

Stratégie

canadienne en matière de
troubles de l'alimentation

2019 à 2029

Des représentants de l'Eating Disorders Association of Canada – Association des Troubles Alimentaires du Canada (EDAC-ATAC), de l'Eating Disorders Foundation of Canada (EDFC), du National Eating Disorder Information Centre (NEDIC) et de la National Initiative for Eating Disorders (NIED) ont préparé la présente stratégie. Elle a pour objet d'analyser et de décrire le domaine des troubles de l'alimentation au Canada et de susciter à la fois un dialogue soutenu avec les diverses parties prenantes désireuses d'améliorer les résultats sur le double plan de la santé et de la situation sociale des personnes atteintes de troubles de l'alimentation ou touchées par ces derniers au pays et leur engagement.

© *La Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation : 2019 à 2029* est une œuvre sous licence en vertu de la licence publique suivante:
[Creative Commons Attribution - Utilisation non commerciale - Pas d'Œuvre dérivée 4.0 International](#).

Citation: « L'alliance canadienne des troubles de l'alimentation (2019).
La Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation: 2019 à 2029 ».

Traduite de la version anglaise par Michèle Béliveau, trad. a.

Novembre 2019

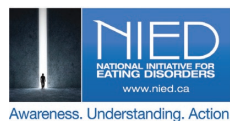




Table des matières

Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation : 2019 à 2029

Préface.....	2
Introduction	2
À propos de l'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation (ACTA).....	3
Vision	5
<i>La Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation.....</i>	<i>5</i>
Pilier n° 1 : Prévention.....	6
Pilier n° 2 : Éducation et sensibilisation du public.....	8
Pilier n° 3 : Traitement.....	11
Pilier n° 4 : Soutien des proches aidants.....	18
Pilier n° 5 : Formation	22
Pilier n° 6 : Recherche.....	25
Conclusion.....	28
Élaboration de la présente stratégie	28
Annexe 1	30
Pourquoi créer une Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation?	30
Annexe 2	34
Sommaire des recommandations.....	34
Notes de fin de document	42

Préface

En 2016, l'EDAC-ATAC, l'EDFC, le NEDIC et la NIED¹ se sont regroupés pour définir une stratégie nationale en matière de troubles de l'alimentation. Nos quatre organismes ont convenu de décrire d'abord le domaine des troubles de l'alimentation au Canada et d'amorcer un processus qui mènera à la création de mesures multipartites, susceptibles d'améliorer les résultats pour les personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation. Ces mesures sont proposées tout au long de la présente stratégie sous forme de « recommandations » (regroupées sous six piliers).

Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de discuter de ces recommandations avec des parties prenantes de partout au Canada afin de déterminer la meilleure façon d'améliorer les résultats sur le double plan de la santé et de la situation sociale des personnes qui vivent avec un trouble de l'alimentation ou s'en rétablissent au Canada.

Introduction

Environ un million² de Canadiennes et de Canadiens répondent aux critères diagnostiques d'un trouble de l'alimentation dont font partie l'anorexie mentale, la boulimie mentale, l'hyperphagie boulimique, un trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement (ARFID)ⁱ et autre trouble spécifié de l'alimentation et des conduites alimentaires (ATSACA)³. Les troubles de l'alimentation sont des maladies mentales graves, mais traitables, qui peuvent affecter n'importe qui, quels que soient le sexe, l'âge, l'identité raciale et ethnique, l'orientation sexuelle ou les antécédents socioéconomiquesⁱⁱ.

Malheureusement, les données de recherche indiquent que la plupart des personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation ne cherchent pas de traitement ou n'en reçoivent pas et que celles qui veulent se faire traiter doivent attendre pendant de longues périodesⁱⁱⁱ. De nombreuses personnes ayant un trouble de l'alimentation ne reçoivent jamais de diagnostic ni de traitement, et souffrent d'une détresse personnelle et familiale importante. Les coûts sociaux et économiques des troubles de l'alimentation non traités sont semblables à ceux de la dépression et de l'anxiété et ont des effets débilissants sur la santé mentale et physique comparables à ceux de la psychose et de la schizophrénie⁴.

Il est bien documenté que les maladies mentales sont l'une des causes principales de décès prématurés au Canada^{iv}, mais il est moins connu que les troubles de l'alimentation ont le taux de mortalité global le plus élevé de toutes les maladies mentales, les estimations se situant entre 10 et 15 %^v. Le suicide vient au deuxième rang des causes de décès (après les maladies cardiaques) chez les personnes atteintes d'anorexie^{vi}; 20 % des personnes atteintes d'anorexie et de 25 à 35 % des personnes atteintes de boulimie peuvent faire une tentative de suicide au cours de leur vie^{vii}. Chez les femmes de 15 à 24 ans, le taux de mortalité associé à l'anorexie est 12 fois supérieur à celui de TOUTES les autres causes de décès combinées^{viii}.

Les jeunes Canadiennes et les jeunes Canadiens adoptent de plus en plus^{ix} un comportement alimentaire qui peut les exposer aux risques d'un trouble de l'alimentation et d'autres troubles qui compromettent la santé^x. Au Canada, entre **12 % et 30 %** des filles et entre **9 % et 25 %** des garçons de 10 à 14 ans déclar-

¹ Eating Disorders Association of Canada – Association des Troubles Alimentaires du Canada (EDAC-ATAC); National Eating Disorder Information Centre (NEDIC); Eating Disorders Foundation of Canada (EDFC); et National Initiative for Eating Disorders (NIED).

² Les calculs de 2016 sont fondés sur les taux de prévalence cités dans Langlois, K.A.; Samokhvalov, A.V.; Rehm, J.; Spence, S.T.; et Gorber, S.C. *Descriptions des états de santé au Canada – Maladies mentales* (2012) : p. 45-50, Sondages et programmes statistiques de Statistique Canada – Documentation : 82-619-M2012004, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/82-619-m2012004-fra.pdf>.

³ Aux États-Unis, on estime que 30 millions d'Américaines et d'Américains vivent avec un trouble de l'alimentation et que seulement 1 personne sur 10 reçoit des traitements (National Eating Disorders Association (NEDA)), <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>. Selon les estimations, 913 986 personnes étaient atteintes d'un trouble de l'alimentation en Australie en 2012.

⁴ The Butterfly Foundation, *Paying the price: The economic and social impacts of eating disorders in Australia* (2012), <https://thebutterflyfoundation.org.au/about-us/information-and-resources/paying-the-price/>.



À propos de l'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation (ACTA)

ent qu'ils suivent un régime pour perdre du poids^{xi}. De plus, selon les estimations, l'incidence des troubles de l'alimentation chez les enfants canadiens est de deux à quatre fois supérieure à celle du diabète de type 2^{xii}.

L'ACTA est un groupe dévoué de parties prenantes et de bénévoles qui ont pour principal objectif d'améliorer les résultats sur le double plan de la santé et de la situation sociale des personnes atteintes de troubles de l'alimentation ou touchées par ces derniers. L'ACTA se compose des groupes suivants :

- Eating Disorders Association of Canada – Association des Troubles Alimentaires du Canada (EDAC-ATAC);
- Eating Disorders Foundation of Canada (EDFC);
- National Eating Disorder Information Centre (NEDIC);
- National Initiative for Eating Disorders (NIED).

Raison d'être

Être le porte-parole collectif national des Canadiennes et des Canadiens touchés par un trouble de l'alimentation, soit les personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation, leurs proches, de même que les fournisseurs de soins et les chercheurs, et faire avancer ce domaine au Canada.

Mandat

1. Nous appuierons les relations de collaboration avec la National Initiative for Eating Disorders, l'Eating Disorder Association of Canada – Association des Troubles Alimentaires du Canada, le National Eating Disorder Information Centre et l'Eating Disorders Foundation of Canada dans tout ce qui concerne le domaine collectif national des troubles de l'alimentation au Canada.

2. Nous établirons les objectifs nationaux et les activités de collaboration jugés utiles pour l'avancement du domaine des troubles de l'alimentation au Canada.
3. Nous établirons l'ampleur de l'engagement et des investissements financiers exigés de chaque organisme avant d'entreprendre toute activité conjointe.
4. Nous valoriserons également l'apport et la participation de parties prenantes provinciales et d'autres groupes pertinents dans le domaine des troubles de l'alimentation.
5. Nous reconnaissons que le fait de nous exprimer d'une même voix unie a plus d'impact et augmente les chances de réussite. Nous nous engageons donc à solliciter la contribution de nos organismes partenaires avant de nous engager dans des initiatives nationales de communication ou de défense des intérêts axées sur les troubles de l'alimentation au Canada.
6. Les activités de collaboration comprendront, sans toutefois s'y limiter, l'établissement d'une stratégie nationale en matière de troubles de l'alimentation, des activités interorganismes de collecte de fonds, d'autres activités d'importance nationale qui nécessiteront le soutien du domaine des troubles de l'alimentation.
7. Nous évaluerons régulièrement l'efficacité de nos activités interorganismes.

Remerciements

L'Alliance est reconnaissante aux nombreuses personnes passionnées, dont des proches aidants, professionnels de la santé, personnes ayant une expérience vécue, prestataires de services sociaux et chercheurs, de leur leadership, temps et expertise. Elles ont apporté des conseils précieux et des contributions à la révision ou à la rédaction de sections importantes de la stratégie et de ses recommandations.

Nous sommes également reconnaissants à D^{re} Angela Grace, Heather Lilicco R.H.N. et D^{re} Karen Patte, qui ont contribué à la recherche et écrites la première version du pilier sur la prévention.

Toutefois, l'entière responsabilité de la version finale de cette stratégie et de toute lacune ou erreur qui subsiste revient aux auteurs principaux de la stratégie, représentants ou anciens représentants* de l'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation.

Auteurs de la stratégie canadienne

Eating Disorders Association of Canada- Association des Troubles Alimentaires du Canada (EDAC-ATAC)

D^{re} Cheryl Aubie D^{re} Nicole Obeid
D^{re} Josie Geller Dorita Shemie, M.S.W.

National Initiative for Eating Disorders (NIED)

Mark Ferdinand Wendy Preskow
Lynne Koss

Eating Disorders Foundation of Canada (EDFC)

D^r Robbie Campbell Angela Rinaldis
D^r David Pilon

National Eating Disorder Information Centre (NEDIC)

Kelsey Johnston
Emily Tam

Vision

Que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens atteints d'un trouble de l'alimentation et de maladies mentales connexes aient un accès équitable à des soins de santé de grande qualité, basés sur les données probantes et assurés par le régime public, ainsi qu'à des services sociaux pour appuyer leur rétablissement, quel que soit leur lieu de résidence au Canada.



La Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation

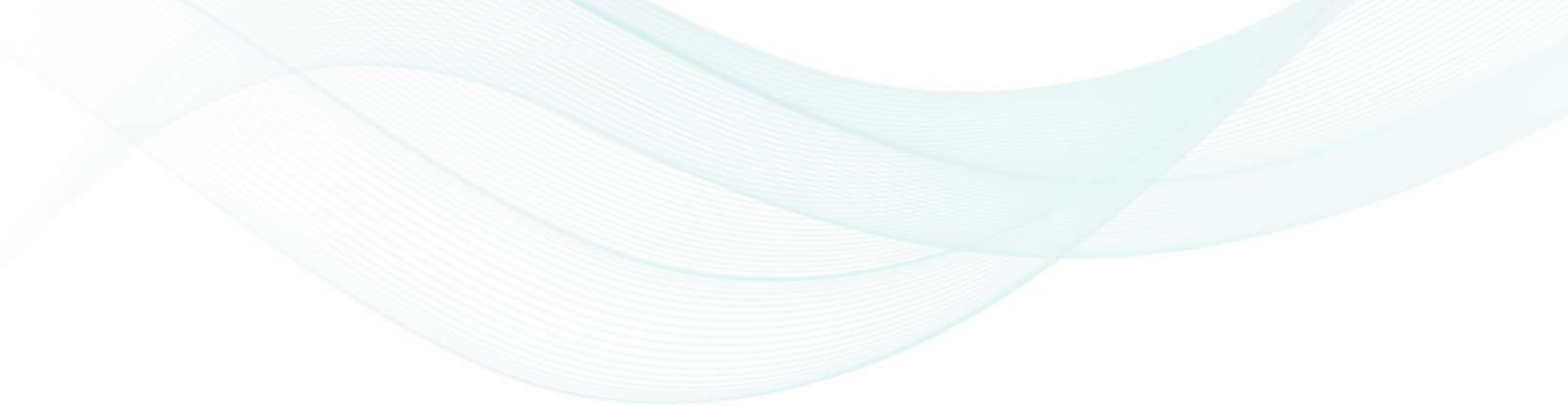
La présente stratégie repose sur six piliers principaux et contient 50 recommandations qui visent à améliorer les résultats pour les personnes qui vivent avec un trouble de l'alimentation et d'autres maladies mentales connexes ou qui s'en rétablissent.

Chacun des piliers est coprésidé par d'éminents chercheurs, des cliniciens, des proches aidants, des professionnels de la santé et des fournisseurs de services sociaux des diverses régions canadiennes, qui mènent des recherches sur les troubles de l'alimentation et les maladies connexes et/ou qui traitent et appuient les personnes directement touchées par ces troubles.

Nous croyons que nous réussirons à mettre en œuvre de nombreuses recom-

mandations de la présente stratégie au cours des 10 prochaines années en adoptant une approche solidement ancrée dans la collaboration et la participation de parties prenantes multiples, dont des personnes qui ont vécu cette expérience, des aidants, des fournisseurs de services médicaux et sociaux, des chercheurs^{xiii}, des organismes existants voués à la santé mentale et aux services sociaux, des décideurs, des gouvernements et d'autres encore⁵. Pour être fructueuse, la mise en œuvre de plusieurs recommandations devra comprendre, entre autres activités, l'exploration créative, la modélisation et la sélection d'approches largement axées sur la collaboration pour qu'elles fonctionnent dans différents groupes de parties prenantes, quelles que soient les limites des services et les limites professionnelles^{xiv}.

⁵ Commission de la santé mentale du Canada; membres de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale; psychiatres, médecins, psychologues, diététistes, travailleurs sociaux, psychothérapeutes/conseillers, dentistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, naturopathes, acupuncteurs, chiropraticiens, massothérapeutes, dentistes, ostéopathes et autres professionnels de la santé; proches aidants, y compris les parents, les frères et les sœurs; employeurs, chercheurs, enseignants, premiers répondants et autres professionnels.



1 Prévention

OBJECTIF

1.1 Réduire la prévalence et la gravité des troubles de l'alimentation au Canada.

Introduction

Les efforts de prévention doivent cibler la période précédant l'apparition d'un trouble de l'alimentation pour éviter que le trouble ne s'installe et en réduire la gravité, s'il survient effectivement.

les types de programmes ou les éléments de base les plus efficaces en prévention (p. ex., The Body Project, les approches féministes, la justice sociale, les programmes de littératie médiatique, l'activisme dans les médias).

