, car la valeur p estimée pour ce critère s'élève à 0,410 soit $p > 0,05$.

7.3.13. Corrélation entre les comorbidités et la présence d'une addiction alimentaire

Tableau 31 : Données relatives aux comorbidités

		Présence d'une addiction		
		Non (%)	Oui (%)	Total (%)
Comorbidité(s)	Non	6 (31,6)	6 (31,6)	12 (63,2)
	Oui	5 (26,3)	2 (10,5)	7 (36,8)
Total		11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)

Tableau 32 : Conclusion des tests

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,833 ^a	1	,361		
Correction pour continuité ^b	,186	1	,667		
Rapport de vraisemblance	,853	1	,356		
Test exact de Fisher				,633	,337
N d'observations valides	19				

a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,95.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Comme en témoigne le premier tableau ci-dessus, notre échantillon comprend davantage de personnes atteintes d'une addiction alimentaire mais sans comorbidités (31,6%) que de personnes souffrant à la fois d'une addiction à l'alimentation et d'une ou plusieurs maladies chroniques en parallèle (10,5%).

La relation entre la présence de comorbidités et la survenue d'une addiction alimentaire n'a cependant pas pu être conclue étant donné que notre test exact de Fisher a montré une valeur p égale à 0,633, ce qui excède encore la mesure limite de 0,05.

7.3.14. Conclusions au terme de la phase de corrélation

Au sein de notre échantillon total de dix-neuf participants, huit personnes ont été diagnostiquées comme atteintes d'une addiction alimentaire. En vue de pouvoir identifier les facteurs susceptibles d'intervenir dans l'apparition de cette addiction, nous avons réalisé un certain nombre de tests et calculs statistiques.

En définitive, il s'est avéré qu'aucun lien n'a pu être établi entre les différentes composantes de l'anamnèse des répondants et la présence d'une addiction à l'alimentation. En effet, nous avons fixé à 0,05 (5%) la valeur p minimale nécessaire pour qualifier un résultat de significatif. Cependant, nos calculs ont à chaque fois abouti à une valeur p supérieure à notre seuil de référence, ce qui signifie que nos résultats pour chaque critère ne peuvent être considérés comme concluants.

Afin toutefois de poursuivre la réflexion en ce qui concerne les déterminants socioculturels et environnementaux possiblement impliqués en priorité dans le déclenchement d'une addiction à l'alimentation, la partie suivante sera consacrée principalement à la discussion approfondie de nos résultats mais portera également sur les limitations rencontrées au cours de notre étude ainsi que sur nos préconisations et perspectives.

Dans le prochain chapitre, les résultats de notre étude seront mis en parallèle avec les conclusions recueillies dans la littérature scientifique, afin notamment d'identifier les éventuelles similitudes et divergences.

III. Discussion

Chapitre 8 – Confrontation des résultats à la littérature

Tout d'abord, il convient de rappeler que notre étude porte uniquement sur les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité. Dans le détail, notre échantillon se compose en majeure partie de patients obèses, au stade de l'obésité morbide pour la plupart. Le reste étant en surpoids. Il ressort de nos résultats que la totalité des participants chez lesquels nous avons diagnostiqué une addiction à l'alimentation sont en fait obèses. En sus, la présence de l'addiction semble ici proportionnelle à la sévérité de l'obésité. Néanmoins, comme nous l'avons vu dans la littérature scientifique, bien que les individus présentant une addiction alimentaire sont souvent obèses, cela ne signifie pas pour autant que toutes les personnes atteintes d'obésité ont une telle addiction (Yazbeck, 2015). De plus, les études ne semblent pas établir de relation probante entre la sévérité de l'obésité et l'apparition de l'addiction à l'alimentation (Cathelain et al., 2016).

Au sein des répondants que nous avons identifiés comme addicts à l'alimentation, nous avons observé une majorité de femmes, ce qui coïncide avec les données recueillies lors de notre recherche documentaire, à savoir que les femmes seraient davantage touchées que les hommes par ce phénomène (Yazbeck, 2015). En outre, les ouvrages spécialisés avancent également que l'addiction alimentaire semble préférentiellement affecter les femmes de type caucasien et déjà en surpoids (Flint et al., 2014), ce que nos résultats tendent à confirmer.

Pour ce qui est des causes potentiellement impliquées dans l'apparition d'une addiction de ce type, la littérature met notamment en exergue la différence des profils hormonaux et des habitudes alimentaires entre hommes et femmes (Pursey et al., 2014).

