

*Collecte de données sur les
troubles alimentaires
dans la région de la Capitale-Nationale*

Édition produite par :

**Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale**

Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250

Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-89616-013-2

Recherche et rédaction : Isabelle Marcoux, travailleuse sociale
Mars 2005

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Introduction	5
1. La problématique	6
1.1 La préoccupation à l'égard de l'apparence	6
1.1.1 La minceur comme norme	6
1.1.2 L'ampleur du problème	7
1.2 Les troubles alimentaires	8
1.2.1 Les conséquences	8
1.2.2 L'ampleur du problème	9
2. La fréquence des troubles alimentaires dans la région de la Capitale-Nationale selon les ressources du milieu	9
2.1 La Maison de transition l'Éclaircie.....	11
2.2 Le CHUQ – CHUL	12
2.3 Le Centre de pédopsychiatrie du CHUL (Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur).....	13
2.4 Le Programme d'intervention des troubles de la conduite alimentaire (PITCA) du CHUL	14
2.5 Les centres de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale	14
2.5.1 CSSS-QN – Centre de santé Orléans	15
2.5.2 Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix.....	15
2.5.3 CSSS-QN – CLSC La Source.....	15
2.5.4 Centre de santé et de services sociaux de Portneuf.....	16
2.5.5 CSSS-QS – CLSC point de service Ancienne-Lorette	16
2.5.6 CSSS-QS – CLSC point de service Limoilou	16
2.5.7 CSSS-QS – CLSC point de service Haute-Ville	17
2.5.8 CSSS-QN – CLSC point de service de la Jacques-Cartier.....	17
2.5.9 CSSS-QS – CLSC point de service Sainte-Foy	17
2.5.10 Ensemble des CSSS de la région de la Capitale-Nationale	18

3. Discussion	19
3.1 Les limites de l'étude	19
3.2 Les recommandations pour de nouvelles études sur la prévalence des troubles alimentaires.....	20
Conclusion	20
Bibliographie	22

Introduction

En février 2004, le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence) adopte le premier *Plan d'action régional en santé des femmes*. Certains des objectifs de ce plan sont en lien avec les troubles de la conduite alimentaire. L'un d'eux consiste à quantifier l'importance des troubles de la conduite alimentaire chez les adolescentes et les jeunes femmes de la région de la Capitale-Nationale.

Considérant la nature de cet objectif et la faible proportion d'hommes souffrant de ce type de problème, nous présentons ici des données qui concernent exclusivement des femmes. Notre étude jette un regard sur la problématique des troubles de conduite alimentaire et de la préoccupation des personnes à l'égard de leur poids. La première partie présente des données sur l'ampleur du problème au Québec et au Canada. La deuxième rapporte les données quantitatives disponibles quant à la fréquence des troubles de la conduite alimentaire (TCA) dans la région de Québec. Pour alimenter cette partie, une collecte de données a été effectuée auprès des ressources susceptibles de rencontrer les personnes ayant développé un trouble de la conduite alimentaire ou à risque d'en développer.

1. La problématique :

L'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle est un problème croissant. Cette préoccupation excessive à l'égard du corps comprend un ensemble de manifestations qui prennent place sur un continuum, allant d'une préoccupation mineure à l'égard de l'apparence, laquelle est typique de l'adolescence et probablement bénigne, jusqu'aux troubles de l'alimentation.