Contexte canadien

Des programmes et des messages de prévention des troubles de l'alimentation ont déjà été mis en œuvre par le passé, mais l'information sur les ressources et les programmes efficaces est éparpillée et la recherche qui en évalue l'efficacité demeure limitée. Il y a peu de fonds pour des recherches qui combleraient le manque de données probantes sur

De plus, peu de chercheurs canadiens se concentrent sur la prévention des troubles de l'alimentation par manque de soutien financier. De nombreuses initiatives ciblant d'autres troubles de santé (p. ex., l'obésité) ont souvent la priorité sur la prévention des troubles de l'alimentation, mais les messages de lutte contre l'obésité ont été associés à l'apparition involontaire de symptômes de troubles de l'alimentation^{xv}.

1. Recommandations sur la prévention

Dans l'esprit des recommandations sur la recherche formulées dans la présente stratégie, il est recommandé d'établir un réseau bien branché pour diffuser les pratiques exemplaires aux praticiens et au public, compte tenu de l'étendue géographique du Canada. Il faut déterminer, au moyen d'une straté-

gie de recherche solide et permanente, l'orientation à donner aux efforts de prévention (p. ex., certains groupes d'âge ou groupes démographiques) et le moment propice à l'adoption d'une méthode personnalisée, car un message universel ne fonctionnera pas toujours.

RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION

1. Établir une définition ou un langage commun de ce qu'on entend par prévention dans le contexte des troubles de l'alimentation et d'une culture influencée par les préjugés à l'égard du poids^{xvi}.
2. Élaborer des messages sur la prévention à l'intention du grand public.
3. Éduquer les praticiens, les éducateurs, les décideurs, les médecins et les professionnels de l'obésité et d'autres groupes pertinents (p. ex., les professionnels de la condition physique; les professeurs de danse; les professionnels en éducation; les dentistes; les médias) sur les sujets suivants :
 - le dépistage précoce et l'identification des personnes susceptibles de développer un trouble de l'alimentation ou une maladie mentale connexe;
 - des *pratiques exemplaires* en matière de prévention;
 - des messages pertinents dans des milieux particuliers (p. ex., des écoles); et
 - l'aiguillage en temps opportun vers des ressources d'information ou des soins pertinents⁶.
4. Déterminer les lacunes lorsqu'il n'y a pas de pratiques exemplaires, soit pour certaines populations, soit pour certains types de troubles.
5. Établir des liens avec les chercheurs pour combler les lacunes dans les connaissances, y compris examiner les histoires « de réussite » dans d'autres pays.
6. Valider s'il faut utiliser les répertoires existants de pratiques exemplaires ou créer un nouveau répertoire central pour diffuser les pratiques exemplaires concernant la documentation sur la prévention.
7. Sous réserve de la recommandation n° 6, créer un répertoire centralisé pour faciliter le partage des meilleures pratiques de prévention en matière de troubles de l'alimentation.
8. Conformément à la recommandation n° 43, mesurer systématiquement les efforts qui visent à réduire la prévalence des troubles de l'alimentation au Canada.

⁶ Cet aspect est important, car à l'heure actuelle, des personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation sont aiguillées à tort vers des cliniques d'obésité, ce qui retarde les traitements et peut avoir des conséquences indésirables pour la personne aiguillée vers un traitement.



2

Éducation et sensibilisation du public

OBJECTIFS

2.1 Atténuer les préjugés et la honte associés aux troubles de l'alimentation.

2.2 Mieux appuyer la sensibilisation et l'éducation continues concernant les troubles de l'alimentation au Canada.

Introduction

Des interventions éducatives qui ciblent les préjugés et la connaissance de la santé mentale sont nécessaires au Canada pour corriger les idées fausses sur les troubles de l'alimentation^{xvii} que se font le public et les professionnels de la santé travaillant avec les personnes qui peuvent être atteintes de troubles de l'alimentation.

Selon une enquête publique menée en 2015 par Ipsos Reid^{xviii} (au nom du NEDIC), « 4 Canadiens sur 10 (40 %) croient à tort que les troubles de l'alimentation sont un choix alors que 21 % croient qu'ils sont génétiques » [Traduction libre].

De plus, une enquête menée par le NEDIC en 2018⁷ pour évaluer la littératie concernant les troubles de l'alimentation au Canada a révélé que parmi les professionnels qui y ont participé, le groupe formant la catégorie des « fournisseurs de soins de santé très engagés auprès des utilisateurs de services médicaux (c-à-d. omnipraticiens, infirmiers et infirmières

praticiens et infirmiers/infirmières) » n'obtenait pas de meilleur score statistiquement significatif à la connaissance des troubles de l'alimentation que la moyenne des professionnels en général. Il convient également de noter que les professionnels du conditionnement physique obtenaient les scores les plus faibles en ce qui concerne la connaissance des troubles de l'alimentation et les scores les plus élevés pour ce qui est des croyances stigmatisantes, tout en étant les plus susceptibles de convenir que l'éducation publique sur les troubles de l'alimentation est « suffisante ». Ce résultat est préoccupant parce que nous savons que les facteurs socioculturels, dont les préjugés associés au poids et la culture des régimes, peuvent avoir une forte influence sur la santé publique, car ils contribuent à des facteurs de risque de troubles de l'alimentation.

Contexte canadien

Au Canada, un manque d'éducation et une information erronée sur les troubles de

⁷ Le NEDIC a mené une enquête en ligne auprès de 1 000 répondants au Canada pour savoir ce que le public canadien sait des troubles de l'alimentation et explorer la littératie en matière de troubles de l'alimentation de personnes appartenant à diverses professions.



l'alimentation nuisent au traitement de ces troubles et au rétablissement subséquent. De plus, un faible niveau de connaissances en santé mentale contribue à la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation^{xix} et peut également nuire au dépistage précoce, à la recherche d'aide et au traitement pertinent. L'éducation du public peut toutefois atténuer la stigmatisation et les obstacles au traitement et au dépistage.

Les ressources qui appuieraient une meilleure éducation publique sur les troubles de l'alimentation sont rares et, pourtant, le besoin est grand. Un sondage mené en 2012 auprès des enseignants canadiens^{xx} a révélé qu'il fallait accroître l'éducation dans les écoles pour aider le personnel enseignant à s'attaquer aux problèmes de santé mentale que vivent les élèves, y compris les troubles de l'alimentation :

- 38,8 % des répondants convenaient fortement ou quelque peu que les troubles de l'alimentation sont un sujet de préoccupation urgent pour la santé mentale des élèves;
- pourtant, 87 % des répondants convenaient que

le manque de formation suffisante du personnel pour composer avec la maladie mentale chez les enfants peut être un obstacle à la prestation de services appropriés aux élèves de leur école.

Il y a bien eu des efforts pour mieux éduquer le public aux troubles de l'alimentation, mais il n'existe pas encore de stratégie qui comprenne des lignes directrices et des normes claires pour orienter ces initiatives. Pour cette raison, des personnes ou des groupes bien intentionnés, mais mal informés, peuvent utiliser des approches jugées dommageables auprès des populations cibles dans leur volonté d'éduquer. La recherche donne à penser que l'inclusion de données directes et de rapports médiatiques dans l'éducation sur les troubles de l'alimentation auprès des jeunes contrevient au principe « de ne faire d'abord aucun mal^{xxi} » :

- donner des détails précis sur les troubles de l'alimentation approfondit les connaissances, mais peut en même temps engendrer encore plus de restrictions alimentaires et de comportements alimentaires désordonnés^{xxii};

- l'utilisation d'articles des médias (p. ex., ceux qu'on trouve dans des magazines) peut également servir de « marche à suivre » ou de source d'information pour adopter des comportements alimentaires désordonnés en raison de la glorification perçue de ces troubles^{xxiii}.

Il faut donc améliorer grandement l'accès à l'éducation publique aux troubles de l'alimentation et à son offre pour faciliter le dépistage précoce, l'accès hâtif au traitement et atténuer les préjugés.

2. Recommandations sur l'éducation et la sensibilisation du public

L'amélioration de l'éducation publique aux troubles de l'alimentation peut faciliter le dépistage précoce et l'accès hâtif au traitement pertinent, en l'occurrence des mesures qui sont liées à de meilleurs résultats. Inversement, une absence d'éducation

et une information erronée sur les troubles de l'alimentation peuvent créer des obstacles considérables pour les personnes à la recherche d'un traitement et les aidants touchés par les troubles de l'alimentation.

RECOMMANDATIONS SUR L'ÉDUCATION ET LA SENSIBILISATION DU PUBLIC

9. Chercher des champions dans chaque province et territoire qui se chargeront de cibler et de résumer des campagnes d'éducation publique et des pratiques exemplaires à cet égard. Ces données seront utilisées pour orienter la préparation de documents d'éducation et de formation basés sur des données probantes.
10. En se fondant sur les résultats de l'enquête menée par le NEDIC en 2018 et de la recherche universitaire, continuer de déterminer les lacunes importantes dans les connaissances et les programmes éducatifs efficaces qui pourraient servir à combler ces besoins précis.
11. Élaborer et diffuser des programmes éducatifs pour combler les lacunes dans les connaissances d'auditoires pertinents. Ces outils pourraient comprendre, sans toutefois s'y limiter, des webinaires, des brochures, des présentations PowerPoint®, des trousse de ressources pour la formation des formateurs, des conférences et des comités d'experts. La documentation pourrait se trouver en un endroit central (NEDIC) pour s'assurer d'en simplifier l'accès.

3 Traitement

OBJECTIFS

- 3.1** Améliorer l'accès à des soins appropriés au Canada.
- 3.2** Réduire les obstacles aux soins partout au pays.
- 3.3** Réduire les variations dans le continuum des soins pour les troubles de l'alimentation au Canada.
- 3.4** Appuyer l'évaluation des résultats des soins et la définition d'indicateurs du rétablissement.

Introduction

Le traitement des troubles de l'alimentation au Canada est axé sur la stabilisation médicale, la réadaptation nutritionnelle, la normalisation des comportements alimentaires et, dans certains cas, la stabilisation des maladies psychiatriques concomitantes. Une évaluation pertinente est nécessaire pour déterminer les options de traitement.

Contexte canadien

Il existe au Canada :

- un nombre limité de cliniques ou de centres de traitement financés par l'État et spécialisés dans

le traitement des troubles de l'alimentation⁸, principalement concentrés dans les régions urbaines de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, et du Québec;

- des réseaux provinciaux et communautaires⁹ concernant les troubles de l'alimentation en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Québec, en Nouvelle-Écosse, et à Terre-Neuve et qui aident les personnes à s'y retrouver dans le système lorsqu'elles se rétablissent d'un trouble de l'alimentation;
- des cliniques privées et des praticiens en pratique privée dans la plupart des provinces; et
- peu ou pas de services dans les Territoires.

⁸ Voir p. ex. le [Provincial Specialized Eating Disorders Program](#) du BC Children's Hospital; le [Provincial Adult Tertiary and Specialized Eating Disorders Program](#) au St. Paul's Hospital; le [BridgePoint Center](#) en Saskatchewan; le [Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders \(OCOPED\)](#), qui inclut un survol des programmes en Ontario, y compris le [Eating Disorder Program](#) de l'UHN; le [Programme des troubles de l'alimentation](#) rattaché à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas; le [Programme des troubles des conduites alimentaires pour personnes de 18 ans et plus](#) du Centre hospitalier de l'Université Laval; et la [Eating Disorders Clinic](#) de la Nova Scotia Health Authority.

⁹ Voir p. ex. le [Kelty Mental Health Resource Centre](#) (BC); [Sheena's Place](#) (Toronto); [Hopewell](#) (Ottawa); [Body Brave](#) (Hamilton); [Anorexie et Boulimie \(ANEB\)](#) Québec; [Eating Disorders Nova Scotia](#); [Eating Disorders Foundation of Newfoundland and Labrador](#); [The Looking Glass Foundation](#) (Vancouver) et [F.E.A.S.T.](#)

En ce qui concerne le système de santé public canadien, les soins offerts aux personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation varient selon les diverses régions du pays. Ils sont fondés sur des valeurs axées sur les patients et la famille, la collaboration, les équipes interprofessionnelles, les données probantes et l'appui d'un modèle chercheur/praticien. Toutefois, même lorsque des traitements sont offerts, certaines personnes ne souhaitent pas s'en prévaloir, ce qui peut retarder l'accès aux soins pertinents.

En plus des services offerts par les organismes publics, il existe plusieurs types de services spécialisés pour les troubles de l'alimentation au Canada, dont les suivants :

- **Soins en établissement** : Il n'existe qu'un petit nombre d'endroits publics qui offrent des soins en établissement au Canada. Les établissements en Ontario et Colombie-Britannique s'adressent aux personnes atteintes de troubles de l'alimentation graves et persistants qui ont tenté d'autres options de traitement avec peu ou pas de succès. Ils offrent généralement des services de courte durée, y compris les repas et des soins 24 heures sur 24 aux personnes médicalement stables, mais qui ont besoin de services de nature intensive pour lutter contre le trouble de l'alimentation. Le *BridgePoint Center for Eating Disorders* en Saskatchewan fournit également des soins en établissement financés par l'État. Cependant, il diffère des centres d'hébergement de l'Ontario et de la Colombie-Britannique en ce qu'il est ouvert à tous les clients ayant des problèmes d'urgence, sans se limiter aux personnes qui ont eu peu ou pas de succès avec un traitement précédent.
- **Unités de malades hospitalisés** : Ces types de services sont offerts dans des établissements de soins tertiaires et s'adressent aux personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation et instables sur le plan médical, extrêmement en deçà de leur poids, de même qu'aux personnes qui ont besoin d'un soutien intensif pour interrompre les symptômes et/ou entamer un rétablissement du poids. Les lits en milieu hospitalier peuvent se trouver dans des unités spécialisées pour les troubles de l'alimentation ou être intégrés dans des unités médicales générales.

Les soins reçus pendant l'hospitalisation sont le soutien médical, la réadaptation nutritionnelle, le soutien psychologique et psychiatrique et les soins 24 heures sur 24.