L'attention est par ailleurs aussi attirée sur l'importance de la question de l'apparence lorsqu'il s'agit d'alimentation et d'obésité. En effet, « *la pratique des régimes alimentaires, par exemple, se veut reliée à des raisons de santé, mais l'apparence s'avère, en réalité, généralement la motivation première. L'étude des pratiques et des motivations des régimes alimentaires met ainsi en évidence une concentration de la pression sociale sur certaines catégories de la population [dont] les femmes* » (De Saint-Pol, 2014).

En ce qui concerne la tranche d'âge au sein de laquelle le risque de survenue d'une addiction alimentaire apparaît plus accru, un certain nombre d'études scientifiques s'accordent à mettre en exergue les individus de plus de 35 ans (Pursey et al., 2014). Cette constatation est corroborée par

les résultats de notre enquête, en ce sens que les personnes de plus de 35 ans sont majoritaires parmi les répondants que nous avons identifiés comme étant atteints d'une addiction à l'alimentation. Le taux s'élève en effet à 62,5%.

Par rapport à la situation géographique, nous relevons que la plupart de nos participants atteints d'une addiction alimentaire habitent la région de Bruxelles-Capitale, plus exactement dans les communes d'Anderlecht, de Bruxelles-ville, de Forest et de Koekelberg. Les deux premières communes affichent un niveau socioéconomique « bas » tandis que les deux autres appartiennent à la catégorie dite « intermédiaire ». Cette catégorisation sur l'échelle socioéconomique est fondée sur la combinaison de trois indicateurs, à savoir « *le revenu médian des déclarations fiscales, le taux de chômage et la proportion de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale* » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019a).

En outre, les statistiques nous révèlent que ces quatre communes possèdent un indice de richesse allant de 63 à 81, soit en dessous de 100, qui est l'indice de richesse de la Belgique. Dès lors, si ledit indice est inférieur à 100, cela signifie que « *le revenu moyen par personne dans l'unité administrative est inférieur au revenu moyen national* » (Statbel, 2018).

Du reste, il semble que les individus dans une position socioéconomique moins favorable aient entre autres « *un accès plus difficile à une alimentation équilibrée* » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b). Effectivement, comme nous l'avons abordé au point 4.3. de la partie théorique, les denrées plus saines s'avèrent en général relativement onéreuses et peu accessibles du fait de leurs coûts de production élevée. Ce constat pousse les personnes moins nanties à s'orienter vers des produits industriels, aux piètres valeurs nutritionnelles (Régner & Masullo, 2009), augmentant ainsi les risques d'addiction alimentaire (Ballon et al., 2018).

Concernant les autres patients de notre enquête souffrant aussi d'une addiction à l'alimentation, ils résident en région wallonne, à Mons et Seneffe dans la province du Hainaut. D'après les statistiques en matière de revenus fiscaux, l'indice de richesse de Mons se chiffre à 88, en deçà donc de l'indice national situé à 100. En revanche, Seneffe présente un indice supérieur, de 107 (Statbel, 2018). Aucun ouvrage scientifique n'a cependant affirmé que l'addiction alimentaire était strictement l'apanage des classes socioéconomiques plus modestes. D'autant qu'à l'heure actuelle, l'abondance des produits alimentaires – et en particulier les produits industriels – et leur publicité massive poussent grandement la population en général à consommer une quantité excessive de nourriture (Gearhardt et al., 2009a).

Sur le plan de l'origine ethnique, nos répondants addicts à l'alimentation sont majoritairement caucasiens, suivis par les personnes d'origine arabe. Ces résultats n'ont toutefois pas trouvé de grands échos dans la littérature spécialisée, car les conclusions des quelques études traitant de la relation entre l'appartenance ethnique et l'addiction alimentaire sont divergentes et souvent peu probantes. En effet, alors qu'une étude montre avec réserve une prévalence de ladite addiction chez les personnes blanches (Flint et al., 2014), d'autres indiquent une prédominance dans le chef des profils d'origine africaine (Eichen, Lent, Goldbacher, & Foster, 2013) ou encore hispanique (Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002). La corrélation entre addiction alimentaire et groupe ethnique semble donc complexe à analyser, notamment à cause de l'influence de la situation démographique et de la composition des échantillons étudiés (Pursey et al., 2014).