1.1 La préoccupation à l'égard de l'apparence

1.1.1 La minceur comme norme

L'adolescence est une période importante de transformation corporelle. Le processus d'identité et de développement de la personnalité rend les jeunes sensibles aux modèles extérieurs ainsi qu'à la comparaison et à l'identification des pairs (Doray, G. et Chaumette, P.). En Occident, les modèles corporels constituent des normes d'acceptation sociale et sont grandement appuyés par d'imposantes industries comme celles de l'amaigrissement, de la mode, de la beauté, du cinéma, de la publicité, etc. Très rigides, ces normes ne laissent aucune place à la diversité. Il faut donc s'y conformer pour être accepté socialement et s'accepter. Dans le rapport du Conseil du statut de la femme du Québec "*Des nouvelles d'elles : les jeunes femmes du Québec*", publié en mars 2002, nous apprenons que les adolescentes considèrent " que la minceur est une condition essentielle à leur réussite sociale et professionnelle " (CSF, 2002 : 60). Il n'est donc pas étonnant de lire, dans le même rapport, que chez les femmes de moins de 30 ans, le désir de perdre du poids est très présent et que 57 % d'entre elles désirent en perdre pour des raisons esthétiques.

On observe dans notre société un accroissement de la préoccupation à l'égard du poids de même que de la recherche obsessive de moyens pour contrôler celui-ci. De plus, nombre de préjugés défavorables prévalent à l'endroit des personnes présentant un surplus de poids ou une silhouette non valorisée par les médias (Doray, G. et Chaumette, P.). Cette obsession à l'égard de l'image corporelle peut certainement entraîner des conséquences graves. Influencée par le message véhiculant que la réalisation de soi passe principalement par l'apparence, une personne obsédée

par son poids adoptera des pratiques alimentaires dangereuses pouvant mener à des troubles atypiques de conduites alimentaires ou encore à des problèmes diagnostiqués, tels que l'anorexie ou la boulimie. Dans “*Anorexie et boulimie : comprendre pour agir*”, l'équipe du Dr Pomerleau affirme que le premier facteur socioculturel pour expliquer les troubles alimentaires “concerne les critères sociaux de beauté véhiculés par les jeunes mannequins au corps particulièrement mince et presque asexué, ce culte de la minceur s'exprime dans notre société par une profusion de régimes alimentaires et un contrôle sévère du poids” (Pomerleau et al., 2001 : 49).

1.1.2 L'ampleur du problème

Les jeunes préoccupés par leur poids et leur image, sans pour autant présenter des comportements pathologiques, ont fait l'objet d'une première étude en 1996. Elle indique que 37 % des garçons et des filles des 1^{re}, 3^e et 5^e secondaire avaient déjà fait une tentative de [sic] perdre du poids dans leur courte vie : chez les filles, cette proportion s'élève à 54 %. La satisfaction à l'égard de sa silhouette est faible puisque les deux tiers des filles souhaitent avoir une silhouette plus mince. La presque totalité d'entre elles ont pourtant leur poids santé. (Brassard et Mongeau, 1999 in ISQ, 2002 : 312).

Dans l'étude de Brassard et Mongeau (1999), 54 % des jeunes qui ont essayé de perdre du poids ont sauté des repas, 33 % ont pris des substituts de repas et 18 % rapportent avoir fait un jeûne total. Ces pratiques pourraient entraîner des conséquences nuisibles à la santé des enfants et des adolescents. (ISQ, 2002: 312).

Ce désir de perdre du poids semble aussi élevé chez les femmes de toutes les catégories d'âge. À ce sujet, il est précisé dans le rapport sur l'enquête sociale et de santé de 1998 de l'ISQ que :

en ce qui concerne le désir de perdre du poids, chez les femmes, peu importe l'âge, la proportion est d'au moins 50 % sauf pour celles de 65 ans et plus, chez qui il y a une légère diminution. Au total, environ la moitié des femmes désirent perdre du poids (53 %) comparativement à environ le tiers des hommes (34 %). (ISQ 2001 : 191).

Il semble aussi que les femmes soient plus nombreuses que les hommes à avoir un poids insuffisant. Toujours selon la même source, il ressort que “pour tous les groupes d'âge de moins de 65 ans, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à se situer

dans la catégorie poids insuffisant, proportion variant de 2,4 % à 11 % chez les hommes et 6 % et 21 % chez les femmes ” (ISQ 2001 : 188). Dans la catégorie poids insuffisant, même si la plupart des personnes désirent maintenir leur poids ou même en prendre, il reste que 9 % des femmes désirent en perdre, comparativement à 1,6 % des hommes (ISQ 2001 : 192). Parmi les raisons évoquées par les femmes pour perdre du poids, l’apparence est celle qui domine, et ce, bien avant la santé. (ISQ 2001 : 193)

1.2 Les troubles alimentaires

1.2.1 Les conséquences

Si la préoccupation excessive à l’égard du poids déclenche un continuum, les troubles de l’alimentation en constituent la conséquence.