- **Programmes de traitement de jour** : Également offerts dans des établissements de soins tertiaires, les programmes de traitement de jour, qu'on appelle aussi programmes d'hospitalisation partielle, sont des services offerts aux personnes médicalement stables, mais qui ont besoin de soutien intensif pour se rétablir d'un trouble de l'alimentation. Ces programmes intensifs exigent que les personnes s'engagent à participer au traitement de 6 à 10 heures par jour, quatre à cinq jours par semaine, et sont constitués de soutien alimentaire, de réadaptation nutritionnelle, de traitement psychologique et de traitement des difficultés psychologiques concomitantes. Lorsque des personnes ont commencé un traitement en milieu hospitalier, ces programmes leur sont ensuite offerts et ils constituent une étape vers des soins moins intensifs. Il s'agit de programmes de groupe qui accueillent habituellement de 6 à 10 personnes en même temps.
- **Programmes intensifs de suivi externe (PISE)** : Ces programmes sont assez nouveaux au Canada. Ils sont généralement offerts à l'extérieur des hôpitaux et peuvent comprendre des visites auprès de différents fournisseurs ou professionnels (à un endroit centralisé ou à différents endroits). Les PISE visent à soutenir les personnes qui ont besoin de traitements moins intensifs qu'un programme de traitement de jour, mais plus de services qu'un seul contact de traitement par semaine. Ils comportent généralement une rencontre de groupe à caractère psychologique et un repas fourni pendant chaque interaction.
- **Programmes de consultations externes** : Ces programmes tendent à se trouver dans les hôpitaux et offrent des thérapies de groupe et individuelles. Une équipe interdisciplinaire assure le traitement qui comprend des interventions psychologiques en groupe, une surveillance médicale, nutritionnelle et psychiatrique.



- **Services de consultations externes à diminution progressive des soins :** Ces programmes offerts en milieu hospitalier sont offerts dans le cadre des programmes pour les personnes hospitalisées et les traitements de jour lorsqu'elles sont sur la voie du rétablissement d'autres traitements. Il peut s'agir de thérapies de psychothérapie individuelles et d'un suivi médical/diététique à la fréquence d'une fois par semaine.

- **Hébergement de transition/de soutien :** Il existe très peu de possibilités d'hébergement de transition au Canada dans le cadre desquelles des personnes qui ont terminé une formation plus intensive peuvent habiter jusqu'à ce qu'elles soient capables de retourner dans leur collectivité d'appartenance. Ces services côtoient parfois des programmes plus spécialisés sur les troubles de l'alimentation qui continuent d'offrir des traitements, ce qui permet aux patients d'avoir un milieu de vie qui les soutient pour faciliter leur rétablissement.

Les programmes généraux, ceux qui s'adressent aux enfants et ceux qui s'adressent aux adultes en matière de troubles de l'alimentation diffèrent non seulement selon l'endroit, la disponibilité des équipes interprofessionnelles pertinentes et les services offerts, mais également dans les philosophies de traitement, les modalités utilisées, la participation (ou non) des familles, de même que les critères d'inclusion ou d'exclusion liés aux traitements.

Ce système fragmenté est tel qu'il en résulte un accès inégal aux soins et lorsque les personnes y ont accès, souvent ces soins ne correspondent pas à leurs besoins en ce qui concerne le développement ou l'ampleur des symptômes. De façon alarmante, des patients échappent aux mailles du filet social parce que leurs symptômes de comorbidité les excluent de l'admission ou que leur âge au moment du traitement ne correspond pas aux services offerts dans leur région géographique.

« Les patients aux prises avec un trouble de l'alimentation chronique ont souvent des antécédents de santé complexes. Un grand nombre des ressources communautaires ne peuvent résoudre ces cas complexes. En fait, ils sont exclus d'un grand nombre de leurs mandats. Selon notre expérience, seulement les équipes interdisciplinaires vouées aux troubles de l'alimentation et pleinement mises en œuvre ont été efficaces. »

En ce qui concerne l'âge, **la transition des services pour les enfants et les jeunes aux services pour adultes** est également difficile et/ou mal structurée. On sait que les transitions à d'autres traitements dans le système sont décousues et qu'il est souvent difficile pour les patients et leurs aidants de s'y retrouver, encore moins d'y accéder, ou même d'en connaître l'existence.

On constate également un nombre dangereusement élevé de **populations qui manquent de ressources** (p. ex., les milieux ruraux, les membres des communautés LGBTQ, les hommes, les communautés autochtones et nordiques, les minorités culturelles et ethniques).

De plus, certains établissements de traitement ne traitent pas l'hyperphagie boulimique. Dans certains cas, des fournisseurs de soins primaires aiguillent les patients vers une clinique de gestion du poids, qui se concentre sur la perte de poids et qui ne traite pas le trouble de l'alimentation véritable, situation qui peut perpétuer les problèmes liés à l'hyperphagie boulimique.

Enfin, aucun programme ne s'attaque aux problèmes de comorbidité fréquente chez les personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation. Pour cette raison, les traitements sont offerts en silo et les patients doivent aller et venir entre les fournisseurs de services, ce qui mène à des soins inefficaces et décousus.

« Les patients aux prises avec un trouble de l'alimentation chronique ont souvent des antécédents de santé complexes. Un grand

nombre des ressources communautaires ne peuvent résoudre ces cas complexes. En fait, ils sont exclus d'un grand nombre de leurs mandats. Selon notre expérience, seulement les équipes interdisciplinaires vouées aux troubles de l'alimentation et pleinement mises en œuvre ont été efficaces¹⁰. » [Traduction libre]

Parfois, les personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation cherchent des services loin de leur lieu de résidence, voire dans d'autres pays, surtout aux États-Unis.

Approches thérapeutiques et traitements

Différents traitements sont proposés aux personnes atteintes de troubles de l'alimentation.

Il a été démontré que le traitement précoce des troubles de l'alimentation, par exemple les programmes d'intervention précoce et rapide, menait à un meilleur rétablissement, en particulier en ce qui concerne la durée de la maladie et la probabilité de rétablissement^{xxiv}. De même, il a été démontré que les interventions de formation professionnelle modifient en mieux les attitudes des cliniciens à l'égard d'une thérapie ciblée pour les troubles de l'alimentation^{xxv}.

Malheureusement, les données probantes sur l'efficacité à long terme des résultats de certaines méthodes de traitement sont mitigées ou limitées^{xxvi}. La base de données existante sur la thérapie cognitivo-comportementale améliorée (TCC-A), utilisée pour traiter les adultes, et la thérapie familiale,

¹⁰ Caregiver, NIED 2018 Caregiver Needs Assessment Survey (2018).



utilisée pour traiter les adolescents, est cependant solide. En plus de la pharmacothérapie (iii), la TCC-A et la thérapie familiale sont les méthodes les plus souvent utilisées dans les centres de traitement du Canada.

i. **TCC-A ou Thérapie cognitivo-comportementale améliorée** : cette approche se concentre sur les processus qui entretiennent la psychopathologie des troubles de l'alimentation plutôt que sur ceux qui l'ont fait apparaître initialement. On met donc l'accent sur le maintien de mécanismes qui aident à construire une formulation qui est ensuite utilisée pour cibler les caractéristiques qu'il faut aborder dans le traitement. La TCC-A est généralement d'une durée fixe, soit 20 séances sur 20 semaines. Elle comporte quatre étapes bien définies. La première étape est celle de l'étape initiale intensive : les rendez-vous sont deux fois par semaine et ils consistent à susciter la participation active de la patiente ou du patient au traitement et au changement. La deuxième étape est une étape de transition où l'on fait le point, évalue et révisé la formulation. La troisième étape porte sur les princi-

paux mécanismes qui maintiennent le trouble de l'alimentation de la patiente ou du patient et la quatrième étape est axée sur l'avenir et réduit au minimum le risque de rechute à long terme.

- ii. **Traitement familial** : le traitement familial de Maudsley est né à l'Hôpital Maudsley en Angleterre. Il s'agit d'un traitement externe intensif dans le cadre duquel les parents jouent un rôle actif et positif dans le rétablissement de leur enfant atteint d'un trouble de l'alimentation.
- À ce traitement s'ajoutent trois lignes directrices, approfondies par James Lock et ses collaborateurs, qui portent spécifiquement sur un trouble de l'alimentation restrictif :
 - Phase n° 1 : apprentissage, par les parents, de stratégies pour retrouver la maîtrise des comportements alimentaires de leurs jeunes;
 - Phase n° 2 : discussion et résolution de problèmes familiaux; et
 - Phase n° 3 : retour au développement sain de la patiente ou du patient.

- La thérapie familiale prévoit également que :
 - la famille adopte une attitude compatissante à l'égard de la maladie;
 - le clinicien :
 - insiste sur la gravité de la maladie auprès des parents pour les inciter à prendre des mesures;
 - enlève tout blâme et toute culpabilité à quiconque penserait qu'il ou elle a causé le trouble de l'alimentation;
 - donne aux parents l'autonomie nécessaire pour devenir des agents actifs du rétablissement; externalise la maladie; et
 - insiste sur la psychoéducation de la maladie auprès de toute la famille.

iii. **Psychopharmacologie** : il n'existe pas de médication précise pour traiter directement les troubles de l'alimentation. La pharmacologie peut cependant servir à traiter des états et des symptômes concomitants complexes.

Maladies concomitantes complexes

On observe souvent des maladies concomitantes telles que des troubles de l'humeur, d'anxiété, lié à l'usage d'une substance, de stress post-traumatique et de la personnalité chez les personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation. Des symptômes de dépression ou d'un trouble de l'humeur sont, selon les observations, les maladies concomitantes les plus souvent observées chez les personnes qui ont reçu un diagnostic d'anorexie ou de boulimie, même si des estimations récentes donnent à penser que diverses maladies coexistent avec les troubles de l'alimentation à des taux élevés alarmants : 93 % des personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation auront également un trouble de l'humeur concomitant; 56 % auront un trouble concomitant d'anxiété; et 22 % présenteront un trouble concomitant lié à l'usage d'une substance^{xxvii}. En raison de ces maladies concomitantes complexes, les traitements doivent cibler non seulement les symptômes liés aux troubles de l'alimentation, mais également ces autres maladies mentales.

3. Recommandations sur les traitements

Le Canada possède diverses installations de traitement, bien que peu nombreuses, des troubles de l'alimentation qui s'efforcent de traiter du mieux possible les personnes et les familles touchées par un trouble de l'alimentation. L'accès aux soins n'est malheureusement pas le même partout au pays et, dans certaines provinces, il n'y a pas de

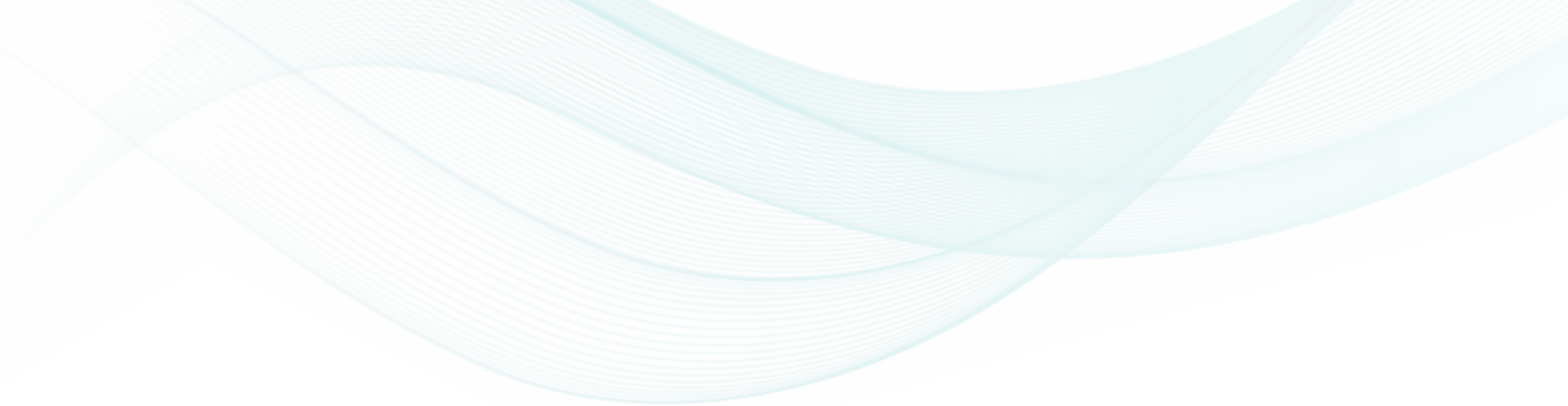
centre de traitement pour les personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation. Les urgences sont parfois le premier point d'entrée dans le système de santé pour de nombreuses personnes « et on les considère comme un "filet de sécurité" en réponse au manque d'autres services psychiatriques^{xxviii} » [Traduction libre].

RECOMMANDATIONS SUR LE TRAITEMENT

12. Conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, énoncer publiquement que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens, y compris les personnes vivant avec un trouble de l'alimentation, doivent bénéficier de l'égalité d'accès aux services médicalement nécessaires à toute la population canadienne – quel que soit l'endroit où ils habitent et sans discrimination.

RECOMMANDATIONS SUR LE TRAITEMENT (suite)

13. Créer, financer et mettre en œuvre des services spécialisés dans le traitement des troubles de l'alimentation, à tous les niveaux de traitement et pour tous les patients, à tous les degrés de gravité de la maladie.
14. Appuyer la diffusion des pratiques exemplaires visant à mieux faire correspondre les traitements et les besoins des patients (p. ex., l'outil d'allocation de traitement de courte durée pour les troubles alimentaires (STATED)^{xxix}).
15. Améliorer la communication et le partage des pratiques exemplaires et des soins basés sur les données probantes chez les professionnels, les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux.
16. Concevoir des services en réseau pour les troubles de l'alimentation au Canada, en se fondant sur les pratiques prometteuses et pratiques basées sur les données probantes.
17. Établir des réseaux dans les provinces et territoires où ils n'existent pas pour coordonner les ressources et les soins axés sur la collaboration.
18. Établir un réseau pancanadien des réseaux pour lier ces derniers d'une juridiction à une autre et appuyer la diffusion des pratiques exemplaires et la coordination des soins.
19. Créer un groupe de travail pour améliorer la transition des services pour les jeunes aux services pour adultes.
20. Élaborer des partenariats plus solides avec les soins primaires pour s'assurer de repérer rapidement les personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation.
21. Mettre en place des services bilingues, adaptés sur le plan culturel et sensibles au genre^{xxx} pour les sous-populations marginalisées.
22. Élaborer et mettre en œuvre une formation sur les aspects délicats des troubles de l'alimentation dans les milieux de traitement qui ne concernent pas les troubles de l'alimentation (p. ex. les cliniques d'obésité).
23. Encourager les autorités sanitaires provinciales à appuyer la participation de cliniciens spécialistes des troubles de l'alimentation à des possibilités de formation afin d'améliorer leurs compétences en matière de traitement (p. ex., conférence EDAC-ATAC).
24. Élaborer et mettre en œuvre une formation spécialisée afin d'optimiser la planification des traitements et leur intégration dans le cas de maladies concomitantes complexes.



4

Soutien des proches aidants

OBJECTIFS

4.1 Communiquer aux aidants des ressources et de l'information orientées et fondées sur des données probantes afin de :

- les aider à mieux s'y retrouver dans le système de santé et les services sociaux;
- rester eux-mêmes en santé;
- appuyer le rétablissement de la personne dont ils s'occupent.