Il y a lieu de noter que nous n'avons pas jugé pertinent de nous attarder sur le fait que la grande majorité de nos patients atteints d'une addiction alimentaire sont nés en Belgique, car notre étude ayant été menée en Belgique, il n'est pas étonnant de constater une forte représentation de belges dans notre échantillon. De plus, nous n'avons trouvé aucune étude relative à la proportion des cas d'addiction alimentaire en Belgique ni aucune étude internationale axée sur la comparaison des pays plus ou moins affectés par cette pathologie.

Pour ce qui est des convictions religieuses, les chrétiens puis les musulmans sont largement représentés au sein de notre échantillon de participants chez lesquels une addiction à l'alimentation a été diagnostiquée. Cela dit, quand bien même nous avons lu dans la littérature que la religion et les croyances constituent des facteurs susceptibles d'avoir un impact sur les choix de consommation alimentaire (Bertin & Ostermann, 2017), nous ne sommes pas parvenus à mettre la main sur une étude faisant le lien entre la confession religieuse et l'addiction en question.

Au cours de notre enquête, nous avons également abordé la question de la situation familiale et du statut matrimonial. Nous avons détecté une addiction à l'alimentation chez autant de parents que de personnes sans enfant. En revanche, une prévalence a été observée chez les répondants célibataires (ou divorcés), ce que confirme la documentation scientifique (Cathelain et al., 2016). De fait, l'addiction alimentaire pouvant survenir à la suite de troubles psychologiques tels que la dépression (Cathelain et al., 2016), les profils célibataires s'avèrent plus exposés en ce qu'ils *« partagent le risque commun d'être dépressif en raison de leur même manque d'intégration conjugale dû à l'absence de conjoint »* (Shon & Duthé, 2013).

Du reste, le risque d'addiction se révèle encore plus élevé chez les célibataires avec enfant, car les familles monoparentales doivent généralement composer avec un certain manque de revenus, ce qui peut non seulement être une source de stress constant et de souffrances psychologiques mais aussi empêcher l'accès à une alimentation équilibrée (Berger, 2019). Tous ces facteurs entrent en ligne de compte dans le déclenchement d'une addiction alimentaire (Cathelain et al., 2016).

À propos du niveau scolaire et du statut professionnel, nous constatons une répartition relativement équivalente des cas d'addiction à l'alimentation dans les différentes strates de ces deux catégories. Aucun groupe cible en effet ne s'est singulièrement démarqué, que les répondants possèdent un diplôme de Bachelier, de Master ou de secondaires, ou qu'ils soient salariés, indépendants, retraités ou étudiants. À l'opposé, la comparaison des revenus annuels nets a donné un résultat plus révélateur. De fait, la prévalence y est plus prononcée chez les participants dont les revenus à l'année sont dits « inférieurs », c'est-à-dire moins de 20 348 euros.

Par conséquent, il semble que les facteurs sociaux et économiques soient les déterminants les plus susceptibles de provoquer une addiction alimentaire. Cette hypothèse tend à être confirmée par la littérature scientifique. Des études nous indiquent effectivement que les revenus d'un individu déterminent son statut socioéconomique (Fonseca et al., 2019) et que la hauteur dudit statut est même proportionnelle à l'importance des revenus (Charafeddine & Drieskens, 2013). D'autre part, il sera plus aisé pour une personne ayant de hauts revenus de soigner sa qualité de vie et son état de santé (Demarest et al., 2013).

Du reste, tel que nous l'avons souligné dans le chapitre 4 au sujet des facteurs socioculturels et environnementaux, la situation socioéconomique conditionne également les choix en matière d'alimentation ainsi que le régime alimentaire (Hough & Sosa, 2015), lesquels traduisent en réalité l'expression du statut social (Croghan et al.).

De plus, comme exposé ci-dessus au point relatif à la situation géographique, un faible statut socioéconomique peut entraver l'accès à une alimentation équilibrée (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019b), ce qui, dès lors, augmente les risques de développer une addiction alimentaire (Ballon et al., 2018). Enfin, en l'occurrence, il semble que cette addiction soit diagnostiquée le plus fréquemment chez les personnes obèses, a fortiori dotées de faibles revenus (Hebebrand et al., 2014).

Il nous a également paru intéressant d'interroger les participants sur la présence d'éventuelles comorbidités. De fait, lors de notre travail de recherche préparatoire avant l'amorce de notre étude, nous avons appris de la littérature que l'apparition d'une addiction à l'alimentation pouvait résulter

d'autres maladies sous-jacentes, par exemple le névrosisme, le stress post-traumatique ou encore la dépression (Ballon et al., 2018). Cependant, parmi nos répondants identifiés comme atteints de ladite addiction, aucun n'a déclaré souffrir d'une maladie chronique.

