



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES AU CANADA

Rapport du Comité permanent de la condition féminine

La présidente

Hélène LeBlanc

NOVEMBRE 2014

41^e LÉGISLATURE, DEUXIÈME SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES AU CANADA

Rapport du Comité permanent de la condition féminine

La présidente

Hélène LeBlanc

NOVEMBRE 2014

41^e LÉGISLATURE, DEUXIÈME SESSION

COMITÉ PERMANENT DE LA CONDITION FÉMININE

PRÉSIDENTE

Hélène LeBlanc

VICE-PRÉSIDENTES

Kirsty Duncan

Tilly O'Neill Gordon

MEMBRES

Stella Ambler

Niki Ashton

Joan Crockatt

Djaouida Sellah

Susan Truppe

Terence Young

Wai Young

AUTRES DÉPUTÉS AYANT PARTICIPÉ

John Barlow

Joyce Bateman

Dennis Bevington

Corneliu Chisu

Anne-Marie Day

Mylène Freeman

Alain Giguère

Dan Harris

L'Hon. Laurie Hawn

Carol Hughes

Yvonne Jones

Gerald Keddy

Guy Lauzon

Chungsen Leung

Christine Moore

Joyce Murray

Massimo Pacetti

Annick Papillon

L'Hon. Geoff Regan

Kyle Seeback

Lise St-Denis

Kennedy Stewart

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Julie Geoffrion

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Martha Butler, analyste

Laura Munn-Rivard, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DE LA CONDITION FÉMININE

a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DU RAPPORT	1
LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES AU CANADA	5
INTRODUCTION	5
COMPRENDRE LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION	6
STATISTIQUES SUR LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION.....	8
A. Données générales.....	8
B. Troubles de l'alimentation chez les garçons et les hommes	10
C. Taux de mortalité	10
D. Importance de la qualité des données sur les troubles de l'alimentation	11
FACTEURS CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT D'UN TROUBLE DE L'ALIMENTATION	12
A. Facteurs génétiques.....	12
B. Facteurs biologiques et psychologiques	13
C. Culture et image corporelle	14
D. Médias grand public et publicité.....	16
E. Médias sociaux	18
F. Messages de santé publique au sujet du poids.....	19
G. Prévention.....	21
OBSTACLES EMPÊCHANT DE SURMONTER LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION	25
A. Sensibilisation	26
B. Soutien à l'échelle locale.....	29
C. Stéréotypes et stigmatisation	31
D. Préjugés dans le secteur de la santé	33
E. Obstacles financiers.....	37
F. Troubles concomitants	39
G. Recherche et suivi de l'information	41
H. Populations marginalisées	44
DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS.....	46
A. Formation inadéquate des fournisseurs de soins de santé	46

B. Manque de programmes de traitement	48
C. Programmes de traitement inappropriés	49
D. Temps d'attente	50
E. Recherche insuffisante.....	51
F. Observations additionnelles	51
G. Approches de traitement suggérées	52
PRATIQUES DE TRAITEMENT PROMETTEUSES.....	53
A. Thérapie cognitivo-comportementale	53
B. Thérapie familiale (approche Maudsley)	55
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	59
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	65
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	69
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	71
OPINION DISSIDENTE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA	73
OPINION DISSIDENTE DU PARTI LIBÉRAL DU CANADA	77

RÉSUMÉ DU RAPPORT :

LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES AU CANADA

Au pays, quelque 600 000 à 990 000 Canadiens répondraient aux critères de diagnostic d'un trouble de l'alimentation, à un moment donné, essentiellement d'anorexie mentale, de boulimie mentale ou de frénésie alimentaire¹. Environ 80 % des personnes souffrant de troubles de l'alimentation sont des filles ou des femmes. Les troubles de l'alimentation sont une forme sévère de maladie mentale « caractérisée par une perturbation persistante du comportement alimentaire ou lié à l'alimentation, qui entraîne une modification de la consommation ou de l'absorption d'aliments et qui détériore considérablement la santé physique ou le fonctionnement psychosocial² ». Les symptômes dévastateurs d'un trouble de l'alimentation sont lourds de conséquences : la personne qui en souffre peut voir sa santé mentale et physique se dégrader, ses relations personnelles en souffrir, ses possibilités et ses perspectives de formation et d'emploi compromises, sa sécurité financière menacée et sa qualité de vie se détériorer.