Les troubles cliniques de l’alimentation comprennent l’anorexie mentale et la boulimie. L’anorexie se caractérise par un régime très maigre en calories qui produit une masse corporelle au-dessous de la norme staturale-pondérale d’au moins 85 %. La boulimie se caractérise par de nombreuses fluctuations dans le poids et par des épisodes récurrents de frénésie compulsive suivie de vomissements auto-induits, de purge, de jeûne, de consommation de laxatifs et d’exercices physiques excessifs dans l’espoir d’éviter une prise de poids. Les troubles de l’alimentation non précisés [...] comprennent des comportements tels que le régime chronique, la purge et la frénésie alimentaire, qui ne répondent pas à tous les critères des troubles spécifiques de l’alimentation; ils sont de deux à cinq fois plus courants que les troubles cliniques de l’alimentation. (Santé Canada, RSSF, 2003)

Ces troubles “ non précisés ” sont des troubles atypiques de l’alimentation. Les troubles atypiques du comportement alimentaire sont des TCA qui ne répondent pas aux critères spécifiques de la boulimie ou de l’anorexie. On parle également de syndrome partiel de trouble du comportement alimentaire. Selon l’Association Boulimie Anorexie, 30 à 40 % des syndromes partiels évoluent en syndromes complets.

Les conséquences des troubles de conduite alimentaire sont considérables.

Ils peuvent produire de sérieux problèmes physiques tels que l'hypothermie, l'hypotension, le déséquilibre électrolytique, les perturbations des fonctions endocriniennes et la déficience rénale. Les femmes qui vivent des troubles de l'alimentation courent également le risque d'avoir des problèmes psychologiques et sociaux à long terme, incluant la dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool et d'autres drogues, et le suicide. Les coûts sont élevés en termes de qualité de vie, de perte de productivité, de gravité des problèmes médicaux et de mortalité. (Santé Canada, 2003)

1.2.2 L'ampleur du problème

Les troubles de conduite alimentaire représentent un problème de santé publique qui semble en voie d'augmentation, principalement chez les jeunes filles (Santé Canada, 2003). Effectivement, selon la Société canadienne de pédiatrie (1998), ils constituent la troisième affection chronique la plus répandue chez les adolescentes. Ces problèmes affectent environ 10 % des jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans (Pomerleau et al., 2001). Au Québec, chaque année, plus de 65 000 jeunes femmes de 14 à 25 ans présentent des troubles de l'alimentation (Clinique St-Amour, 2001).

La fréquence de ces problèmes augmente d'année en année. Selon le rapport de Santé Canada sur les maladies mentales au Canada, " depuis 1987, les hospitalisations pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 28 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans " (Santé Canada, 2002). De plus, les conséquences de cette maladie sont graves puisque, parmi tous les troubles de santé mentale, ceux touchant la conduite alimentaire obtiennent le taux le plus élevé de mortalité (Sullivan, 1995). Même si elle n'épargne pas les hommes, ces derniers sont atteints dans une proportion moins grande, soit approximativement un homme pour dix femmes (Pomerleau et al., 2001).

2. La fréquence des troubles alimentaires dans la région de Québec selon les ressources du milieu

Les données ont été recueillies auprès des ressources qui traitent de cette problématique ou qui sont en contact avec les personnes présentant un TCA et ayant pu bénéficier de l'un ou l'autre

des services, soit un suivi en individuel, un suivi de groupe ou de l'écoute téléphonique. Toute l'information se rapporte à l'année 2002-2003 et concerne exclusivement la région de Québec. L'Unité Gestion de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fourni les données relatives au taux d'hospitalisation basée sur les troubles alimentaires dans la région 03. Au Ministère, les données sur les troubles alimentaires sont classées selon deux codes, soit le diagnostic principal ou le diagnostic secondaire.