4.2 Élaborer et proposer des améliorations aux politiques et aux programmes existants concernant la santé, les milieux de travail et les services sociaux pour qu'ils répondent mieux aux besoins des aidants.

Introduction

Les aidants, tout comme la personne dont ils s'occupent et tout comme les différents professionnels, fournisseurs de soins et les autres membres de la famille, jouent un rôle important dans le soutien du traitement d'une personne qui a reçu le diagnostic d'un trouble de l'alimentation. Ce rôle est conforme aux lignes directrices sur les pratiques cliniques en matière de troubles de l'alimentation^{xxi}, qui préconisent une approche des soins fondée sur un travail d'équipe.

Contexte canadien

Les aidants familiaux sont des aidants non rémunérés. Ils jouent un rôle important dans l'amélioration du bien-être des personnes atteintes d'une maladie mentale. Selon la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) : « Les aidants prodiguent souvent du soutien sous diverses formes : ils aident notamment leurs proches à s'y retrouver dans le système de santé mentale et à accéder aux services, assurent le transport, revendiquent des services et offrent un soutien social, financier et psychologique. Des études



« Les aidants prodiguent souvent du soutien sous diverses formes : ils aident notamment leurs proches à s’y retrouver dans le système de santé mentale et à accéder aux services, assurent le transport, revendent des services et offrent un soutien social, financier et psychologique. Des études ont montré que le fait de prodiguer des soins et d’offrir du soutien à un ami ou à un membre de la famille aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale peut procurer des bienfaits considérables aux aidants, à savoir un sentiment d’épanouissement, de gratification et d’utilité. » »

ont montré que le fait de prodiguer des soins et d’offrir du soutien à un ami ou à un membre de la famille aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale peut procurer des bienfaits considérables aux aidants, à savoir un sentiment d’épanouissement, de gratification et d’utilité. Néanmoins, les exigences au quotidien associées aux soins à long temps risquent de peser lourd sur la santé physique et psychologique de l’aidant^{xxxii}. »

La société ne fait cependant que commencer à comprendre ce rôle. La CSMC reconnaît « qu’il faut en faire plus pour soutenir les aidants, autant en reconnaissant et en prenant en considération leurs besoins qu’en réduisant la stigmatisation dont ils font encore l’objet^{xxxiii} ».

Même s’il n’existe pas d’ensembles de données exhaustives ou de recherche au Canada sur le rôle des aidants

des personnes aux prises avec un trouble de l’alimentation^{xxxiv}, nous savons que les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale veulent jouer un rôle central dans le rétablissement de la personne dont ils prennent soin^{xxxv}. Nous savons également que de multiples parties prenantes, y compris les aidants des personnes atteintes d’une maladie mentale, ont récemment élaboré des lignes directrices et des normes pour améliorer les services de santé mentale au Canada.

Comme de nombreuses Canadiennes et de nombreux Canadiens aux prises avec des besoins de soins complexes, les aidants des personnes vivant avec un trouble de l’alimentation doivent attendre pour obtenir des soins appropriés et font de leur mieux pour composer avec la maladie en attendant : « Le programme concernant les troubles de l’alimentation de l’hôpital

pédiatrique local a actuellement une liste d'attente de quatre semaines. Notre médecin de famille surveille les signes vitaux de notre fille une fois par semaine, mais il ne sait pas trop quel type de conseils donner. Si dans ce programme une personne pouvait nous renseigner et nous dire, par exemple, « donc, votre enfant a un trouble de l'alimentation et vous êtes en attente d'un traitement, voici ce que vous devez faire », ce serait vraiment utile. Je suis en train de concocter un plan à partir des forums en ligne et d'articles publiés et j'espère que cela va bien fonctionner^{xxxvi}. » [Traduction libre]

NIED a mené un sondage auprès des proches aidants de personnes qui vivaient avec un trouble de l'alimentation ou qui s'en rétablissaient en 2018¹¹ pour bien orienter la présente stratégie, mieux comprendre les besoins non comblés et savoir comment ils avaient réussi à prendre soin d'eux-mêmes, tout en veillant sur une personne atteinte d'un trouble de l'alimentation. Comme on l'a vu dans divers sondages de Statistique Canada^{xxxvii} sur les aidants, les répondants étaient plus susceptibles de ressentir de l'anxiété, d'être constamment inquiets, stressés, épuisés et/ou déprimés lorsqu'ils s'occupaient d'un être cher. D'autres aidants vivaient de l'isolement, de l'impuissance, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur, ils doutaient d'eux-mêmes et devenaient moins autonomes à force de s'occuper d'une personne atteinte d'un trouble de l'alimentation.

Il est important de comprendre le lien entre l'impact de prendre soin de quelqu'un et l'état de santé de l'aidant^{xxxviii}, car il peut en résulter des effets néfastes : incapacité de s'occuper de l'être cher, diminution de

l'attachement à la population active et augmentation du recours aux services de soins de santé.

« Les constatations relatives à l'augmentation du fardeau familial et à la présence accrue de problèmes de santé mentale personnels correspondent à la recherche existante sur les aidants et la prolongent. Elles soulignent de plus la nécessité d'investir des ressources dans la protection du bien-être de ce groupe qui perçoit le fardeau familial, pour des raisons morales et économiques ou des raisons pratiques, par exemple l'impact de leur propre santé mentale sur la continuité des soins et les résultats de ces derniers pour la personne dont ils s'occupent^{xxxix}. » [Traduction libre]

Tout juste un peu plus de la moitié des aidants ont répondu qu'ils comprenaient ce qu'ils devaient faire pour appuyer le membre de leur famille qui se rétablissait d'un trouble de l'alimentation. Les aidants qui occupaient un emploi, environ le tiers d'entre eux, ont dit qu'ils étaient « très satisfaits » ou « satisfaits » de la qualité du soutien ou des soins qu'ils reçoivent de leur employeur ou par son intermédiaire.

Enfin, les aidants ont fait un certain nombre de suggestions sur la façon dont les soins et les mesures de soutien peuvent être améliorés, notamment augmenter le financement, se concentrer davantage sur la personne qui a besoin des soins, accroître l'accès aux ressources et à l'aide financière pour les aider dans leur vie quotidienne, mieux former les professionnels et donner accès à des groupes de soutien familiaux ou parentaux, en particulier dans les régions rurales et éloignées.

4. Recommandations sur le soutien des aidants

Les recommandations suivantes sont conformes aux recommandations des *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*^{xl} de la CSMC et des observations données par les

aidants à la NIED, de même que dans différentes enquêtes de Statistique Canada au cours des 10 dernières années. « La *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* recommande d'offrir plus d'aide aux proches aidants grâce à de meilleurs

¹¹ Soixante-sept répondants vivant dans neuf des dix provinces ont répondu à un sondage en ligne et fourni des réponses qualitatives.

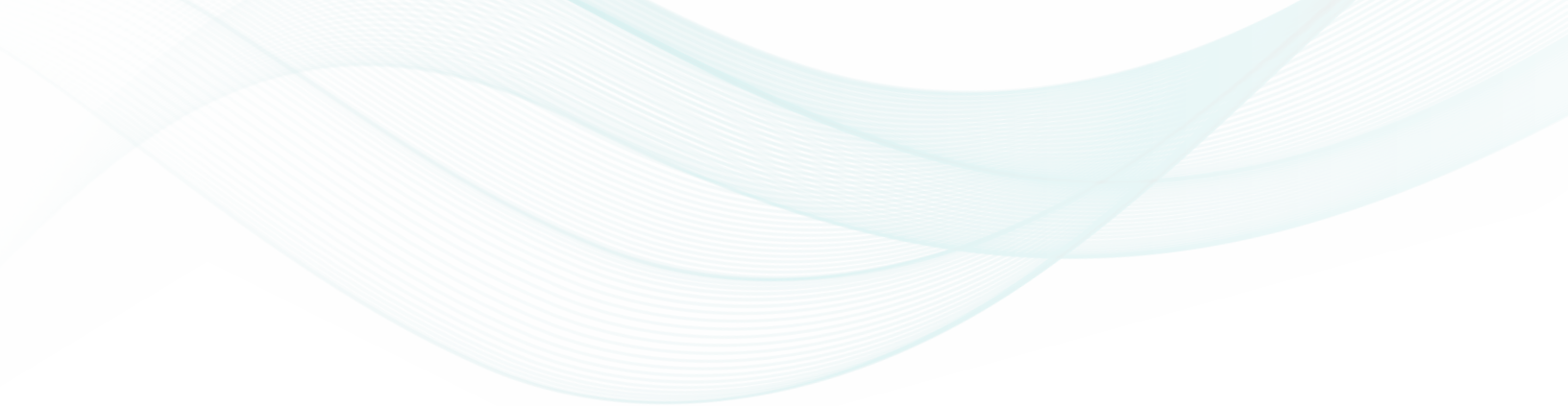
« La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada recommande d’offrir plus d’aide aux proches aidants grâce à de meilleurs soutiens financiers, à l’accès accru aux services de répit et à l’assouplissement des milieux de travail. Le système de santé mentale n’est pas le seul responsable de la planification d’une approche globale pour répondre aux besoins des proches aidants, lesquels nécessitent également l’intervention de nombreux autres systèmes agissant comme partenaires, soit les gouvernements et d’autres organisations. »

soutiens financiers, à l’accès accru aux services de répit et à l’assouplissement des milieux de travail. Le système de santé mentale n’est pas le seul responsable de la planification d’une approche globale pour répondre aux besoins

des proches aidants, lesquels nécessitent également l’intervention de nombreux autres systèmes agissant comme partenaires, soit les gouvernements et d’autres organisations^{xli}. »

RECOMMANDATIONS SUR LE SOUTIEN DES AIDANTS

25. Faire participer officiellement les aidants à la conception et à l’élaboration de recommandations de la présente stratégie.
26. Valider auprès des aidants et d’autres parties prenantes comment la présente stratégie peut appuyer la mise en œuvre des recommandations contenues dans les *Directives pancanadiennes en faveur d’un système de prestation de services pour les proches aidants d’adultes ayant une maladie mentale* et en faire avec eux la priorité.
27. Poursuivre la collaboration avec le Comité consultatif des proches aidants de la CSMC et les organisations nationales et provinciales des aidants afin d’appuyer les efforts qui visent à améliorer leur accès aux ressources et à l’information sur les maladies mentales, leur participation à la planification du système et des programmes, leur cheminement dans les systèmes de santé et les services sociaux, et leur participation, le cas échéant, aux équipes de soins.
28. Élaborer, en collaboration avec les organisations nationales et provinciales d’aidants, des politiques et des programmes provinciaux et organisationnels nouveaux ou adaptés qui soutiendront mieux tous les aidants qui ont besoin de répit et/ou qui essaient d’obtenir des soins appropriés pour leurs êtres chers.
29. Approfondir avec les aidants et les parties prenantes la valeur et l’efficacité des guides existants à l’intention des aidants, par exemple le *Guide des aidants en santé mentale : un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale*^{xlii}.
30. Élaborer de nouvelles politiques en milieu de travail ou adapter les politiques existantes pour mieux tenir compte des absences périodiques au travail pour s’acquitter de responsabilités en tant qu’aidants.
31. Travailler avec les employeurs à la détermination de meilleures pratiques qui pourront être communiquées, diffusées et adaptées pour appuyer les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale.



5 Formation

OBJECTIFS

5.1 Définir les cheminements de deuxième et de troisième cycle et de perfectionnement professionnel continu en matière de troubles de l'alimentation.

5.2 Définir des compétences cliniques liées à la prestation de services de santé aux personnes atteintes de troubles de l'alimentation et à leurs familles.

5.3 Encourager les futurs diplômés à poursuivre des carrières de recherche dans le domaine des troubles de l'alimentation.

Introduction

Les traitements des troubles de l'alimentation considérés comme des pratiques exemplaires sont interprofessionnels^{xliii}. Les médecins (de famille, pédiatres [y compris la médecine pour les adolescents], psychiatres), les psychologues, les diététistes, le personnel infirmier, les infirmiers et les infirmières praticiennes, les ergothérapeutes, et les travailleurs sociaux travaillent en étroite collaboration avec les patientes et les patients, leurs aidants et les membres de leurs familles pour faciliter le traitement des troubles de l'alimentation. D'autres disciplines dont les travailleurs auprès des enfants et des jeunes, les art-thérapeutes et les enseignants peuvent également travailler dans des contextes de traitement des troubles de l'alimentation.

La formation professionnelle fait partie intégrante du soutien de l'apprentissage et de la pratique avancés

en ce qui concerne la prestation de soins de haute qualité en matière de troubles de l'alimentation. La formation peut servir à appuyer l'apprentissage dans plusieurs domaines, y compris mais sans s'y limiter la recherche, le dépistage précoce, la prévention, la promotion de la santé, l'évaluation, les aiguillages, le diagnostic, la planification et la coordination des soins, la sélection des traitements, la gestion des médicaments, le counselling, la surveillance et bien d'autres encore.

Grâce à la formation, les praticiens peuvent acquérir à la fois les compétences de base dans des contextes universitaires des cycles supérieurs qui se rattachent à la prestation de services de soins de santé professionnels et de haute qualité et les compétences particulières aux troubles de l'alimentation qu'on n'offre généralement pas dans les programmes d'études supérieures au Canada.



Contexte canadien

En plus de l'offre limitée de cours d'études supérieures spécialisés dans les troubles de l'alimentation, les professionnels canadiens reçoivent ou acquièrent des compétences spécialisées en matière de troubles de l'alimentation auprès des diverses personnes et sources suivantes :

- Des professionnels de la santé qui offrent des services aux personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation sont le plus souvent orientés, encadrés ou supervisés par des fournisseurs de soins plus expérimentés qui travaillent dans ces services.
- Des milieux de services peuvent également appuyer ces fournisseurs qui veulent suivre une formation professionnelle continue pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences en matière de troubles de l'alimentation au moyen de diverses expériences de formation intensive ou de formation en cours d'emploi. En voici des exemples :
 - ateliers et modules d'apprentissage en ligne offerts par des spécialistes des troubles de l'alimentation ou des associations provinciales liées à différentes disciplines;
 - conférences nationales et internationales comme celles de l'Eating Disorders Association of Canada – Association des Troubles Alimentaires du Canada, l'International Conference of Eating Disorders, la London Conference on Eating Disorders;
 - possibilités de suivre dans son travail un autre professionnel dans le cadre de programmes spécialisés sur les troubles de l'alimentation; et
 - formation intensive offerte dans le cadre de possibilités supervisées.

Formation internationale

Les professionnels canadiens des troubles de l'alimentation peuvent également être membres de l'International Association of Eating Disorders Professionals (iaedp™), qui offre une attestation de professionnels des troubles de l'alimentation afin de promouvoir des normes d'excellence dans ce

domaine. Les professionnels doivent démontrer qu'ils ont acquis l'expertise clinique nécessaire grâce à la formation, à l'expérience et à la réussite d'un

examen menant à l'obtention d'un certificat dans diverses catégories liées à cette discipline.