Qui plus est, ces troubles sont potentiellement mortels. Les personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation peuvent développer des complications médicales susceptibles d'engager le pronostic vital et sont aussi souvent atteintes de troubles concomitants, comme la dépression. Fait particulier à noter : on estime que le taux de mortalité global associé à l'anorexie mentale serait de 10 à 15 %, soit le taux le plus élevé de toutes les maladies mentales, tandis que pour la boulimie mentale, il s'établirait à environ 5 %. Ensemble, ces deux troubles tueraient de 1 000 à 1 500 Canadiens par année, mais le nombre pourrait être encore plus élevé étant donné que les troubles de l'alimentation n'apparaissent pas toujours comme cause de la mort sur les certificats de décès³.

Dans son rapport intitulé *Les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes au Canada*, le Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes (le Comité) se penche sur cette maladie mentale pouvant entraîner la mort, sur les facteurs contribuant au développement de troubles de l'alimentation, ainsi que sur les obstacles empêchant de surmonter ces troubles et d'obtenir des traitements. Le Comité a

-
- 1 D^{re} Gail McVey, Ph. D., psychologue clinicienne, Community Health Systems Resource Group, Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, Hôpital pour enfants de Toronto, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.
 - 2 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, 2013, p. 329. [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]
 - 3 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1530 (D^r Blake Woodside, M.D., FRCPC, directeur médical, Programme des troubles de l'alimentation, Hôpital général de Toronto).

été troublé d'apprendre que malgré les souffrances et les taux élevés de mortalité chez les personnes ayant un trouble de l'alimentation, il demeure difficile pour ces personnes d'admettre leur état, de rechercher l'aide de membres de la famille, d'amis ou d'autres intervenants dans la collectivité, afin de recevoir un diagnostic officiel, posé par un professionnel de la santé, et d'avoir accès à des traitements et à des services de soutien continu.

Comme le souligne le rapport, nombreux sont les obstacles auxquels se heurtent les Canadiens aux prises avec un trouble de l'alimentation. Parmi ces écueils, il y a le faible niveau de sensibilisation aux troubles de l'alimentation; le manque de soutien à l'échelle locale; les stéréotypes tenaces et la stigmatisation entourant ces troubles; les préjugés au sein du secteur de la santé envers les patients souffrant de tels troubles; les obstacles financiers; le problème des troubles concomitants; les obstacles à la recherche et au suivi de l'information; et les défis particuliers que doivent relever les populations marginalisées.

Comme l'indique également le rapport, il est aussi très compliqué d'avoir accès à des traitements pour les personnes atteintes de troubles de l'alimentation. En effet, certains fournisseurs de soins de santé n'ont pas reçu de formation adéquate dans le domaine des troubles de l'alimentation; les programmes de traitement sont insuffisants ou inappropriés; les délais d'attente sont longs; et il n'y a pas assez de recherche sur d'éventuels traitements. Le rapport examine aussi des pratiques de traitement prometteuses, comme la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie familiale (approche Maudsley).

Les conclusions du rapport se fondent sur les témoignages recueillis dans le cadre de l'étude sur les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes au Canada, que le Comité a entreprise en novembre 2013. L'étude a commencé par les exposés des représentants de Condition féminine Canada, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada. Aussi, 27 témoins ont comparu devant le Comité – 4 à titre personnel et les autres représentant pas moins de 20 organismes – durant les 9 réunions qui se sont succédé de novembre 2013 à mars 2014.

Le Comité reconnaît l'importante contribution de tous ceux qui sont venus témoigner, dont beaucoup pour parler de leur propre expérience et de la difficulté à composer avec leur trouble de l'alimentation ou à aider un proche qui en souffre. Un témoin a transmis le message suivant de sa fille, aux prises avec ce trouble :

Tu ne cesses de répéter qu'à la même époque l'an dernier, j'étais en train de mourir et, même si je ne cours plus le même danger immédiat, ma tête est toujours autant, sinon plus, enfoncée dans le trou noir le plus profond. J'ai un sentiment de catastrophe imminente, le même sentiment que j'avais lorsque j'étais seule et que mon poids était à son plus bas et que je me gavais et purgeais sans arrêt. C'est la peur profonde que je ne guérirai jamais de ce trouble de l'alimentation. Je ne serai pas parmi le tiers qui guérit. Je pourrais même être parmi les 20 % qui meurent [sic] [...]