*Nombre d'hospitalisations dans la région 03 causées par
des troubles de conduite alimentaire pour l'année 2002-2003*

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Diagnostic principal	12	21	10
Diagnostic secondaire	28	0	12
Total	40	21	22

Selon ces données, 83 personnes de sexe féminin ont été hospitalisées en raison d'un trouble alimentaire dans la région pour l'année 2002-2003. La plupart des personnes hospitalisées étaient des enfants ou des jeunes femmes, 61 femmes (69 %) avaient 25 ans ou moins et 40 d'entre elles (45 %) avaient moins de 18 ans.

Afin d'estimer plus précisément la fréquence des TCA dans la région de Québec, une collecte de données a été effectuée auprès des principaux organismes susceptibles de rencontrer des personnes qui vivent des TCA. Nous nous sommes d'abord adressée à un organisme communautaire de la région de la Capitale-Nationale, lequel intervient principalement auprès de personnes qui vivent un TCA : la Maison de transition l'Éclaircie.

Parce qu'il s'agit du principal centre hospitalier traitant les TCA, le CHUQ – CHUL a ensuite été sollicité. Les données apportées par l'archiviste médical nous renseignent sur le nombre d'hospitalisations relatives à un TCA en 2002-2003. L'archiviste du centre de pédopsychiatrie

du CHUL, soit l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur, a pour sa part été contacté pour les données spécifiques aux personnes d'âge mineur. Le *Programme d'Intervention des Troubles de la Conduite Alimentaire* (PITCA), implanté au CHUL, a fourni des données pour des personnes suivies en externe durant l'année 2002-2003.

Une collecte de données a finalement été réalisée auprès des archivistes de tous les points de service des centres de santé et de services sociaux qui couvrent la région 03.

2.1 La Maison de transition l'Éclaircie

La Maison de transition l'Éclaircie est le seul organisme communautaire de la région qui vient en aide spécifiquement aux personnes vivant un trouble de la conduite alimentaire.

Nombre de personnes ayant reçu les services de la Maison de transition l'Éclaircie pour l'année 2002-2003

Services offerts	Nombres de bénéficiaires
Écoute téléphonique	450
Rencontres ponctuelles	48
Rencontres individuelles avec intervenante	167
Entrevues d'évaluation	52
Interventions avec nutritionniste	29
Activité de groupe	98

Le service d'écoute téléphonique est offert aux personnes qui s'interrogent sur leur conduite alimentaire, à celles qui vivent un trouble alimentaire, à leurs parents et à leurs proches. La Maison de transition l'Éclaircie a répondu à 619 appels provenant de 450 personnes pour l'année 2002-2003. Mentionnons que 47 % d'entre elles étaient des personnes âgées de 18 à 25 ans.

En plus du service d'écoute téléphonique, les personnes qui le désirent peuvent bénéficier d'une rencontre ponctuelle. Une première rencontre leur permet de désamorcer une crise, de recevoir

de l'information ou d'être dirigées vers un des services de l'organisme qui soit approprié. En 2002-2003, 48 personnes ont bénéficié d'une rencontre ponctuelle. Des données du rapport d'activité de l'organisme pour l'année 2003-2004 permettent d'établir que ces rencontres ont connu une augmentation de 40 %.

Après un premier contact, lors d'une communication téléphonique ou d'une rencontre ponctuelle, la personne qui vit ou qui pense vivre un trouble de l'alimentation est conviée à une rencontre d'évaluation. En 2002-2003, 52 entrevues d'évaluation ont été faites, soit une augmentation de 45 % par rapport à l'année précédente. À la suite de cette évaluation, la personne peut bénéficier de l'aide de la Maison de transition l'Éclaircie ou être dirigée et accompagnée vers une autre ressource.