5. Recommandations sur la formation

Il existe bien des lignes directrices cliniques et des traitements fondés sur des données probantes pour orienter la pratique, mais il n'y a pas assez de formation sur les traitements basés sur les données probantes au

Canada et très peu de formateurs canadiens principaux qui pourraient être mentors pour divers traitements. Il y a donc peu de praticiens au pays qui ont accès à la formation sur les pratiques fondées sur les données probantes.

RECOMMANDATIONS SUR LA FORMATION

32. Coordonner et diffuser la formation sur les traitements basés sur les données probantes lorsqu'ils seront mis à la disposition des professionnels actuels.
33. Élaborer une série de webinaires de perfectionnement professionnel continu dirigés par des spécialistes canadiens des troubles de l'alimentation et les assortir de crédits d'apprentissage dûment reconnus.
34. Offrir la formation sur des aspects délicats des troubles de l'alimentation dans les milieux où ces troubles ne sont pas traités, ce qui pourrait comprendre les milieux correctionnels et les centres de lutte contre les toxicomanies.
35. Diffuser les pratiques exemplaires au moyen de la télésanté dans les régions rurales et éloignées.
36. Améliorer la formation dans les milieux de pratique familiale, les réseaux de soins primaires et les équipes de santé, de même que les réseaux intégrés de santé pour appuyer le dépistage et l'identification précoces des troubles de l'alimentation.
37. Appuyer les professionnels qui souhaitent orienter leur pratique dans le domaine des troubles de l'alimentation en leur offrant des possibilités de travail intensif dans des centres spécialisés dans les troubles de l'alimentation.
38. Cibler la formation et les possibilités de travail pour les autres professionnels de la santé qui rencontrent des personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation (p. ex., les gastroentérologues, le personnel des services d'urgence, le personnel paramédical).
39. Constituer un groupe de travail chargé de définir les normes minimales d'études supérieures sur les troubles de l'alimentation dans toutes les disciplines de la santé (y compris l'élaboration d'un programme d'études standardisé en matière de troubles de l'alimentation).

6 Recherche

OBJECTIFS

- 6.1** Déterminer les priorités, les besoins et les lacunes de la recherche dans le domaine des troubles de l'alimentation au Canada.
- 6.2** Améliorer la recherche collaborative et appuyer la recherche sur les troubles de l'alimentation au Canada.
- 6.3** Améliorer la surveillance continue, les mesures du rendement et les données liées aux troubles de l'alimentation.

Introduction

La recherche soutenue est importante pour mieux comprendre l'étiologie des troubles de l'alimentation ainsi que la prévention et les traitements fondés sur des données probantes. Qui plus est, il est essentiel, ensuite, de transformer efficacement les résultats de recherches afin d'améliorer les soins et les résultats pour les personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation.

Contexte canadien

L'un des atouts du paysage canadien de la recherche est le système de santé financé par l'État qui permet de déterminer les traitements en fonction des pratiques exemplaires et des lignes directrices cliniques plutôt que d'autres facteurs. Cette situation devrait permettre de promouvoir et de mettre en œuvre la recherche clinique pour orienter la pratique. Par conséquent, le Canada compte plusieurs cliniciens chercheurs dans tout le pays qui font la promotion de la recherche sur les troubles de l'alimentation et certains gouvernements provinciaux ont considéra-

blement investi dans les initiatives de recherche connexes dans le domaine des troubles de l'alimentation¹² pour les appuyer.

Malheureusement, le domaine de la recherche sur les troubles de l'alimentation demeure largement sous-financé et, pour cette raison, peu étudié. Le financement est limité au Canada et il n'est habituellement pas octroyé au domaine des troubles de l'alimentation. Selon un rapport^{li} publié en 2014 par le Comité permanent de la condition féminine, 7,5 millions de dollars ont été consacrés en subventions de fonctionnement sur une période de cinq ans pour les troubles de l'alimentation, alors que 86 millions de dollars ont été consacrés à des subventions de fonctionnement pour la schizophrénie, même si les troubles de l'alimentation sont aussi graves, plus répandus et mortels que la schizophrénie. Ce même rapport indique également que les étudiants, les stagiaires et les chercheurs en début de carrière se font dire de s'abstenir de se spécialiser dans les troubles de l'alimentation pour éviter les pièges professionnels découlant de ce domaine marginalisé de la santé. En pratique, cela signifie qu'il

¹² Voir en particulier les investissements de l'Ontario dans le programme de traitement des troubles de l'alimentation (Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders – OCOPED) depuis 1994, <http://www.ocoped.ca/>, et la création d'une approche intégrée de traitement des troubles de l'alimentation en Colombie-Britannique, amorcée en 2009, qui a mené à l'adoption d'un plan d'action pour les services provinciaux à l'intention des personnes ayant un trouble de l'alimentation, l'adoption de Lignes directrices de pratique clinique pour le continuum des services pour les troubles de l'alimentation en Colombie-Britannique, la création d'un centre d'excellence pour les troubles d'alimentation et l'expansion de la communauté pratique des troubles d'alimentation de la Colombie-Britannique.



Il y a peu de mentors, peu de superviseurs ou peu de chercheurs. De nombreux étudiants de diverses disciplines s'intéressent à l'étude des troubles de l'alimentation, mais il existe peu de possibilités de formation en recherche et peu de directeurs de recherche aux programmes de deuxième et troisième cycle qui pourraient superviser des travaux de pointe au pays, ce qui limite l'émergence de nouveaux chercheurs canadiens qui pourraient faire progresser le domaine et y innover.

En ce qui concerne l'application de la recherche, les résultats des recherches cliniques ne se rendent pas aux cliniciens du pays, ce qui empêche les personnes atteintes de troubles de l'alimentation de profiter des avancées et des innovations. Il n'y a pas d'organisme de recherche pancanadien voué au domaine des troubles de l'alimentation (p. ex., des revues évaluées par des pairs, un service d'information clinique tel qu'UpToDate^{xliv}). Un réseau de ce genre est essentiel

pour que des travaux de recherche pancanadiens puissent être réalisés et intéresser diverses communautés culturelles et autochtones afin d'améliorer la collaboration, les possibilités de recherche et l'application des connaissances qui pourront orienter la pratique et améliorer les résultats.

Enfin, au Canada comme ailleurs dans le monde, les statistiques sur les troubles de l'alimentation en soins primaires sont généralement considérées médiocres^{xlv} ou terriblement désuètes.

Le 3 juillet 2018, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé ont appuyé les plans de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de « mesurer l'amélioration de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, ainsi qu'aux services à domicile et en milieu communautaire^{xlvi} ». L'élaboration par les gouvernements provinciaux

et territoriaux de nouveaux indicateurs de la santé mentale et des soins communautaires¹³ constitue une excellente occasion pour les parties prenantes de déterminer les sources de données pertinentes ou nouvelles qui peuvent appuyer l'établissement de rapports comparables du rendement entre les provinces et les territoires canadiens.

La création de ces nouvelles méthodes de collecte des données et de mesure du rendement mènera à un

meilleur échange des connaissances sur les maladies mentales, y compris les troubles de l'alimentation. L'utilisation d'ensembles de données et de mesures comparables à l'échelle du pays améliorera aussi grandement la possibilité que les provinces et les territoires apprennent des réussites et des difficultés des uns et des autres et améliore continuellement l'utilité et l'accessibilité des ressources existantes en santé mentale pour prévenir et traiter les maladies mentales complexes.

6. Recommandations sur la recherche

Il existe chez les chercheurs canadiens un fort potentiel d'avancement de la recherche sur les troubles de l'alimentation, de même que des équipes de recherche fortement axées sur la collaboration au pays. La recherche canadienne est en outre bien représentée aux conférences internationales. Une augmentation des investissements pourrait accélérer la situation de manière exponentielle. Il n'existe cependant aucune chaire de recherche au Canada pour la recherche sur les troubles de l'alimentation qui accroîtrait la capacité de la recherche au pays. En 2018, un projet de recherche pancanadien axé sur les patients^{xlvii}, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a ciblé les dix priorités principales de la recherche d'après les personnes qui en ont vécu

l'expérience, leurs aidants et les cliniciens. Le projet offre au domaine une compréhension consensuelle des aspects à privilégier en recherche maintenant. Les chercheurs canadiens sont très bien placés pour tirer parti de ces travaux et faire valoir aux bailleurs de fonds de recherche des investissements accrus dans ces priorités.

Il est pertinent d'élargir la portée de la recherche sur les troubles de l'alimentation, car elle est assez homogène, en ce sens que la recherche s'intéresse principalement aux femmes atteintes d'anorexie, alors que la recherche sur d'autres catégories de diagnostic ou dans des populations différentes (p. ex. les adolescents, les hommes) demeure limitée.

RECOMMANDATIONS SUR LA RECHERCHE

40. Continuer de déterminer les besoins et les priorités de la recherche en concertation avec les personnes qui ont vécu des troubles de l'alimentation, les aidants, les professionnels de la santé dans ce domaine pour que les questions de recherche les plus importantes pour les personnes touchées soient étudiées et mettent largement de l'avant ces priorités^{xliii}.

¹³ Sauf au Québec et en Ontario. « Le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec ont convenu d'une entente asymétrique distincte de l'énoncé de principe. En outre, compte tenu de la transition vers un nouveau gouvernement en Ontario, cette province ne peut appuyer officiellement les recommandations. » <https://www.newswire.ca/news-releases/a-canadian-first-cihi-to-measure-access-to-mental-health-and-addictions-services-and-to-home-and-community-care-687245651.html>

RECOMMANDATIONS SUR LA RECHERCHE (suite)

41. Procéder de manière systématique pour établir les priorités de la recherche dans tout le spectre des troubles de l'alimentation et des populations touchées.
42. Mettre à jour les données existantes^{xlviii} sur les troubles de l'alimentation et les indicateurs pertinents au Canada.
43. Mettre à jour les mesures du rendement existantes en santé mentale^{xlix} pour qu'elles englobent les troubles de l'alimentationⁱ.
44. Améliorer l'adoption des recherches existantes sur les troubles de l'alimentation en utilisant diverses stratégies et divers modèles d'application des connaissances.
45. Cerner/créer des possibilités de formation en recherche dans toutes les disciplines.
46. Favoriser la collaboration, l'organisation et la planification d'objectifs de recherche et le regroupement des compétences spécialisées afin d'obtenir du financement fédéral (p. ex. IRSC, CSRH) pour effectuer des recherches pancanadiennes.
47. Établir une chaire de recherche du Canada au sujet des troubles de l'alimentation.
48. Établir un réseau canadien de recherche sur les troubles de l'alimentation, à l'exemple des centres d'excellence des troubles de l'alimentation en Colombie-Britannique.
49. Accroître le soutien financier de la recherche liée aux troubles de l'alimentation.
50. Créer un dépôt national de données pour accroître les capacités de recherche qui reflètent le contexte canadien.

Conclusion

Élaboration de la présente stratégie

En 2015, après la publication en 2014 d'un rapport de fond intitulé¹⁴ *Les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes au Canada* par le Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes, EDAC-ATAC, EDFC, NEDIC et NIED¹⁴ ont discuté de la façon de collaborer efficacement à l'amélioration des résultats pour les personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation au Canada.

Ces conversations ont mené à la création d'un sondage qui visait la participation systématique des parties prenantes canadiennes à la détermination des lacunes à combler pour mieux soutenir les soins et le rétablissement des personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation et des autres personnes touchées par ces troubles.

Avant la conférence EDAC-ATAC de septembre 2016, NIED et Andrea Lamarre ont travaillé avec des parties prenantes et des bénévoles à la création d'un sondage et à sa diffusion auprès de quelque 500 organisations publiques et privées du pays, y compris des programmes en milieu hospitalier, des pratiques privées, des organismes en santé mentale et toutes les personnes qui ont participé à la Marche M.O.M. (Mères et autres) du 27 octobre 2015 contre les troubles de l'alimentation, organisée par NIED. En nous fondant sur les réponses de 400 parties prenantes, nous avons défini six piliers : la formation, l'éducation, le traitement, la prévention, la défense des intérêts et la recherche. À la suite de la conférence de l'EDAC-ATAC, un septième pilier¹⁵ a été ajouté, celui des aidants.

Avec l'aide des organisateurs de la conférence, de D^{re} Heather Wheeler et de Carly Crawford (psychothérapeute autorisée), NIED a réuni environ 40 parties pre-

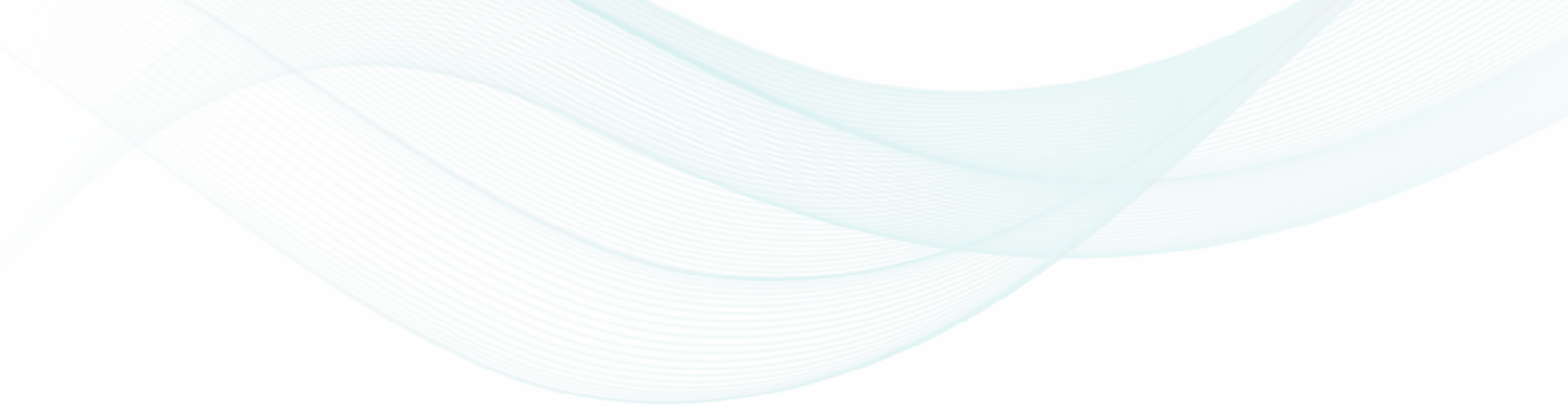
nantes de 9 des 10 provinces (cliniciens, chercheurs, fournisseurs de soins de santé de première ligne, parents ayant l'expérience des troubles de l'alimentation, aidants et bénévoles). Les parties prenantes ont participé activement à un atelier qui visait à définir l'orientation d'une Stratégie pancanadienne en matière de troubles de l'alimentation. De nombreuses personnes se sont portées bénévoles pour continuer de parfaire les mesures que nous pourrions prendre collectivement pour améliorer les résultats des personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation au Canada. Nous tenons à remercier sincèrement toutes ces personnes de leur apport, de leur expertise et de leurs encouragements qui nous ont tous inspirés tout au long de ce projet. Après la conférence, les quatre organisations nationales vouées aux troubles de l'alimentation, EDAC-ATAC, EDFC, NEDIC et NIED, ont convenu de collaborer à la création d'un ensemble complet de mesures qui combleraient les lacunes énoncées par les parties prenantes qui ont participé au sondage national de 2016. Ces mesures prennent la forme de « Recommandations » (regroupées sous les six piliers) tout au long de la présente stratégie. À notre avis, ces recommandations amélioreront les résultats pour les personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation ou qui s'en rétablissent au Canada.