Pour terminer, en ce qui concerne les aliments désignés comme problématiques par nos participants addicts, il s'agit essentiellement de produits industriels très riches en lipides et en glucides tels que le chocolat – largement en tête –, les biscuits, les crèmes glacées mais aussi le ketchup, la mayonnaise, le beurre et le fromage. Ces résultats concordent avec les conclusions de la documentation scientifique, qui incrimine notamment les aliments transformés et hypercaloriques dans la survenue de l'addiction alimentaire (Sinha, 2018). Plusieurs études ont par ailleurs identifié le chocolat comme principal responsable de cette addiction (Bruinsma & Taren, 1999).

En définitive, bien que nos calculs statistiques n'aient pas permis d'établir de corrélations entre les points de l'anamnèse de nos répondants et la présence d'une addiction alimentaire, nous avons toutefois noté un certain nombre de convergences et de similitudes entre les conclusions de la littérature scientifique et les résultats de notre enquête. Les données se rejoignent en effet pour soutenir les hypothèses suivantes : l'addiction à l'alimentation se déclarerait la plupart du temps chez les personnes obèses, plutôt de sexe féminin ; le risque serait plus élevé chez les célibataires, d'autant plus dans les familles monoparentales ; l'âge moyen de 35 ans constituerait la tranche la plus touchée ; ladite addiction aurait tendance à affecter davantage les personnes avec de faibles revenus financiers et un statut socioéconomique peu élevé ; les aliments industriels hypercaloriques et riches en glucides et lipides seraient directement incriminé dans la survenue de l'addiction à l'alimentation.

En parallèle cependant, plusieurs de nos résultats n'ont tout simplement pas pu être analysés en profondeur, n'ont pas pu être confirmés ou sont entrés en contradiction avec les conclusions de la documentation spécialisée. Ce point pourrait toutefois se justifier par les limites que nous avons rencontrées dans le cadre de la réalisation de la présente étude. Ces limites seront exposées dans le chapitre qui suit.

Chapitre 9 – Limites

Au cours de notre étude visant à identifier les déterminants socioculturels et environnementaux susceptibles d'intervenir prioritairement dans la survenue d'une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids, nous avons constaté des limites d'ordre pratique, méthodologique et documentaire.

La première limite a été la taille relativement limitée de notre échantillon de participants, qui peut s'expliquer pour les trois raisons qui suivent.

En premier lieu, pointons la crise du coronavirus. Un fait totalement indépendant de notre volonté et hors de notre contrôle. En effet, peu de temps après le début de notre enquête en février 2020, une pandémie de Covid-19 s'est déclarée à travers le monde entier. Afin d'endiguer la propagation de cette maladie infectieuse et à l'instar de bien des nations, la Belgique a donc ordonné un confinement national à la mi-mars. En conséquence, le Centre Intégré de l'Obésité de l'hôpital Erasme, avec qui nous avons collaboré pour mener notre étude, a été contraint de cesser temporairement ses consultations. Ce confinement a duré environ deux mois. Passé cette période, le CIO a décidé d'organiser des consultations diététiques par téléphone et à une fréquence réduite à partir du mois de juin 2020. Toutefois, la priorité pour ces consultations avait été donnée aux patients déjà pris en charge au sein du CIO, alors que notre étude portait uniquement sur les nouveaux patients à la fin de leur première consultation, c'est-à-dire les patients qui n'avaient pas encore eu l'occasion d'adapter leur régime alimentaire sur les conseils de leur diététicien désigné. En sus, notons que, depuis la fin de ce confinement, la population en général s'est montrée réticente à l'idée de remettre les pieds dans un établissement hospitalier, par peur de la contamination.

En deuxième lieu, citons les sujets abordés, car nos questionnaires portent entre autres sur le poids, les revenus et le niveau d'étude. Autant de thèmes qui peuvent s'avérer délicats voire tabous pour certaines personnes. Dès lors, bien que nous ayons précisé que notre étude était réalisée sous couvert d'anonymat sans aucune obligation de réponse à l'ensemble des questions, de potentiels futurs sondés ont pu s'abstenir d'y participer par crainte d'être jugés ou parce qu'ils se sentaient mal à l'aise avec l'un ou l'autre des sujets traités. Il importe de rappeler que le critère d'inclusion principal de notre enquête était que le candidat soit en situation de surpoids ou d'obésité. Or, il n'est pas rare que les personnes avec un excès de poids émettent quelques réserves à parler de leur régime alimentaire ou des problèmes qu'ils ont à contrôler leur alimentation (De Saint-Pol, 2014).