La Maison de transition l'Éclaircie offre également aux personnes vivant un trouble alimentaire ou qui sont à risque des rencontres individuelles avec une intervenante ou une nutritionniste de l'organisme. En 2002-2003, 167 rencontres individuelles avec l'une ou l'autre des intervenantes ont eu lieu et 29 personnes ont eu un suivi avec la nutritionniste. Pour l'année 2003-2004, 265 rencontres individuelles avec une intervenante ont eu lieu et 53 personnes ont eu un suivi avec la nutritionniste.

Par ailleurs, plusieurs activités de groupe sont offertes par la Maison de transition l'Éclaircie : des activités repas, des rencontres de groupes sur l'estime de soi, des ateliers d'information nutritionnelles, des ateliers pour les parents et les proches, etc. Au cours de l'année 2002-2003, 98 personnes ont participé à l'un ou l'autre des ateliers, alors que 137 s'y sont jointes au cours de l'année 2003-2004.

2.2 Le CHUQ – CHUL

Deux codes d'hospitalisation existent au CHUQ-CHUL pour classer les troubles de la conduite alimentaire. Le code 307.1 pour l'anorexie mentale et le 307.5 pour les autres troubles de conduite alimentaire dont la boulimie.

*Nombre d'hospitalisations pour
trouble de conduite alimentaire au CHUQ-CHUL
pour l'année 2002-2003*

Âge	17 ans et moins		18 ans et plus	
	Dx princ.	Dx second.	Dx princ.	Dx second.
Anorexie mentale (307.1)	7	2	14	3
Boulimie et autres (307.5)	1	1	1	6
Total :	8	3	15	9

Ainsi, selon ces statistiques, 11 personnes mineures ont été hospitalisées pour un TCA, diagnostics principal et secondaire confondus, ainsi que 24 personnes âgées de plus de 18 ans.

2.3 Le Centre de pédopsychiatrie du CHUL (Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur)

Le centre de pédopsychiatrie traite essentiellement des personnes mineures. Les codes sont les mêmes que ceux du tableau précédent.

*Adolescentes vues au centre de pédopsychiatrie du CHUL
pour un TCA comme diagnostic principal pour l'année 2002-2003*

Âge	Moins de 12 ans	12 à 13 ans	14 à 15 ans	16 à 17 ans
Hospitalisation pour un TCA	0	2	3	10
Suivi externe sans hospitalisation	1	1	4	1
Total	1	3	7	11

Au cours de l'année 2002-2003, 15 adolescentes de 12 à 17 ans ont été hospitalisées à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur avec un diagnostic principal de trouble de la conduite alimentaire (307.1 et

307.5). Trois d'entre elles ont été hospitalisées une deuxième fois au cours de la même année. De plus, certaines adolescentes sont suivies en consultation externe pour un TCA sans avoir été préalablement hospitalisées. Notons que ces données révèlent le nombre d'hospitalisations pour un TCA comme diagnostic principal. Or, un nombre important d'adolescentes ont pu être hospitalisées pour un TCA avec un diagnostic secondaire. Ces données n'étaient malheureusement pas disponibles pour notre enquête.

2.4 Le Programme d'intervention des troubles de la conduite alimentaire (PITCA) du CHUL

Au CHUL, un programme spécifique sur les TCA a été établi. Il s'agit du Programme d'intervention pour troubles de conduite alimentaire, communément appelé PITCA. Ce centre spécialisé est une ressource importante pour les personnes adultes qui vivent un TCA. Nous ne reproduisons pas ici le nombre d'hospitalisations puisque ce programme fait partie du CHUL et que les données du CHUQ ont été présentées précédemment. Toutefois, les données du PITCA nous apprennent que, pour l'année 2002-2003, 166 femmes ont été vues en consultation externe pour un TCA.