Cette première stratégie servira à élargir notre dialogue avec les parties prenantes, à parfaire des recommandations précises et à élaborer des plans d'action pour la mise en œuvre de la stratégie à partir de 2019.

Nous attendons avec impatience les dialogues futurs avec les parties prenantes sur les meilleurs moyens à prendre pour mettre en œuvre les présentes recommandations.

¹⁴ Eating Disorders Association of Canada – Association des Troubles Alimentaires du Canada (EDAC-ATAC); National Eating Disorder Information Centre (NEDIC); Eating Disorders Foundation of Canada (EDFC); et National Initiative for Eating Disorders (NIED).

¹⁵ Depuis ce temps, la « défense des intérêts » est devenue une étape distincte, mais connexe de la mise en œuvre de la présente stratégie et de ses recommandations. Pour cette raison, elle ne figure pas parmi les piliers. Comme de nombreuses parties prenantes seront appelées à prendre des mesures concrètes pour mettre en œuvre les recommandations de la présente dans les provinces et les territoires du Canada, nous ne pouvons pas prévoir pour le moment comment se fera la mise en œuvre, et encore moins la défense des intérêts.



Annexe 1

Pourquoi créer une
Stratégie canadienne en
matière de troubles de
l'alimentation?

La prévalence des troubles de l'alimentation est à la hausse partout dans le monde, en particulier dans les pays occidentaux et occidentalisés^{lii}, depuis les années 1950. De plus, les gouvernements, où qu'ils soient, n'investissent pas assez dans les soins des troubles de l'alimentation et la santé mentale comparative-ment à d'autres services qui ne touchent que relativement peu de gens^{liii}.

Malheureusement, trop de Canadiennes et de Canadiens aux prises avec des troubles de l'alimentation n'ont pas accès à des soins appropriés en temps opportun, ce qui va à l'encontre d'au moins deux des cinq principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir l'universalité et l'accessibilité, ce qui signifie que tous les Canadiens ont droit aux « mêmes soins de santé » et à « un accès satisfaisant aux services de santé ».

Selon un sondage mené en 2018 auprès des aidants, nous savons que de nombreuses personnes trouvent toujours difficile de s'y retrouver dans le système de santé et les organisations de services sociaux actuels et d'y avoir accès en temps opportun pour y obtenir des soins spécialisés de haute qualité. La frustration exprimée par une aidante illustre clairement les difficultés auxquelles les aidants se heurtent lorsqu'ils essaient de trouver de l'aide : « On m'a refusée à l'hôpital à plusieurs occasions, même après avoir été envoyée [à l'urgence] à la demande du médecin de famille parce que l'électrocardiogramme montrait que son cœur était en insuffisance. L'hiver dernier, nous sommes allées à l'hôpital quatre fois et on nous a refusées les quatre fois : elle a 24 ans et elle pesait 72 lb. Nous étions terrifiés à l'idée de la perdre! Nous l'avons finalement inscrite dans un centre de traitement privé et elle n'a pas pu y rester parce qu'elle était « trop malade pour être là ». Trop malade pour un centre de traitement, pas assez malade pour l'hôpital... C'est « extrêmement stressant ». Lorsqu'on est la seule responsable de la vie de son enfant sans absolument aucune aide de la communauté médicale, la pression est énorme. On attend souvent de nous ce que le système ne peut nous donner. Souvent, les professionnels de la

santé ne comprennent pas la maladie et les ressources pour les soins sont à peu près inexistantes. Prendre soin d'une personne atteinte d'un trouble de l'alimentation est une responsabilité extrêmement stressante. Nous vivons cela depuis huit ans^{liv}. »

Le suicide et les idées suicidaires demeurent un problème pour un grand nombre de personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation ou une maladie mentale connexe comme la dépression, l'anxiété ou une assuétude. Les membres de l'Alliance travaillent activement avec le Groupe de collaboration pancanadien sur la prévention du suicide afin de réduire le taux de suicide chez tous les Canadiens et de donner vie la *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*^{lv}, adoptée par le Parlement du Canada en 2012.

En ce qui concerne l'éducation et la formation qui constituent, à notre avis, des volets indispensables de la réalisation d'un grand nombre des recommandations contenues dans la présente, nous voulons travailler en collaboration avec les professionnels de la santé, les fournisseurs de soins, les aidants et d'autres parties prenantes à la conception et à l'élaboration de nouveaux cours d'éducation et de formation basés sur les données probantes afin de réduire les risques, de promouvoir une meilleure santé et d'accélérer le rétablissement à la suite de troubles de l'alimentation.

D'après les réponses des médecins au sondage¹⁶, 70 % d'entre eux reçoivent cinq heures ou moins de formation portant spécifiquement sur les troubles de l'alimentation pendant leurs études en médecine^{lvi} et seulement 6,3 % des résidents en psychiatrie estimaient avoir passé assez de temps avec des patients atteints de troubles de l'alimentation pour travailler efficacement avec eux en clinique^{lvii}.

Nous voulons, par la présente, actualiser notre compréhension des besoins d'apprentissage du grand public et de plusieurs disciplines professionnelles. Nous

¹⁶ En 2018, NIED a collaboré avec les Diététistes du Canada pour mieux comprendre leurs besoins éducatifs relativement au traitement des troubles de l'alimentation. À partir du sondage effectué et de la collaboration soutenue avec les diététistes et d'autres professionnels, nous voulons préparer et lancer un sondage semblable auprès d'un groupe élargi de professionnels de la santé en 2019 pour mieux comprendre leurs besoins pour ce qui est de la formation universitaire et du perfectionnement professionnel continu, de même que de la formation médicale continue (FMC). Les résultats de ces sondages d'évaluation des besoins de formation complèteront ce que nous nous attendons d'apprendre d'un sondage lancé en juillet 2018 auprès des aidants et des non-professionnels afin de mieux comprendre leurs connaissances et leurs besoins généraux en éducation en matière de troubles de l'alimentation.

voulons créer des offres d'éducation et de formation qui combleront les lacunes de connaissances et amélioreront la pratique.

Globalement, la recherche multidisciplinaire, l'éducation et la formation nous aideront à :

- réduire les préjugés associés à la maladie mentale;
- éviter des torts involontaires liés à certains comportements ou à certaines pratiques dans la société et les soins; et
- mieux communiquer et utiliser les données probantes pour orienter les interventions spécifiques axées sur la prévention ou le traitement des troubles de l'alimentation et des maladies mentales connexes.

Il y a en outre très peu¹⁷ d'exemples de modèles de coordination et de continuité des soins en matière de troubles de l'alimentation dans les provinces et les territoires canadiens et ailleurs dans le monde. Au Canada, ce manque a incité des gens à chercher des soins médicaux et résidentiels spécialisés dans les troubles de l'alimentation à l'extérieur du Canada, ce qui coûte très cher aux familles sur les plans social et émotionnel, et aussi très cher aux systèmes de santé canadiens^{lviii}. Nous savons que les modèles de collaboration sont importants pour reconnaître au bon moment les facteurs de risque, effectuer le bon aiguillage vers les bonnes mesures de soutien ou les soins appropriés qui tous visent à prévenir la chronicité des symptômes, à améliorer la qualité de vie et les chances de rétablissement, et sauver des vies grâce au traitement.

Enfin, les coûts sociaux et économiques liés aux troubles de l'alimentation sont considérables. En 2003, une étude a montré que les coûts provinciaux des personnes qui vivent avec l'anorexie et reçoivent des prestations d'un régime d'invalidité de longue durée

en Colombie-Britannique pouvaient atteindre 101,7 millions de dollars par année (30 fois le coût de tous les services spécialisés de la province pour les troubles de l'alimentation^{lix}). Les coûts directs pour le système de santé du traitement des troubles de l'alimentation ont été évalués à 99,9 millions de dollars en 2012 en Australie^{lx} et la perte de productivité pour la société a été estimée, quant à elle, à 15,1 milliards de dollars^{lxi}. Bien qu'il n'y ait pas d'étude d'impact financier semblable à l'échelle nationale au Canada, les taux de prévalence des troubles de l'alimentation au Canada sont semblables à ceux de l'Australie.

En nous fondant sur une recherche récemment publiée concernant la rentabilité de la prévention et des traitements des troubles de l'alimentation^{lxii}, ainsi que sur la valeur des dépenses en services sociaux^{lxiii} au Canada, nous pensons avec optimisme qu'il vaut la peine d'explorer des options avec les parties prenantes afin de mieux répartir les ressources entre les dépenses en santé et les dépenses sociales afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les personnes atteintes de troubles de l'alimentation et de maladies mentales connexes au Canada.

Miser sur les investissements fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) existants pour la santé mentale et les soins communautaires

De multiples organisations, des gouvernements et des personnes collaborent déjà pour fixer en concertation les priorités de la recherche^{lxiii} et accroître la sensibilisation et l'éducation aux troubles de l'alimentation au Canada^{lxiv}.

Nous croyons que nous pouvons miser sur ces collaborations essentielles en explorant avec les par-

¹⁷ En Ontario, la province la plus peuplée du Canada, l'Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders (OCOPED) est un exemple de provincial de fournisseurs de services spécialisés pour les troubles de l'alimentation.

¹⁸ « Les interventions en matière de troubles de l'alimentation ont généralement fait épargner des coûts ou ont été plus efficaces ou plus coûteuses que celles d'éléments de comparaison; toutefois, certains résultats n'ont pas été jugés significatifs sur le plan statistique » [Traduction libre] : Khanh-Dao Le, L., Hay, P et Mihalopoulos, C. « A systematic review of cost-effectiveness studies of prevention and treatment for eating disorders », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Avril 2018, volume : numéro 52:4, p. 328-338. <https://doi.org/10.1177/0004867417739690>.



ties prenantes des moyens de mieux mettre la recherche en application. Nous croyons aussi avec optimisme que les nouveaux investissements des provinces et des territoires dans des programmes communautaires élargis en santé mentale et en soins à domicile auront des répercussions favorables sur les personnes atteintes de troubles de l'alimentation et leurs aidants, même si nous reconnaissons que les troubles de l'alimentation nécessitent des soins tertiaires spécialisés qui demeurent sous-financés et limités par un manque de ressources au Canada.

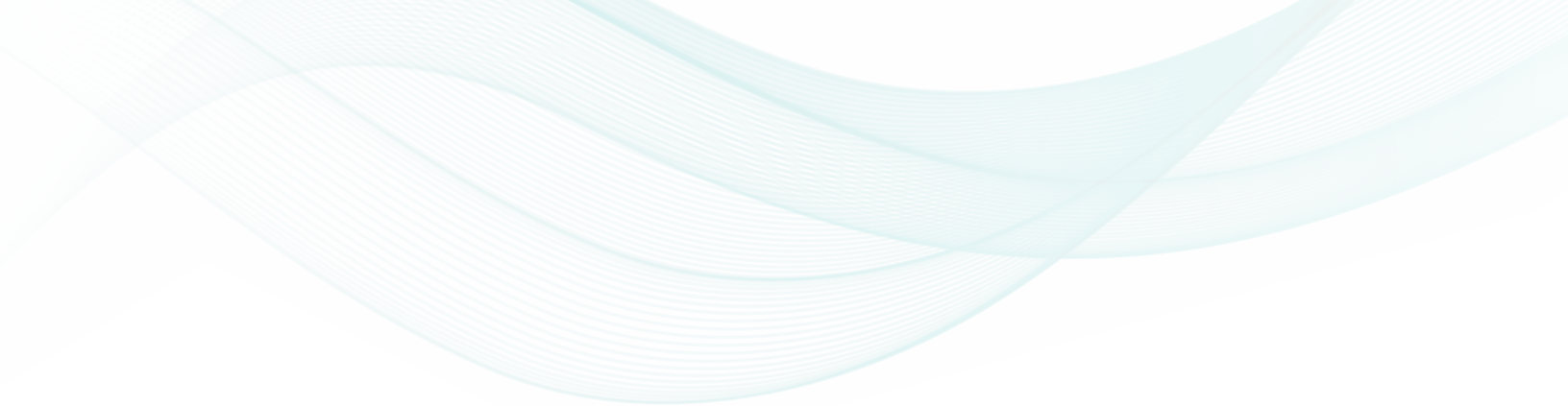
Au cours des deux dernières décennies, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont beaucoup investi dans les soins communautaires, la santé mentale et les soins à domicile. À la fin de 2016 et au début de 2017, le gouvernement du Canada a signé des accords de financement de 10 ans totalisant 11,5 milliards de dollars avec les provinces et les territoires pour améliorer en particulier les initiatives de soins à domicile et de santé mentale au Canada.

Comme les provinces et les territoires continuent d'investir dans les initiatives communautaires en santé mentale et en soins à domicile, il est possible de ren-

forcer les programmes existants de soutien social pour les aidants des personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation et d'appuyer l'intégration des pratiques fondées sur les données probantes aux programmes existants et actualisés en santé mentale.

La collaboration avec diverses parties prenantes et un engagement accru de tous mèneront à une utilisation plus efficace et efficiente des ressources gouvernementales actuellement investies dans les programmes communautaires de santé mentale et de soins de santé au Canada.

Nous croyons également aux approches solidement axées sur la collaboration pour la diffusion des connaissances et la mobilisation en faveur de pratiques exemplaires plus prometteuses sur les plateformes existantes et déjà bien utilisées d'échange des connaissances (par exemple, le Portail canadien des pratiques exemplaires, géré par l'Agence de la santé publique du Canada; la communauté de pratique des troubles de l'alimentation de la Colombie-Britannique; le Réseau d'échange des données probantes sur la toxicomanie et la santé mentale (EEM) ou le Réseau d'échange de connaissances^{lxv} tenu par Santé des enfants Canada).