Il n'y a aucun endroit où aller en cas d'urgence. Ils sont rares ceux qui comprennent. Je me réveille encore remplie de craintes face à la journée qui commence. Comment vais-je

passer à travers? Qu'est-ce que je vais manger ou ne pas manger? Est-ce que je vais pouvoir m'empêcher de manger les aliments qui déclenchent des crises? Je ne peux me concentrer sur rien. Je peux à peine lire ou écrire ou trouver du plaisir dans quoi que ce soit, car je suis constamment paralysée par la peur et l'anxiété, rongée par l'indécision et l'envie d'être insensible⁴.

Par ailleurs, le Comité reconnaît que bien que ce rapport se penche sur les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes, étant donné qu'environ 80 % des personnes qui en sont atteintes sont de sexe féminin, beaucoup de garçons et d'hommes souffrent également de tels troubles et ont aussi du mal à recevoir à la fois un diagnostic et un traitement.

Enfin, les membres du Comité et les témoins tiennent à souligner l'importance de cette étude, qui attire l'attention sur un trouble mental souvent méprisé et mal compris affectant des centaines de milliers de Canadiens et leur famille. Comme l'a expliqué un témoin : « Le fait que le Comité de la condition féminine entreprenne d'étudier les troubles de l'alimentation m'a donné bon espoir que nous pouvons travailler en partenariat pour sauver la vie de personnes atteintes de cette terrible maladie mortelle⁵. » Un autre témoin a déclaré :

Comme de nombreux dirigeants l'ont dit publiquement au cours des dernières années, je crois qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale, et qu'il est essentiel de briser le silence et d'ouvrir le dialogue lorsqu'on vit avec une maladie mentale — plus précisément un trouble de l'alimentation⁶.

Le Comité espère que son rapport contribuera à briser le silence, à lancer une discussion essentielle et à améliorer grandement la sensibilisation à l'égard des troubles de l'alimentation au Canada ainsi que leur traitement.

4 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow, fondatrice et représentante, National Initiative for Eating Disorders).

5 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1610 (Elaine Stevenson, coadministratrice, Alyssa Stevenson Eating Disorder Memorial Trust).

6 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1535 (Patricia Lemoine, à titre personnel).

LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES AU CANADA

INTRODUCTION¹

Le Comité permanent de la condition féminine (le Comité) a convenu, en novembre 2013, de mener une étude sur les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes au Canada. Le Comité a adopté la motion suivante :

Que, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité mène une étude sur les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes, y compris la nature de ces troubles, les traitements les plus efficaces et les endroits où ils se donnent, la façon dont les médecins peuvent mieux s'informer des troubles de l'alimentation et de leurs traitements, les facteurs qui empêchent de mieux aider les filles et les femmes atteintes de troubles de l'alimentation et les ressources dont les parties prenantes ont besoin pour améliorer la vie des personnes atteintes.

Le Comité a entendu des responsables de Condition féminine Canada, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada. Il a recueilli les témoignages de 27 témoins, 4 à titre personnel et les autres comme porte-parole de 20 organisations, dans le cadre de 9 audiences tenues du 28 novembre 2013 au 5 mars 2014. Plusieurs organisations, bon nombre ayant témoigné devant le Comité, ont présenté des mémoires et des exposés, ainsi que des réponses de suivi aux questions des membres du Comité.

Le présent rapport résume les témoignages recueillis dans le cadre de l'étude sur la nature des troubles de l'alimentation et explore plusieurs des thèmes abordés pendant les audiences. Ces thèmes forment l'assise des recommandations présentées à la fin de certains chapitres du rapport.

Tant les membres du Comité que les témoins ont reconnu l'importance de l'étude. Celle-ci a permis de mettre en évidence un trouble de la santé mentale souvent méconnu et marginalisé qui touche, à un moment donné ou à un autre, de 600 000 à 990 000 personnes environ au Canada, ainsi que leur famille. Comme le D^r Blake Woodside, directeur médical du programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital général de Toronto, l'a indiqué :

Enfin, je dois mentionner que les travaux du Comité revêtent une grande importance à un tout autre égard. De fait, ses travaux permettent aux personnes atteintes de ces maladies et aux membres de leur famille d'espérer que des changements puissent survenir au sein de notre système de soins de santé, d'espérer que la discrimination et

¹ Sauf indication contraire, les témoignages reproduits dans le présent document sont tirés du [Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes \(FEWO\), 2^e session, 41^e législature](#).

l'ostracisme puissent être atténués et d'espérer que la souffrance liée à ces affections puisse être éliminée².