2.5 Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de la Capitale-Nationale

Une collecte de données a été effectuée auprès des archivistes des CSSS qui travaillent dans la région. Comme pour les autres organismes, les données recueillies concernent l'année 2002-2003. En CSSS, deux codes permettent de classer les troubles de l'alimentation, soit les codes 4946 et 5150. Le code 4946 se définit comme *un trouble de **comportement** alimentaire (sans diagnostic)*, ce qui signifie qu'un intervenant a noté un trouble de **comportement** alimentaire sans toutefois qu'un diagnostic quelconque ait été posé par un médecin. Le code 5150 désigne des *troubles de **conduite** alimentaire (incluant : anorexie, boulimie, etc.) (avec diagnostic)*. Ainsi, le code 4946 peut englober plusieurs des troubles qui font l'objet de cette étude (les troubles atypiques de l'alimentation par exemple), mais aussi d'autres troubles de comportement alimentaire extérieurs à cette recherche (comme un nourrisson qui refuse de téter le sein). Ainsi,

seul le code 5150, désignant un trouble de la conduite alimentaire, a été retenu comme significatif pour les besoins de cette étude.

Voici d'abord, sous forme de tableau, les données recueillies auprès de tous les CSSS de la région de la Capitale-Nationale. Un dernier tableau en présentera une synthèse.

2.5.1 CSSS-QN – Centre Orléans

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au Centre de santé Orléans pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	5	4	16
Code 5150	2	6	47
Total	7	10	63

2.5.2 Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	3	1	0
Code 5150	7	3	3
Total	10	4	3

2.5.3 CSSS-QN – CLSC La Source

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au CLSC La Source pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	3	1	9
Code 5150	1	2	4
Total	4	3	13

2.5.4 Centre de santé et de services sociaux de Portneuf

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au **Centre de santé et de services sociaux de Portneuf** pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	6	0	0
Code 5150	1	2	0
Total	7	2	0

2.5.5 CSSS-QS – CLSC point de service L’Ancienne-Lorette

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au **CLSC point de service L’Ancienne-Lorette** pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	7	5	7
Code 5150	7	25	14
Total	14	30	21

2.5.6 CSSS-QS – CLSC point de service Basse-Ville - Limoilou

Nombre des femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au **CSSS-QS – CLSC point de service Basse-Ville - Limoilou** pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	1	2	6
Code 5150	1	6	12
Total	2	8	18

2.5.7 CSSS-QS – CLSC point de service Haute-Ville

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au CSSS-QS – CLSC point de service Haute-Ville pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	13	7	0
Code 5150	8	19	0
Total	21	26	0

2.5.8 CSSS-QN – CLSC point de service de la Jacques-Cartier

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au CSSS-QN – CLSC point de service de la Jacques-Cartier pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	6	2	4
Code 5150	0	0	0
Total	6	2	4

2.5.9 CSSS-QS – CLSC point de service Sainte-Foy

Nombre de femmes reçues pour un trouble de comportement alimentaire (ou trouble de la conduite alimentaire) au CSSS-QS – CLSC point de service Sainte-Foy pour l'année 2002-2003

Âge	0 à 17 ans	18 à 25 ans	26 ans et plus
Code 4946	7	5	7
Code 5150	7	25	14
Total	14	30	21

2.5.10 Ensemble des CSSS de la région de la Capitale-Nationale

*Nombre de femmes rencontrées pour troubles de comportements alimentaires
(ou pour troubles de la conduite alimentaire)*

Âge	0 à 17 ans	0 à 17 ans	18 à 25 ans	18 à 25 ans	26 ans et +	26 ans et +
Code	4946	5150	4946	5150	4946	5150
Centre de santé Orléans	5	2	4	6	16	47
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	3	7	1	3	0	3
CLSC – Point de service La Source	3	1	1	2	9	4
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	6	1	0	2	0	0
CLSC – Point de service Ancienne- Lorette	7	7	5	25	7	14
CLSC – Point de service Basse-Ville- Limoilou	1	1	2	6	6	12
CLSC – Point de service Haute-Ville	13	8	7	19	0	0
CLSC – Point de service de la Jacques-Cartier	6	0	2	0	4	0
CLSC – Point de service Sainte-Foy	7	7	5	25	7	14
TOTAL	51	34	27	88	49	94