Ainsi, par exemple, nous avons exclu de nos résultats un des questionnaires récoltés car la section relative aux habitudes alimentaires n'avait pas été complétée. Parallèlement, plusieurs participants ont également préféré éluder, par exemple, la question relative aux revenus annuels nets.

En troisième lieu, évoquons l'engagement volontaire et non rémunéré. Chaque patient satisfaisant à nos critères d'inclusion était effectivement libre de participer ou non à notre étude. Il est fort probable qu'une proposition de rémunération en échange de la participation à l'enquête aurait attiré davantage de répondants, et ce même malgré la crise sanitaire.

Une autre limite s'est révélée être le caractère non contraignant des questionnaires – une condition *sine qua non* fixée par le comité d'éthique Erasme-ULB. Nos participants ont en effet eu la possibilité de s'abstenir de répondre aux questions perçues comme inconfortables. Les blancs laissés à plusieurs endroits ont fatalement eu un impact sur l'interprétation des résultats.

La possible incompréhension des questions par les participants a également constitué une limite. Cela peut être dû au jargon peut-être trop technique parfois utilisé dans les questionnaires. Par exemple, à la question concernant les origines ethniques, le terme « caucasien » semble avoir posé un problème, puisque quatre interrogés n'ont pas donné de réponse et deux ont répondu « Autre » pour ensuite indiquer « Italie » et « Hongrie » à côté de l'énoncé. De tels points peuvent biaiser les résultats ou leur interprétation.

Enfin, soulignons comme limite supplémentaire la faible proportion d'études strictement axées sur l'addiction à l'alimentation. La recherche de sources pertinentes et probantes n'a dès lors pas été une mince affaire. C'est d'ailleurs en raison de ce manque de documentation scientifique sur le sujet que l'addiction alimentaire n'est pas encore répertoriée dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Association, 2015).

Compte tenu de toutes ces limites, l'interprétation de nos résultats s'est avérée compliquée et il convient de considérer avec précaution les conclusions tirées de notre étude.

Chapitre 10 – Préconisations et perspectives

Ce chapitre expose les préconisations et les perspectives que nous avons formulées au terme de ce mémoire en Sciences de la santé publique ainsi qu’au vu des résultats issus tant de la littérature scientifique que des observations menées auprès des participants de notre enquête.

Afin d’agir au mieux sur l’addiction à l’alimentation et accessoirement sur l’obésité, il convient d’appliquer un traitement multidisciplinaire à long terme, en combinant à la fois régime diététique, pratique sportive, protocole médicamenteux et soutien psychologique, et en ciblant en priorité le symptôme de *craving alimentaire*, tel qu’indiqué au point 1.4. Cela dit, nous préconisons en outre une approche psychosociale plus étendue et scrupuleuse, étant donné les points d’attention relevés dans la littérature en ce qui concerne les risques liés à un manque de revenus, à une situation socioéconomique précaire et à des troubles du comportement comme la dépression, sans parler de l’influence du statut social, de l’apparence et de la perception de soi sur les choix de consommation et le régime alimentaire.

Ensuite, toujours dans l’optique d’une prise en charge optimale des patients atteints d’une addiction à l’alimentation, il s’agirait également de pousser la réflexion sur les différences à prendre en considération entre les hommes et les femmes dans la mise au point d’un traitement personnalisé. De fait, la documentation spécialisée nous apprend que l’addiction alimentaire affecterait apparemment plus les femmes que les hommes. Parmi les principales causes possibles identifiées figurent les différences en termes de profils hormonaux et d’habitudes alimentaires. Une recherche dans ces domaines pourrait donc se révéler intéressante.

En amont de tout traitement, un travail de prévention et de sensibilisation à grande échelle nous paraît primordial, vu la problématique de santé publique qu’est l’obésité en général et le fléau que constitue l’addiction à l’alimentation en particulier. Il serait donc nécessaire de cibler plus efficacement les populations concernées. En effet, au regard des conclusions des études scientifiques et dans l’attente de nouveaux résultats en la matière, il s’agirait vraisemblablement de sensibiliser en priorité les trentenaires, plutôt célibataires et de sexe féminin.