COMPRENDRE LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Le Comité a appris que « [l]es troubles de l'alimentation constituent une forme de maladie mentale caractérisée par une perturbation persistante du comportement alimentaire ou lié à l'alimentation, qui entraîne une modification de la consommation ou de l'absorption d'aliments et qui détériore considérablement la santé physique ou le fonctionnement psychosocial³ ».

Des témoins ont parlé de trois troubles de l'alimentation précis⁴ :

- L'anorexie mentale, qui se caractérise par une distorsion de l'image corporelle et l'imposition de sévères restrictions alimentaires, à l'origine d'une masse corporelle très faible compte tenu de l'âge, du sexe, de la croissance et de la santé physique, et qui s'accompagne d'une peur intense de prendre du poids.
- La boulimie mentale, qui se caractérise par des épisodes récurrents de consommation excessive d'aliments accompagnés d'une perte de contrôle, ce qu'on appelle la frénésie, suivis de purges par vomissements auto-induits ou consommation abusive de laxatifs, pour éviter de prendre du poids.
- La frénésie alimentaire, qui se caractérise par des épisodes récurrents de consommation de quantités excessives d'aliments dans un court laps de temps, sans purge, et qui s'accompagne de sentiments de gêne, de dégoût de soi, de perte de contrôle et de détresse.

Les témoins ont présenté des statistiques sur le nombre de personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation (voir la section ci-après) et ils ont brossé un tableau des torts incommensurables qui en résultent pour les personnes atteintes et leur famille⁵. Le Comité a appris qu'il faut de deux à sept ans pour se rétablir d'un trouble de

2 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1540 (D^r Blake Woodside, M.D., FRCPC, directeur médical, programme des troubles de l'alimentation, Hôpital général de Toronto).

3 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, 2013, p. 329. [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]

4 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1540 (Giorgio A. Tasca, Ph. D., psychologue clinicien, titulaire de la chaire de recherche en psychothérapie de l'Université d'Ottawa et de l'Hôpital d'Ottawa, Société canadienne de psychologie); American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, 2013, et American Psychiatric Association, « [Feeding and Eating Disorders](#) », *Fact sheet*, 2013. [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]

5 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho, M.D., psychiatre et directrice médicale, Calgary Eating Disorder Program, Alberta Health Services).

l'alimentation, mais que seulement 50 % des malades se rétabliront complètement⁶. Comme l'a dit Joanna Anderson, directrice exécutive de Sheena's Place, un centre de soutien et de ressources de Toronto sur les troubles de l'alimentation, les troubles de l'alimentation sont source de « douleurs incessantes, de haine de soi, d'isolement, de tristesse, de faim, de dégoût et de mépris de soi », et pour ceux et celles qui en souffrent, « c'est la première chose qui leur vient en tête lorsqu'ils se réveillent le matin, et la dernière avant de s'endormir le soir⁷ ».

La psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA), a décrit l'expérience de certains de ses jeunes patients atteints d'anorexie mentale en ces termes :

Imaginez un patient qui souffre d'un trouble obsessionnel compulsif grave et qui a une peur excessive des microbes. Il croit que ses mains sont recouvertes de microbes, et la seule façon de se débarrasser de son anxiété, c'est de se laver les mains à répétition. Le soulagement n'étant que temporaire, le patient est à nouveau hanté par des pensées irrationnelles du genre : « Il reste des microbes sur tes mains. Tu ne les as pas tous enlevés. Ils vont s'incruster en toi et te rendre malade, voire te faire mourir. » Le patient ne peut tolérer l'agitation, et pour se calmer, il va se laver les mains. Un traitement individuel serait comme d'essayer d'amener la personne à ne pas choisir de se laver les mains. Même si elle est motivée à le faire, elle ne sera probablement pas capable de surmonter ce sentiment de besoin intense.

Il est en de même pour l'anorexie mentale chez les jeunes filles. Ces personnes sont hantées par des pensées obsessionnelles qui sont la source d'une grande anxiété. Elles sont obsédées à l'idée de trop manger et de prendre du poids. Elles se sentent donc obligées de se limiter ou d'éliminer ce qu'elles ont mangé, de quelque façon que ce soit. On ne peut tout simplement pas leur dire d'arrêter d'agir de la sorte. Tout d'abord, elles ne sont pas motivées à le faire parce qu'elles ont peur de prendre du poids. Ensuite, même si elles étaient motivées, elles ne pourraient tolérer l'anxiété générée par cette obsession⁸.