Pour les raisons mentionnées auparavant, nous retiendrons les données recueillies sous le code 5150 lequel correspond aux “troubles de conduite alimentaire”. Ces données nous révèlent que 34 adolescentes de 17 ans et moins ont été reçues en CSSS pour des troubles de conduite alimentaire, 88 jeunes femmes de 18 à 25 ans et 94 femmes de 26 ans et plus, pour un total de 216 femmes.

Le Centre de santé Orléans a reçu un nombre élevé de femmes de 26 ans et plus ayant consulté pour un TCA comparativement aux autres centres de santé ou point de service des CSSS. L'explication tient au fait que l'équipe de santé mentale qui travaille auprès des adultes comprend une nutritionniste qui travaille spécialement avec une clientèle aux prises avec un TCA. Ce service spécialisé, disponible sur place, fait en sorte que les personnes qui vivent un TCA sont moins souvent orientées vers une ressource extérieure.

3. Discussion

3.1 Les limites de l'étude

Plusieurs raisons nous empêchent d'estimer de façon réaliste la prévalence des troubles alimentaires. En premier lieu, cette étude ne nous a pas permis de rassembler tous les cas, plusieurs personnes ignorant possiblement qu'elles vivent un trouble de conduite alimentaire. S'ajoutent à ce nombre toutes celles qui sont conscientes du problème, mais qui hésitent à consulter un professionnel.

Bien que les données aient été recueillies par l'intermédiaire des principales ressources susceptibles d'intervenir auprès des personnes aux prises avec des TCA, cette étude doit être considérée uniquement comme une estimation grossière de la fréquence du problème dans la population de la région. En effet, on peut supposer que certaines personnes aient consulté à plusieurs reprises un ou plusieurs services, faussant ainsi la cueillette des données. Mentionnons également l'absence des personnes s'étant rendues dans les cliniques non répertoriées ici ou ayant consulté des professionnels qui pratiquent en bureau privé.

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, le système de classification peut comporter une marge d'erreur importante puisque seul le code 5150, correspondant spécifiquement à un trouble de conduite alimentaire avec un diagnostic, est significatif. Sont donc absents de nos données les cas relatifs à un trouble de conduite alimentaire atypique ou ceux répertoriés par le code 4946, lequel désigne un trouble de comportement alimentaire sans diagnostic. Par ailleurs, la classification se fait principalement par les diagnostics principaux. Les

cas inscrits sont donc essentiellement des cas graves. Les personnes présentant un TCA, mais dont un problème plus important exige un autre code, n'apparaissent pas non plus dans nos relevés.

À cause de toutes ces limites, le nombre de cas est sous-estimé et s'éloigne d'un portrait fidèle de la prévalence des TCA dans la région de la Capitale-Nationale.

3.2 Les recommandations pour de nouvelles études sur la prévalence des troubles alimentaires

Pour établir la prévalence des troubles alimentaires dans la région de la Capitale-Nationale, il faudrait élaborer des outils permettant une meilleure compilation des données dans les milieux concernés. Aussi, nous recommandons une réorientation de la méthodologie. Une enquête de population (exemple : étude de prévalence par questionnaire) serait à considérer. L'élimination des doublons et le partage des cas incidents des cas prévalents permettraient aussi une utilisation efficace des données.

Conclusion

Selon la littérature et les experts qui étudient la question, les TCA représentent un problème de santé publique dont la prévalence augmente, principalement chez les jeunes filles (Santé Canada, 2003). Ils constitueraient la troisième affection chronique en importance chez les adolescentes et affecteraient environ 10 % des jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans (Pomerleau et al., 2001).

Pour plusieurs raisons, cette étude n'est pas représentative de la prévalence des troubles alimentaires dans la région de la Capitale-Nationale pour la période ciblée. Les données collectées ne peuvent comprendre toutes les personnes qui vivent un TCA dans la région de Québec et le système de classification entraîne une marge d'erreur importante.