En complément et à des fins pédagogiques voire civiques, il conviendrait aussi d’augmenter le nombre de campagnes de communication axées sur la nécessité d’un régime alimentaire sain et équilibré, sur les dangers de la sédentarité et sur les bienfaits de l’activité sportive, entre autres.

En outre, dans la foulée, il serait également audacieux d'amorcer une démarche de clarification ou, à tout le moins, de vulgarisation du vocabulaire diététique à destination du grand public, afin que ce dernier comprenne mieux les enjeux précités.

Ainsi, dans la perspective de travaux ultérieurs qui pourraient venir enrichir la connaissance et la compréhension de ces problématiques, nous pensons qu'il y a lieu de mener des recherches sur plusieurs fronts.

Tout d'abord, il conviendrait de multiplier et d'approfondir les études sur les aspects psychologiques inhérents à l'addiction à l'alimentation ou à son déclenchement. Grâce à ces recherches conséquentes, l'addiction alimentaire serait alors suffisamment étayée sur le plan scientifique pour, à terme, être répertoriée de manière légitime dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* en tant qu'addiction comportementale.

Cette reconnaissance aurait une retombée double. D'une part, cela amènerait une certaine visibilité et permettrait au monde scientifique de prendre toute la mesure de l'ampleur d'une addiction directement rattachée à un enjeu majeur de santé publique, à savoir l'obésité. D'autre part, cela contribuerait à stimuler encore davantage la recherche dans ce domaine relativement peu étudié à l'heure actuelle.

Ensuite, il serait pertinent que les spécialistes analysent en priorité et plus en profondeur les déterminants de nature socioéconomique dans le cadre de la recherche sur l'addiction à l'alimentation, car il semblerait que ces facteurs – le statut social et la proportion des revenus perçus notamment – aient une influence prédominante dans la survenue de cette addiction, comme la littérature tend à le démontrer jusqu'ici.

Enfin, dans la mesure où l'addiction alimentaire semble être systématiquement diagnostiquée chez des patients âgés de plus de 35 ans en moyenne dans la littérature scientifique, il pourrait aussi s'avérer intéressant que des études se penchent spécifiquement sur des personnes plus jeunes mais en considérant cette fois d'autres facteurs d'analyse, ceci dans le but, par exemple, de prévenir les signes d'une éventuelle addiction.

Conclusion

Envisagée par la littérature spécialisée comme une des causes possibles de l'obésité, l'addiction à l'alimentation se traduit par une consommation régulière d'un ou plusieurs aliments, la plupart du temps agréables au palais et riches en calories, en glucides et en lipides, et ce en dépit des conséquences nocives. Son symptôme principal est le *craving* alimentaire, qui se caractérise chez le patient par une perte de contrôle et un besoin urgent de consommer un certain type d'aliment.

Bien que l'addiction alimentaire ne soit pas répertoriée dans l'ouvrage de référence que constitue le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* en raison du manque d'études dans le domaine, de nombreux chercheurs la considèrent comme une addiction à part entière. Ceux-ci s'accordent d'ailleurs à dire qu'outre l'impact non négligeable de l'industrialisation agroalimentaire et de la surabondance actuelle de nourriture sur le marché, plusieurs déterminants individuels et externes peuvent se trouver à l'origine de la survenue de cette addiction et influencer les choix de consommation alimentaire.

Dans le cadre du présent travail, nous avons souhaité identifier les déterminants socioculturels et environnementaux qui provoqueraient en priorité une addiction alimentaire chez les personnes obèses ou en surpoids. Pour ce faire, nous avons mené une étude auprès de nouveaux patients du Centre Intégré de l'Obésité de l'hôpital Erasme. À cet égard, nous avons entre autres utilisé la version modifiée du *Yale Food Addiction Scale*, un auto-questionnaire de diagnostic de l'addiction à l'alimentation qui est basé sur les critères de dépendance aux substances décrits dans le DSM mentionné ci-avant.

Après analyse des données recueillies, nous n'avons pas été en mesure d'établir de corrélations entre les résultats de l'anamnèse de nos participants et la présence d'une addiction alimentaire, car notre échantillon initial s'est révélé trop réduit pour dégager des résultats probants. En effet, la crise soudaine de Covid-19 a fortement entravé le déroulement du présent travail et a constitué la principale limite à notre enquête.