Annexe 2

Sommaire des recommandations

1. Recommandations sur la prévention

Objectifs	Recommandations
1.1 Réduire la prévalence et la gravité des troubles de l'alimentation au Canada.	1. Établir une définition ou un langage commun de ce qu'on entend par prévention dans le contexte des troubles de l'alimentation et d'une culture influencée par les préjugés à l'égard du poids ^{xvi} .
	2. Élaborer des messages sur la prévention à l'intention du grand public.
	3. Éduquer les praticiens, les éducateurs, les décideurs, les médecins et les professionnels de l'obésité et d'autres groupes pertinents (p. ex., les professionnels de la condition physique; les professeurs de danse; les professionnels en éducation; les dentistes; les médias) sur les sujets suivants : • le dépistage précoce et l'identification des personnes susceptibles de développer un trouble de l'alimentation ou une maladie mentale connexe; • des pratiques exemplaires en matière de prévention; • des messages pertinents dans des milieux particuliers (p. ex., des écoles); et • l'aiguillage en temps opportun vers des ressources d'information ou des soins pertinents⁶.
	4. Déterminer les lacunes lorsqu'il n'y a pas de pratiques exemplaires, soit pour certaines populations, soit pour certains types de troubles.
	5. Établir des liens avec les chercheurs pour combler les lacunes dans les connaissances, y compris examiner les histoires « de réussite » dans d'autres pays.
	6. Valider s'il faut utiliser les répertoires existants de pratiques exemplaires ou créer un nouveau répertoire central pour diffuser les pratiques exemplaires concernant la documentation sur la prévention.
	7. Sous réserve de la recommandation n° 6, créer un répertoire centralisé pour faciliter le partage des meilleures pratiques de prévention en matière de troubles de l'alimentation.
	8. Conformément à la recommandation n° 43, mesurer systématiquement les efforts qui visent à réduire la prévalence des troubles de l'alimentation au Canada.

2. Recommandations sur l'éducation et la sensibilisation du public

Objectifs	Recommandations
2.1 Atténuer les préjugés et la honte associés aux troubles de l'alimentation. 2.2 Mieux appuyer la sensibilisation et l'éducation continues concernant les troubles de l'alimentation au Canada.	9. Chercher des champions dans chaque province qui se chargeront de cibler et de résumer des campagnes d'éducation publique et des pratiques exemplaires à cet égard. Ces données seront utilisées pour orienter la préparation de documents d'éducation et de formation basés sur des données probantes.
	10. En se fondant sur les résultats de l'enquête menée par le NEDIC en 2018 et de la recherche universitaire, continuer de déterminer les lacunes importantes dans les connaissances et les programmes éducatifs efficaces qui pourraient servir à combler ces besoins précis.
	11. Élaborer et diffuser des programmes éducatifs pour combler les lacunes dans les connaissances d'auditoires pertinents. Ces outils pourraient comprendre, sans toutefois s'y limiter, des webinaires, des brochures, des présentations PowerPoint®, des trousseaux de ressources pour la formation des formateurs, des conférences et des comités d'experts. La documentation pourrait se trouver en un endroit central (NEDIC) pour s'assurer d'en simplifier l'accès.

3. Recommandations sur les traitements

Objectifs	Recommandations
3.1 Améliorer l'accès à des soins appropriés au Canada. 3.2 Réduire les obstacles aux soins partout au pays. 3.3 Réduire les variations dans le continuum des soins pour les troubles de l'alimentation au Canada. 3.4 Appuyer l'évaluation des résultats des soins et la définition d'indicateurs du rétablissement.	12. Conformément aux principes de la Loi canadienne sur la santé, énoncer publiquement que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens, y compris les personnes vivant avec un trouble de l'alimentation, doivent bénéficier de l'égalité d'accès aux services médicalement nécessaires à toute la population canadienne – quel que soit l'endroit où ils habitent et sans discrimination.
	13. Créer, financer et mettre en œuvre des services spécialisés dans le traitement des troubles de l'alimentation, à tous les niveaux de traitement et pour tous les patients, à tous les degrés de gravité de la maladie.
	14. Appuyer la diffusion des pratiques exemplaires visant à mieux faire correspondre les traitements et les besoins des patients (p. ex., l'outil d'allocation de traitement de courte durée pour les troubles alimentaires (STATED)^{xxix}).
	15. Améliorer la communication et le partage des pratiques exemplaires et des soins basés sur les données probantes chez les professionnels, les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux.
	16. Concevoir des services en réseau pour les troubles de l'alimentation au Canada, en se fondant sur les pratiques prometteuses et pratiques basées sur les données probantes.
	17. Établir des réseaux dans les provinces et territoires où ils n'existent pas pour coordonner les ressources et les soins axés sur la collaboration.
	18. Établir un réseau pancanadien des réseaux pour lier ces derniers d'une juridiction à une autre et appuyer la diffusion des pratiques exemplaires et la coordination des soins.
	19. Créer un groupe de travail pour améliorer la transition des services pour les jeunes aux services pour adultes.

3. Recommandations sur les traitements (suite)

Objectifs	Recommandations
3.1 Améliorer l'accès à des soins appropriés au Canada. 3.2 Réduire les obstacles aux soins partout au pays. 3.3 Réduire les variations dans le continuum des soins pour les troubles de l'alimentation au Canada. 3.4 Appuyer l'évaluation des résultats des soins et la définition d'indicateurs du rétablissement.	20. Élaborer des partenariats plus solides avec les soins primaires pour s'assurer de repérer rapidement les personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation.
	21. Mettre en place des services bilingues, adaptés sur le plan culturel et sensibles au genre ^{xxx} pour les sous-populations marginalisées.
	22. Élaborer et mettre en œuvre une formation sur les aspects délicats des troubles de l'alimentation dans les milieux de traitement qui ne concernent pas les troubles de l'alimentation (p. ex. les cliniques d'obésité).
	23. Encourager les autorités sanitaires provinciales à appuyer la participation de cliniciens spécialistes des troubles de l'alimentation à des possibilités de formation afin d'améliorer leurs compétences en matière de traitement (p. ex., conférence EDAC-ATAC).
	24. Élaborer et mettre en œuvre une formation spécialisée afin d'optimiser la planification des traitements et leur intégration dans le cas de maladies concomitantes complexes.

4. Recommandations sur le soutien des proches aidants

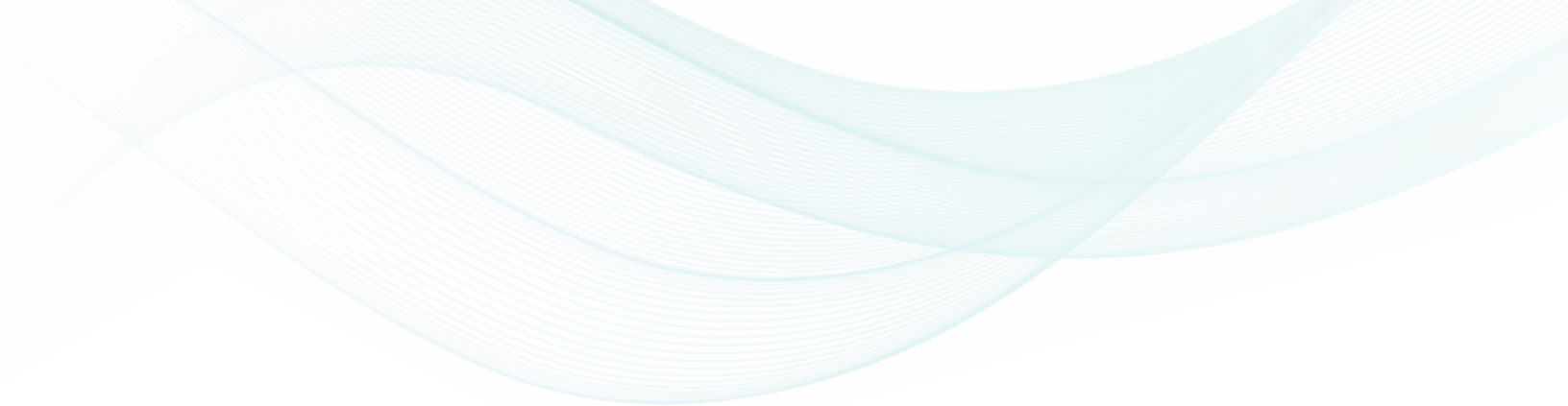
Objectifs	Recommandations
4.1 Communiquer aux aidants des ressources et de l'information orientées et fondées sur des données probantes afin de : • les aider à mieux s'y retrouver dans le système de santé et les services sociaux; • rester eux-mêmes en santé; • appuyer le rétablissement de la personne dont ils s'occupent. 4.2 Élaborer et proposer des améliorations aux politiques et aux programmes existants concernant la santé, les milieux de travail et les services sociaux pour qu'ils répondent mieux aux besoins des aidants.	25. Faire participer officiellement les aidants à la conception et à l'élaboration de recommandations de la présente stratégie.
	26. Valider auprès des aidants et d'autres parties prenantes comment la présente stratégie peut appuyer la mise en œuvre des recommandations contenues dans les Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale et en faire avec eux la priorité.
	27. Poursuivre la collaboration avec le Comité consultatif des proches aidants de la CSMC et les organisations nationales et provinciales des aidants afin d'appuyer les efforts qui visent à améliorer leur accès aux ressources et à l'information sur les maladies mentales, leur participation à la planification du système et des programmes, leur cheminement dans les systèmes de santé et les services sociaux, et leur participation, le cas échéant, aux équipes de soins.
	28. Élaborer, en collaboration avec les organisations nationales et provinciales d'aidants, des politiques et des programmes provinciaux et organisationnels nouveaux ou adaptés qui soutiendront mieux tous les aidants qui ont besoin de répit et/ou qui essaient d'obtenir des soins appropriés pour leurs êtres chers.
	29. Approfondir avec les aidants et les parties prenantes la valeur et l'efficacité des guides existants à l'intention des aidants, par exemple le Guide des aidants en santé mentale : un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale^{xlii}.
	30. Élaborer de nouvelles politiques en milieu de travail ou adapter les politiques existantes pour mieux tenir compte des absences périodiques au travail pour s'acquitter de responsabilités en tant qu'aidants.
	31. Travailler avec les employeurs à la détermination de meilleures pratiques qui pourront être communiquées, diffusées et adaptées pour appuyer les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale.

5. Recommandations sur la formation

Objectifs	Recommandations
5.1 Définir les chemine-ments de deuxième et de troisième cycle et de perfectionnement professionnel continu en matière de troubles de l'alimentation. 5.2 Définir des compé-tences cliniques liées à la prestation de services de santé aux personnes atteintes de troubles de l'alimentation et à leurs familles. 5.3 Encourager les futurs diplômés à poursuivre des carrières de recherche dans le domaine des troubles de l'alimentation.	32. Coordonner et diffuser la formation sur les traitements basés sur les données probantes lorsqu'ils seront mis à la disposition des professionnels actuels.
	33. Élaborer une série de webinaires de perfectionnement professionnel continu dirigés par des spécialistes canadiens des troubles de l'alimentation et les assortir de crédits d'apprentissage dûment reconnus.
	34. Offrir la formation sur des aspects délicats des troubles de l'alimentation dans les milieux où ces troubles ne sont pas traités, ce qui pourrait comprendre les milieux correctionnels et les centres de lutte contre les toxicomanies.
	35. Diffuser les pratiques exemplaires au moyen de la télésanté dans les régions rurales et éloignées.
	36. Améliorer la formation dans les milieux de pratique familiale, les réseaux de soins primaires et les équipes de santé, de même que les réseaux intégrés de santé pour appuyer le dépistage et l'identification précoces des troubles de l'alimentation.
	37. Appuyer les professionnels qui souhaitent orienter leur pratique dans le domaine des troubles de l'alimentation en leur offrant des possibilités de travail intensif dans des centres spécialisés dans les troubles de l'alimentation.
	38. Cibler la formation et les possibilités de travail pour les autres professionnels de la santé qui rencontrent des personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation (p. ex., les gastroentérologues, le personnel des services d'urgence, le personnel paramédical).
	39. Constituer un groupe de travail chargé de définir les normes minimales d'études supérieures sur les troubles de l'alimentation dans toutes les disciplines de la santé (y compris l'élaboration d'un programme d'études standardisé en matière de troubles de l'alimentation).

6. Recommandations sur la recherche

Objectifs	Recommandations
6.1 Déterminer les priorités, les besoins et les lacunes de la recherche dans le domaine des troubles de l'alimentation au Canada. 6.2 Améliorer la recherche collaborative et appuyer la recherche sur les troubles de l'alimentation au Canada. 6.3 Améliorer la surveillance continue, les mesures du rendement et les données liées aux troubles de l'alimentation.	40. Continuer de déterminer les besoins et les priorités de la recherche en concertation avec les personnes qui ont vécu des troubles de l'alimentation, les aidants, les professionnels de la santé dans ce domaine pour que les questions de recherche les plus importantes pour les personnes touchées soient étudiées et mettent largement de l'avant ces priorités ^{xiii} .
	41. Procéder de manière systématique pour établir les priorités de la recherche dans tout le spectre des troubles de l'alimentation et des populations touchées.
	42. Mettre à jour les données existantes ^{xlvii} sur les troubles de l'alimentation et les indicateurs pertinents au Canada.
	43. Mettre à jour les mesures du rendement existantes en santé mentale pour qu'elles englobent les troubles de l'alimentation ^{xlix} .
	44. Améliorer l'adoption des recherches existantes sur les troubles de l'alimentation en utilisant diverses stratégies et divers modèles d'application des connaissances.
	45. Cerner/créer des possibilités de formation en recherche dans toutes les disciplines.
	46. Favoriser la collaboration, l'organisation et la planification d'objectifs de recherche et le regroupement des compétences spécialisées afin d'obtenir du financement fédéral (p. ex. IRSC, CSRH) pour effectuer des recherches pancanadiennes.
	47. Établir une chaire de recherche du Canada au sujet des troubles de l'alimentation.
	48. Établir un réseau canadien de recherche sur les troubles de l'alimentation, à l'exemple des centres d'excellence des troubles de l'alimentation en Colombie-Britannique.
	49. Accroître le soutien financier de la recherche liée aux troubles de l'alimentation.
	50. Créer un dépôt national de données pour accroître les capacités de recherche qui reflètent le contexte canadien.



Notes de fin de document

- i Voir en particulier le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), Société canadienne de pédiatrie (2018). *Résultats du PCSP 2017*. https://www.pcsp.cps.ca/uploads/publications/Resultats-du-PCSP-2017_1.pdf.
- ii Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J.A., Goldner, E.M. et Gao, M. (2005). « The mortality rate from anorexia nervosa ». *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), p. 143-146; Girz L, Lafrance Robinson A, Tessier C. (2014). « Is the next generation of physicians adequately prepared to diagnose and treat eating disorders in children and adolescents? ». *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, 22(5), p. 375-385.
- iii Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). « Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases ». *Clinical Psychology Review*, 31(5), p. 727-735. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>; et Mitchison, D., et Hay, P. J. (2014). « The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors ». *Clinical Epidemiology*, p. 90, <http://doi.org/10.2147/CLEP.S40841>.
- iv Statistique Canada (2018), *Décès, causes de décès et espérance de vie, 2016*, Tableau 13-10-0801-01 (anciennement CANSIM 102-0564).
- v Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., et Nielsen, S. (2011). « Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies ». *Archives of General Psychiatry*, 68, p. 724-731.
- vi Berkman, N.D., Lohr, K.N., et Bulik, C.M. (2007). « Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature ». *International Journal of Eating Disorders*, 40, p. 293-309.
- vii Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., et Nielsen, S. (2011). « Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies ».
- viii Smink, F.E., van Hoeken, D., et Hoek, H.W. (2012). « Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates ». *Current Psychiatry Reports*, 14, p. 406-414.