Bien que cette étude démontre déjà l'importance du problème dans la région de la Capitale-Nationale, l'absence d'une véritable enquête de population et l'absence d'une méthodologie normalisée produisent des estimations hasardeuses. Une évaluation plus juste de la prévalence

des troubles de l'alimentation dans la région de la Capitale-Nationale exige l'élaboration d'outils permettant la compilation des données sur les clientèles dans les milieux concernés, comme le prévoit le *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*.

À cause des limites de l'étude, il nous apparaît prudent de se fier principalement, pour l'instant, à la littérature qui est formelle en ce qui concerne l'augmentation des troubles de conduite alimentaire, surtout chez les adolescentes. Les TCA apparaissent souvent chez de très jeunes personnes et bon nombre de cas peuvent passer longtemps inaperçus. Ces troubles entraînent des conséquences sérieuses tant au point de vue psychologique que physique. Bien que la prévention soit fortement recommandée, elle constitue un défi de taille. En effet, la préoccupation de notre société à l'égard de la minceur, omniprésente et excessive, en fait un des principaux facteurs de risque auxquels il faut s'attaquer.

Bibliographie

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (2004). “ Plan d’action régional en santé des femmes 2004-2007. Pour s’adapter à votre réalité ! ”. Recherche et rédaction : Josette Tardif, 116 pages.

Brassard, J. et Mongeau, L. (1999). “ Bien dans sa tête, bien dans sa peau ”. Projet de promotion d’une image corporelle saine en milieu scolaire. Rapport synthèse des années 1 et 2. Collectif action alternative en obésité. Montréal, 134 pages.

Conseil du statut de la femme (2001). “ Femmes et santé. Informations – Ressources – Conseils – Tout pour s’y retrouver ”. Collection La Gazette des femmes. Québec, 170 pages.

Conseil du statut de la femme (2002). “ Des nouvelles d’elles. Les jeunes femmes du Québec ”. Québec, 97 pages.

Conseil du statut de la femme (2003). “ Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale ”. Collection Femmes et développement des régions. Québec, 161 pages.

Doray, G. et Chaumette, P. (2001). “ Évaluation de l’implantation du programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau dans la région de Québec ”. Direction de santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Québec, 57 pages.

Institut de la statistique du Québec (2001). “ Enquête sociale et de santé 1998 ”. 2^e édition. Collection la santé et le bien-être, Les Publications du Québec, 197 pages.

Institut de la statistique du Québec (2002). “ Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 ”. Chapitre 14 : Poids et image corporelle. Collection la santé et le bien-être, Les Publications du Québec, pp.331-341.

Maison de transition l’Éclaircie (2003). “ Rapport d’activité 2002-2003 ”. Québec, 39 pages.

Pomerleau et al.(2001). “ Anorexie et boulimie : comprendre pour agir ”. Montréal, Gaétan Morin, 212 pages.

Société canadienne de pédiatrie (1998). “ Eating Disorders in Adolescents : Principles of Diagnosis and Treatment, Paediatrics and Child Health ”, pp.189-192.

Sullivan, P.F. (1995). “ Mortality in anorexia nervosa ”. *American Journal of Psychiatry*, pp.1073-1074.

Internet :

Association Boulimie Anorexie.

http://www.boulimieanorexie.ch/troubles.php#atypiques_1

Clinique St-Amour: Le Centre de traitement de l'anorexie nerveuse, la boulimie et autres troubles de l'alimentation. [en ligne]. Clinique St-Amour. [cité 1^{er} octobre 2001].

Disponible sur Internet : <http://www.cliniquestamour.com/>

Santé Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada, Chapitre 6, Troubles de l'alimentation. [cité 9 juillet 2004].

http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/chap_6_f.html

Santé Canada (2003). Rapport de surveillance de la santé des femmes. Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa, 86 pages

http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/index_f.html