Cependant, malgré la taille limitée de notre effectif de patients interrogés et la fiabilité toute relative de nos conclusions, nous avons pu observer à maintes reprises des similitudes entre nos résultats et les informations que nous avons tirées des ouvrages spécialisés lors de notre recherche documentaire. Les conclusions communes tendent à montrer que les risques de survenue d'une

addiction à l'alimentation sont plus importants lorsque les personnes affichent un ou plusieurs des critères suivants : être obèse ou en surpoids, être célibataire et *a fortiori* dans une famille monoparentale, potentiellement de sexe féminin, avoir au moins 35 ans, posséder des revenus et un statut socioéconomique plutôt faibles.

À l'issue de ce travail, nous pensons dès lors que la recherche dans le domaine de l'addiction alimentaire ainsi que l'évolution de la méthodologie de traitement de l'obésité méritent d'être poursuivies et surtout mieux considérées, en ce sens qu'ils représentent toutes deux un enjeu fondamental de santé publique.

Aussi, des études plus nombreuses et plus poussées devraient notamment être menées sur la corrélation entre, d'une part, l'addiction à l'alimentation et, d'autre part, les facteurs psychologiques et les déterminants socioéconomiques tels que la hauteur des revenus et le statut social des individus.

De surcroît, dans un objectif de prévention et de sensibilisation, il y aurait lieu de mettre en œuvre des campagnes de communication adaptées et ciblées ainsi qu'un travail de vulgarisation du jargon spécialisé afin que la population prenne pleine conscience de la nécessité d'une alimentation équilibrée par exemple.

Pour terminer, en ce qui concerne la prise en charge des personnes en surpoids ou atteintes d'obésité, il nous semble plus que judicieux d'ajouter ou en tout cas de valoriser une composante psychosociale dans le traitement appliqué, vu la mesure dans laquelle la littérature scientifique tend à insister sur l'implication des facteurs socioéconomiques et des aspects psychologiques dans le déclenchement de l'addiction à l'alimentation.

Bibliographie

- Apfelbaum, M., & Romon, M. (2009). Tendances actuelles du comportement alimentaire. *Diététique et nutrition (7e édition)*, 3-19.
- Association, A. P. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*: Elsevier Masson.
- Auriacombe, M., Fatséas, M., Daulouède, J. P., & Tignol, J. (2018). Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(8), 746-749. doi:10.1016/j.amp.2018.08.014
- Ballon, N., Barrault, S., Courtois, R., Maugé, D., El Ayoubi, H., Frammery, J., . . . Brunault, P. (2018). *Addiction à l'alimentation: un concept ancien, une mesure récente*. Paper presented at the Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Berger, A. (2019). Famille monoparentale : attention pauvreté.
- Bertin, E., & Ostermann, G. (2017). Comportement alimentaire et obésité: place de la symbolique alimentaire. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 52(3), 122-128.
- Bruinsma, K., & Taren, D. L. (1999). Chocolate: food or drug? *Journal of the American Dietetic Association*, 99(10), 1249-1256.
- Brunault, P., El Archi, S., Ballon, N., Réveillère, C., & Barrault, S. (2018). Validation de la version française du Food Cravings Questionnaire-Trait-reduced : un auto-questionnaire simple et de passation rapide pour mesurer le craving alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(8), 788-795. doi:10.1016/j.amp.2018.08.002
- Campana, B., Brasiel, P. G., de Aguiar, A. S., & Dutra, S. C. P. L. (2019). Obesity and food addiction: Similarities to drug addiction. *Obesity Medicine*, 16. doi:10.1016/j.obmed.2019.100136
- Cathelain, S., Brunault, P., Ballon, N., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). L'addiction à l'alimentation: définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. *La Presse Médicale*, 45(12), 1154-1163.
- Chabroux, S. (2010). Médicaments et prise de poids: lesquels peuvent être réellement incriminés? *Réalités en nutrition et en diabétologie*, 25.
- Charafeddine, R., & Drieskens, S. (2013). Environnement, logement et tabagisme passif. *CHARAFEDDINE, Rana & DEMAREST, Stefaan.(éd.), Enquête de santé*.
- Chevalier, C., Nguyen, A., Nougier, I., & Villéger, P. (2015). Comprendre le phénomène de l'addiction. *Actualités Pharmaceutiques*, 54(544), 1-5.