- ix Voir en particulier Roberts, K.C. (2012). « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011 ». *Rapports sur la santé* vol. 23, n° 3, p. 37-41; et Lillico, H.G. et coll. (2014). « The prevalence of eating behaviors among Canadian youth using cross-sectional school-based surveys ». *BMC Public Health*. 14, p. 323; voir aussi Luongo, N.M. (2018). « Disappearing in plain sight: An exploratory study of co-occurring eating and substance abuse dis/orders among homeless youth in Vancouver, Canada ». *Women's Studies International Forum*, 67, p. 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.01.003>; et Godin, K.M., Patte, K.A. et Leatherdale, S.T. (2018). « Examining Predictors of Breakfast Skipping and Breakfast Program Use Among Secondary School Students in the COMPASS Study ». *Journal of School Health*, 88, p. 150-158. <https://doi.org/10.1111/josh.12590>.
- x Raffoul, A., Leatherdale, S.T. et Kirkpatrick, S.I. (2018). « Dieting predicts engagement in multiple risky behaviours among adolescent Canadian girls: a longitudinal analysis ». *Can J Public Health*, 109, p. 61, <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0025-x>.
- xi McVey G., Tweed S. et Blackmore E. (2004). « Dieting among preadolescent and young adolescent females ». *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 170(10), p. 1559-1561; McVey, G.L., Tweed, S., et Blackmore, E. (2005). « Correlates of dieting and muscle gaining behaviors in 10-14 year-old males and females ». *Preventive Medicine*, 40(1), 1-9; Bernier, C.D., Kozyrskyj, A., Benoit, C., Becker, A.B. et Machessault, G. (2010). « Body image and dieting attitudes among preadolescents ». *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 71(3), p. e34-e40; et Gusella, J., Goodwin, J. et van Roosmalen, E. (2008). « 'I want to lose weight': Early risk for disordered eating? ». *Paediatric Child Health*, 13(2), p. 105-110.
- xii Pinhas, L., Morris, A. Crosby, R.D., et Katzman, D.K. (2011). « Incidence and age-specific presentation of restrictive Eating Disorders in children. A Canadian paediatric surveillance program study », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165, pp. 895-899a.
- xiii Obeid, N. McVey, G.L., Norris, M.L. et Preskow, W.E. (2017). *Building capacity for patient-oriented research in eating disorders*. http://webapps.cihr-irsc.gc.ca/decisions/p/project_details.html?applId=363895&lang=fr.
- xiv Voir Hunt et coll. « The role of boundary spanners in delivering collaborative care: a process evaluation ». *BMC Family Practice* (2016), 17, p. 96, <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0501-4>.
- xv Salas et coll. (2017). « A critical analysis of obesity prevention policies and strategies ». *Can J Public Health*, 108(5-6), p. e598–e608, <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6044>.

- xvi *Ibid.*
- xvii Dimitropoulos, G. et coll. (2015). « 'You don't have anorexia, you just want to look like a celebrity': perceived stigma in individuals with anorexia nervosa ». *Journal of Mental Health*, 25(1), p. 1-8.
- xviii <https://www.ipsos.com/en-ca/half-50-canadians-have-been-exposed-eating-disorders-whether-its-someone-they-know-or-themselves>.
- xix Mond, J. M., Hay, P. J., Paxton, S. J., Rodgers, B., Darby, A., Nillson, J., Quirk, F., et Owen, C. (2010). « Eating disorders 'mental health literacy' in low risk, high risk and symptomatic women: Implications for health promotion programs ». *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 18(4), p. 267-285. <https://doi.org/10.1080/10640266.2010.490115>.
- xx Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants (2012). Comprendre les perspectives du personnel enseignant sur la santé mentale des élèves – Résultats d'un sondage national. <https://www.ctf-fce.ca/Research-Library/LaSantéMentaleDesEleves.pdf>.
- xxi Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., et Fairburn, C. G. (1997). « Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? ». *International Journal of EDs*, 22(2), p. 167-172.
- xxii Carter et coll. (1997); voir aussi Yager, Z. « What not do when teaching about eating disorders ». *Journal of the HEIA*, 13(1).
- xxiii Chiodo, J. et Latimer, P. R. (1983). « Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14(2), p. 131-135; Fairburn, C. G. et Cooper, P. J. (1982). « Self-induced vomiting and bulimia nervosa: an undetected problem ». *British Medical Journal*, 284(6323), p. 1153-1155; O'Dea, J. (2000). « School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm ». *EDs: The Journal of Treatment & Prevention*, 8(2), p. 123-130, <https://doi.org/10.1080/10640260008251219>; Thomsen, S. R., Kelly McCoy, J., et Williams, M. (2001). « Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines ». *EDs: The Journal of Treatment & Prevention*, 9(1), p. 57, <https://doi.org/10.1080/106402601300187731>.
- xxiv Pinhas, L., Wong, J., et Woodside, D. B. (2014). « Early Intervention in EDs », cités dans P. Byrne et A. Rosen (Éd.). *Early Intervention in Psychiatry: El of nearly everything for better mental health*. John Wiley & Sons.
- xxv Waller, G., D'Souza Walsh, K., et Wright, C. (2015). « Impact of education on clinicians' attitudes to exposure therapy for EDs ». *Behavior Research and Therapy*, p. 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.014>.

- xxvi Voir en particulier Lock, J. (2010). « Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges ». *Minerva Psichiatr.*, 51(3), p. 207–216.
- xxvii Blinder B.J., Cumella E.J. et Sanathara V.A., (2006). « Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders ». *Psychosom Med.*, 68(3), p. 454-462.
- xxviii Voir en particulier Smith D.H. and Hadorn D.C. (2002), « Lining up for children's mental health services: a tool for prioritizing waiting lists ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, p. 367-377; voir également des exemples du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario :
 - a. Betts, S., « Young Canadians are reaching out for mental health help more than ever, investigation shows ». CBC News. 1^{er} juin 2017. Consulté le 10 septembre 2019. <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/young-people-mental-health-help-1.4140954>;
 - b. Cribb, R. Ovid, N., Lao, D. et Biggam, B. « Demand for youth mental health services is exploding. How universities and business are scrambling to react ». The Toronto Star. 29 mai 2017. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.thestar.com/news/canada/2017/05/29/youth-mental-health-demand-is-exploding-how-universities-and-business-are-scrambling-to-react.html>;
 - c. Cobb, C. « As demand for mental health services grows, funding stagnates ». *The Ottawa Citizen*. 1^{er} avril 2015. Consulté le 10 septembre 2019. <http://ottawacitizen.com/news/local-news/mental-health-funding>;
 - d. Santé mentale pour enfants Ontario (2017). *Ontario Budget 2017: Wynne Budget Ignores Children's Mental Health Crisis*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://cmho.org/news/6519757-ontario-budget-2017-wynne-budget-ignores-children-s-mental-health-crisis>;
 - e. Gouvernement de l'Ontario (2017), *L'Ontario accroît l'accès aux soins de santé mentale à Simcoe Nord*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2017/10/ontario-accroît-l'accès-aux-soins-de-santé-mentale-a-simcoe-nord.html>;
 - f. Canadian Broadcasting Corporation, « CHEO, Royal wait lists for youth mental health treatment still 'extensive' ». CBC News. 20 octobre 2015. Consulté le 10 septembre 2019. <http://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/cheo-royal-wait-times-extensive-1.3294407>.
- xxix Geller, J., Raudzus, J. et Yoon, P. Providence Health Care (2017). Short Treatment Allocation Tool for Eating Disorders (STATED) cité par L'Organisation de normes en santé (HSO), Pratiques exemplaires. Consulté le 10 septembre 2019. <https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/outil-dallocation-de-traitement-de-courte-duree-pour-les-troubles-alimentaires-stated/>.

- xxx Voir en particulier Judd, F., Armstrong, S. et Kulkarni, J. (2009). « Gender-Sensitive Mental Health Care ». *Australasian Psychiatry*, 17:2, p. 105–111, <https://doi.org/10.1080/10398560802596108> et Greenberg, S. T. et Schoen, E. G. (2008). « Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery ». *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), p. 464-471, <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.464>. En ce qui concerne la formation future, voir aussi Calzo J.P., Katz-Wise S.L., Charlton, B.M., Gordon, A.R. et Krieger, N. (2019). « Addressing the dearth of critical gender analysis in public health and medical pedagogy: an interdisciplinary seminar to generate student-created teaching examples ». *Critical Public Health*, 29:1, p. 18-26, <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1419166>.
- xxxi Voir en Colombie-Britannique, *Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of Services* (2012); American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, 3^e édition, <https://psychiatryonline.org/guidelines> et National Institute for Health and Care Excellence (2017), Eating disorders: recognition and treatment, NG 69, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
- xxxii Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), *Aidants*, <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/aidants>.
- xxxiii *Ibid.*
- xxxiv Voir aussi par ailleurs Fjermestad, K. W., Rø, A. E., Espeland, K. E., Halvorsen, M.S. et Halvorsen, I. M. (2019). « 'Do I exist in this world, really, or is it just her?' Youths' perspectives of living with a sibling with anorexia nervosa ». *Eating Disorders*, <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1573046> et Elufong, P.R. et Conti, J. (2019). « We don't really know what else we can do: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa ». *Journal of Eating Disorders*, 7:5, <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0235-5>.
- xxxv Voir en particulier CSMC. *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*. p. 8, 11-14, <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3273>.
- xxxvi NIED (2018), *NIED 2018 Caregiver's Need Assessment Survey*.
- xxxvii Statistique Canada (2007, 2012). *Enquête sociale générale*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89f0115x/89f0115x2013001-fra.htm>
- xxxviii Chen, W-Y., et Lukens, E. (2011). « Wellbeing, depressive symptoms, and burden among parent and sibling caregivers of persons with severe and persistent mental illness ». *Social Work in Mental Health*, 9, p. 397–416, <https://dx.doi.org/10.1080/15332985.2011.575712>.

- xxxix Ennis, E. et Bunting B.P. (2013), « Family burden, family health and personal mental health ». *BMC Public Health*, 13:255, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/255>.
- xl CSMC, *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*.
- xli *Ibid.*, p. 32.
- xlii Santé publique Ottawa (2015), <http://www.ottawapublichealth.ca/fr/public-health-topics/mental-health-caregiver-guide.aspx>.
- xlili American Psychiatric Association (2006), *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, 3^e édition, <https://psychiatryonline.org/guidelines> et National Institute for Health and Care Excellence (2017), *Eating disorders: recognition and treatment*, NG 69, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
- xliv <https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis>.
- xlvi Cadwallader, J.S., *TCA-MG : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires en France*. Thèse de doctorat. Université Paris-Saclay, 2018, p. 24, http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1398/fichier_these-cadwallader-201800863.pdf.
- xlvi Institut canadien d'information sur la santé (2018). *Une première au Canada : l'ICIS mesurera l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, de même qu'aux services à domicile et en milieu communautaire*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.cihi.ca/fr/une-premiere-au-canada-licis-mesurera-lacces-aux-services-en-sante-mentale-et-en-toxicomanie-de-meme>.
- xlvi Pour un aperçu, voir Obeid, N., McVey, G.L., Norris, M.L. et Preskow, W.E. (2017). *Building capacity for patient-oriented research in eating disorders*, http://webapps.cihr-irsc.gc.ca/decisions/p/project_details.html?applId=363895&lang=fr.
- xlvi Gouvernement du Canada (2019). *Santé mentale et bien-être*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre.html>.
- xlix Goffin, P. « Cross-country mental health data should be standardized, researchers say ». *The Toronto Star*, 30 août 2017. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.thestar.com/news/gta/2017/08/30/cross-country-mental-health-data-should-be-standardized-researchers-say.html>.

- I Institut canadien d'information sur la santé (2019). *Santé mentale et toxicomanie*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.cihi.ca/fr/sante-mentale-et-toxicomanie>.
- li Comité permanent de la condition féminine (2014). *Les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes au Canada*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/41-2/FEWO/rapport-4>.
- lii Hoek, H., (2016). « Review of the worldwide epidemiology of eating disorders ». *Current Opinion in Psychiatry*, 29(1), <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>.
- liii Organisation mondiale de la santé (2011) « L'OMS souligne le manque d'investissements dans les soins de santé mentale au niveau mondial ». Consulté le 10 septembre 2019. https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/mental_health_20111007/fr/.
- liv NIED (2018), *NIED 2018 Caregiver's Need Assessment Survey*.
- lv Gouvernement du Canada, *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*. L.C. 2012, c. 30. Consulté le 10 septembre 2019. https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2012_30/page-1.html.
- lvi Williams M. et Leichner, P. (2006). « More training needed in eating disorders: A time cohort comparison of Canadian psychiatry residents ». *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, 14(4), p. 323-334.
- lvii Su, J.C. et Birmingham, C.L. (2003). « Anorexia nervosa: The cost of long-term disability ». *Eating and Weight Disorders*, 8(1), p. 76-79.
- lviii Voir, par exemple, de Oliveira et coll. (2016). « Cost evaluation of out-of-country care for patients with eating disorders in Ontario: a population-based study ». *CMAJO*, 4 (4), p. e661 — e667, <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160057>.
- lix Su, J.C. et Birmingham, C.L. (2003). « Anorexia nervosa: The cost of long-term disability ». *Eating and Weight Disorders*.
- lx The Butterfly Foundation (2012). *Paying the price: The economic and social impacts of eating disorders in Australia*.
- lxi *Ibid.*
- lxii Dutton, D.J. et coll. (2018). « Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study », 190 (3), p. e66 — e71, <https://doi.org/10.1503/cmaj.170132>.

- lxiii Obeid, N. McVey, G.L., Norris, M.L. et Preskow, W.E. *Building capacity for patient-oriented research in eating disorders*.
- lxiv Agence de la santé publique du Canada (2015). *Troubles de l'alimentation chez les jeunes : renseignements destinés aux parents et à l'entourage*. Consulté le 10 septembre 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/troubles-alimentation-chez-jeunes-renseignements-destines-aux-parents-et-entourage.html>.
- lxv Anciennement la Canadian Association of Pediatric Healthcare Centres (CAPHC). Consulté le 10 septembre 2019. <https://ken.childrenshealthcarecanada.ca/xwiki/bin/view/Main/>.

Stratégie canadienne en matière
de troubles de l'alimentation : 2019 à 2029