- Croghan, R., Griffin, C., Hunter, J., & Phoenix, A. (2006). Style failure: Consumption, identity and social exclusion. *Journal of youth studies*, 9(4), 463-478.
- D'hoore, W. (2014). Statistiques en sciences de la santé.
- De Saint-Pol, T. (2014). Obésité, alimentation et image du corps. *Médecine des maladies Métaboliques*, 8(3), 271-274.
- Demarest, S. (2013). Santé sociale. *Enquête de santé*.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Berete, F., & Drieskens, S. (2013). Accessibilité financière aux soins de santé. *DRIESKENS, Sabine, GISLE, Lydia (éd.), Enquête de santé*.
- Eichen, D. M., Lent, M. R., Goldbacher, E., & Foster, G. D. (2013). Exploration of “food addiction” in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite*, 67, 22-24.
- Fichard, A., Chanut-Delalande, H., & Ruggiero, F. (2003). Le syndrome d'Ehlers-Danlos: l'architecture matricielle en question. *M/S: médecine sciences*, 19(4), 443-452.
- Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A. E., & Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American journal of clinical nutrition*, 99(3), 578-586.
- Fonseca, V. V., Ares, G., & Deliza, R. (2019). Do food-related emotional associations differ with socio-economic status? An exploratory qualitative study with Brazilian consumers. *Food research international*, 116, 687-696.
- Gearhardt, A., Corbin, W., & Brownell, K. (2009a). Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of addiction medicine*, 3(1), 1-7.
- Gearhardt, A., Corbin, W., & Brownell, K. (2009b). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436.
- Guillou-Landréat, M., Grall-Bronnec, M., & Vénisse, J. L. (2012). Addictions comportementales. *La Presse Médicale*, 41(12), 1271-1275.
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., de Jong, J., . . . Murphy, M. (2014). “Eating addiction”, rather than “food addiction”, better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 295-306.
- Horsager, C., Færk, E., Lauritsen, M. B., & Østergaard, S. D. (2020). Validation of the Yale Food Addiction Scale 2.0 and estimation of the population prevalence of food addiction. *Clinical Nutrition*.
- Hough, G., & Sosa, M. (2015). Food choice in low income populations—A review. *Food quality and preference*, 40, 334-342.
- Larousse. (2020). Définition : palatable. Retrieved from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/palatable/57327>

- Léonard, T., Foulon, C., & Guelfi, J. D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*, 2(2), 96-127. doi:10.1016/j.emcps.2005.03.002
- Locatelli, L., Correia, J., & Golay, A. (2015). L'addiction à la nourriture. *Rev Med Suisse*, 11, 695-700.
- Meldrum, D. R., Morris, M. A., & Gambone, J. C. (2017). Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions-but do we have the will? *Fertil Steril*, 107(4), 833-839. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.02.104
- Meule, A., Müller, A., Gearhardt, A., & Blechert, J. (2017). German version of the Yale Food Addiction Scale 2.0: prevalence and correlates of 'food addiction' in students and obese individuals. *Appetite*, 115, 54-61.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, B.-C. (2019a). *Baromètre social 2019*. Retrieved from Bruxelles:
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, B.-C. (2019b). *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?*. Retrieved from Bruxelles:
- OMS, O. M. d. I. S. (2018, 06/11/2019). Obésité et Surpoids. Retrieved from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Oppert, J. M. (2015). Les défis de la prise en charge des obésités. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 50(6), 6S50-56S54.
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590.
- Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. *Revue française de sociologie*, 50(4), 747-773.
- Schiltz, L., & Brytek-Matera, A. (2013). Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(4), 625-640. doi:10.1016/j.evopsy.2013.02.008
- Schulte, E. M., Yokum, S., Jahn, A., & Gearhardt, A. N. (2019). Food cue reactivity in food addiction: A functional magnetic resonance imaging study. *Physiology & behavior*, 208, 112574.
- Shon, J.-L. P. K., & Duthé, G. (2013). Trente ans de solitude... et de dépression. *Revue française de sociologie*, 54(2), 225-261.
- Sinha, R. (2018). Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biological psychology*, 131, 5-13.

- Statbel. (2018). Statistique fiscale par commune. Retrieved from https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.9%20Fiscale%20inkomens/fisc2018_C_FR.xls
- Volkow, N., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J., Thanos, P., Logan, J., . . . Ma, Y. (2008). Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. *Neuroimage*, 42(4), 1537-1543.
- Yazbeck, S. (2015). *Les addictions alimentaires*. (Doctorate Thesis). Université Toulouse III Paul Sabatier,