Des témoins ont exposé les difficultés de vivre avec un trouble de l'alimentation, mais le Comité a été néanmoins impressionné par la force manifestée par ceux et celles qui sont aux prises avec un tel trouble débilisant. Patricia Lemoine a témoigné de sa bataille personnelle avec un trouble de l'alimentation :

Le diagnostic de ma maladie mentale ne m'a pas définie. Les troubles alimentaires affichent les plus hauts taux de mortalité de tous les diagnostics psychiatriques. Je suis en vie devant vous aujourd'hui. J'ai 32 ans, et je suis guérie⁹.

6 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue, M.A., M.D., FRCPC, psychiatre, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

7 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson, directrice exécutive, Sheena's Place).

8 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1610 (D^{re} Wendy Spettigue).

9 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1535 (Patricia Lemoine, à titre personnel).

STATISTIQUES SUR LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Nombre de témoins ont révélé que la collecte de données sur les troubles de l'alimentation est insuffisante, que les données sont désuètes et qu'on en sait trop peu sur l'incidence et la prévalence de ces troubles chez certains groupes de la population, notamment les enfants et les adolescents, les minorités ethniques et visibles, les Premières Nations et les minorités sexuelles et de genre¹⁰. Les témoins ont laissé entendre qu'il serait possible de mieux sensibiliser les gens et de prouver la gravité et l'étendue des troubles de l'alimentation si l'on disposait de données plus précises. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), « les banques de données actuelles de l'ICIS fournissent certains renseignements sur les troubles de l'alimentation chez les femmes et les filles au Canada, [mais] il est possible d'aller encore plus loin¹¹ ». Le Comité a appris que huit administrations transmettent des données sur les troubles de l'alimentation à l'ICIS et qu'on estime que les données couvrent 59 % des services d'urgence dans l'ensemble du Canada¹².

A. Données générales

Néanmoins, certains ont été en mesure de fournir les chiffres les plus utiles ou les plus récents disponibles. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a révélé qu'en 2006, 0,5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus avaient reçu un diagnostic de trouble de l'alimentation au cours des 12 mois précédents, et que 1,5 % des Canadiens avaient fait état de symptômes répondant aux critères d'un « problème d'attitude à l'égard de l'alimentation¹³ ». Le D^r Blake Woodside, directeur médical du programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital général de Toronto, a indiqué que l'anorexie mentale touche près de 0,5 % de la population, ce qui signifie qu'environ 150 000 Canadiens ont ou ont eu la maladie¹⁴. De 15 à 20 % des personnes atteintes d'anorexie mentale contracteront une forme chronique de la maladie, sur laquelle les traitements n'auront généralement aucun

10 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1625 (Merryl Bear, directrice, National Eating Disorder Information Centre); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1620 (Marla Israel, directrice générale par intérim, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1700 (Elizabeth Phoenix, infirmière praticienne, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1610 (Joanna Anderson); Hasan Hutchinson, Ph. D., directeur général, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada, « Lettre de suivi au Comité permanent de la condition féminine », *Réponse écrite*, 21 mars 2014; [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1635 (Joy Johnson, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1610 (D^{re} Leora Pinhas, M.D., FRCPC, Département de psychiatrie, Hôpital pour enfants de Toronto).

11 Brent Diverty, vice-président, programmes, Institut canadien d'information sur la santé, « Mémoire présenté au Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 2 avril 2014.

12 Brent Diverty, « Mémoire présenté au Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 2 avril 2014.

13 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1540 (Marla Israel).

14 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1530 (D^r Blake Woodside).

effet¹⁵. Le D^r Woodside a indiqué que la boulimie mentale touche près de 1 % de la population, soit quelque 300 000 Canadiens.

Dans son témoignage, la D^{re} Gail McVey, psychiatre à l'Hôpital pour enfants de Toronto et directrice de l'Ontario Community Outreach Program for Eating Disorder (OCOPED), a expliqué que de 600 000 à 990 000 Canadiens répondraient aux critères du diagnostic d'un trouble de l'alimentation à un moment donné, et que les personnes faisant état de symptômes gravement débilissants, mais insuffisants pour le diagnostic, seraient encore plus nombreuses¹⁶. D'autres témoins ont noté que chez les adolescents, l'apparition de la maladie culmine vers l'âge de 19 à 20 ans pour l'anorexie mentale, vers l'âge de 16 à 20 ans pour la boulimie mentale et vers l'âge de 18 à 20 ans pour la frénésie alimentaire¹⁷.

Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations, et la candidate à la maîtrise Andrea LaMarre, toutes deux du Département des relations familiales et de la nutrition appliquée de l'Université de Guelph, ont mentionné que les changements récents à la classification des troubles de l'alimentation faits dans le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM-V) entraîneront vraisemblablement des variations dans le diagnostic des troubles de l'alimentation, ce qui pourrait avoir une incidence sur les calculs de la prévalence et de l'incidence¹⁸. Elles ont aussi souligné que les statistiques ne reflètent que les cas des personnes ayant demandé une intervention médicale, ce qui signifie que l'incidence réelle de certains troubles de l'alimentation pourrait être plus élevée; dans le cas des enfants canadiens ayant un trouble de l'alimentation, on estime que l'incidence serait de deux à quatre fois plus élevée que ce qui est recensé dans la documentation spécialisée¹⁹. En outre, certains groupes de la population pourraient être moins portés à demander un traitement, en particulier s'ils ne correspondent pas au stéréotype de la personne ayant un trouble de l'alimentation. Les hommes et les garçons, les membres des minorités ethniques et visibles, ainsi que les membres des minorités sexuelles et de genre sont peut-être moins portés à demander un traitement, parce qu'ils ont honte ou qu'ils craignent la stigmatisation, et les professionnels de la santé ne dépistent peut-être pas aussi facilement les troubles de l'alimentation chez ces groupes que chez les jeunes femmes blanches²⁰.

15 *Ibid.*

16 D^{re} Gail McVey, Ph. D., psychologue clinicienne, Community Health Systems Resource Group, Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, Hôpital pour enfants de Toronto, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

17 Carla Rice et Andrea LaMarre, Université de Guelph, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

18 *Ibid.*

19 *Ibid.*

20 *Ibid.*

B. Troubles de l'alimentation chez les garçons et les hommes

Les troubles de l'alimentation sont de loin les plus fréquents chez les filles et les femmes que chez les garçons et les hommes. En effet, le D^r Blake Woodside, de l'Hôpital général de Toronto, a précisé qu'environ 80 % des personnes aux prises avec un trouble de l'alimentation sont des femmes²¹. Joy Johnson, directrice scientifique de l'Institut de la santé des femmes et des hommes aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a dit au Comité que le diagnostic des troubles de l'alimentation est de plus en plus fréquent chez les garçons²². Toutefois, comme l'a souligné le D^r Woodside, ces troubles peuvent se manifester très différemment chez les garçons et les hommes que chez les filles et les femmes. Par exemple, il a expliqué que certains hommes chercheront à perdre du poids tandis que d'autres tenteront d'en prendre en soulevant des haltères²³. Pour la pédiatre D^{re} April Elliott, chef de la médecine de l'adolescence à l'Hôpital pour enfants de l'Alberta, les jeunes hommes font face à des difficultés supplémentaires, parce qu'ils doivent souvent passer par des programmes s'adressant aux jeunes femmes pour obtenir un traitement²⁴. Enfin, Laura Beattie, vice-présidente du Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders Canada Task Force (F.E.A.S.T.), a demandé instamment au Comité de ne pas oublier que les troubles de l'alimentation touchent aussi les jeunes hommes, soulignant qu'omettre de reconnaître ce groupe de la population fait en sorte que l'on perpétue « les préjugés et les mythes associés à cette maladie²⁵ ». Les témoins se sont concentrés sur les femmes, étant donné le mandat et la compétence du Comité en la matière, mais se sont assurés de renseigner le Comité sur la manière dont les hommes et les garçons sont affectés eux aussi par les troubles de l'alimentation.

C. Taux de mortalité

Les taux de mortalité associés aux troubles de l'alimentation comptent parmi les statistiques les plus inquiétantes. De nombreux témoins ont noté que les troubles de l'alimentation, en particulier l'anorexie mentale, présentent les taux de mortalité les plus élevés de toutes les maladies mentales²⁶. Ce sont les complications graves et la

21 *Ibid.*

22 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1545 (Joy Johnson).

23 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1545 (D^r Blake Woodside).

24 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott, M.D., pédiatre, chef de la médecine de l'adolescence, Hôpital pour enfants de l'Alberta, Calgary Eating Disorder Program).

25 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1550 (Laura Beattie, vice-présidente, Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders Canada Task Force).

26 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1650 (D^{re} Debra Katzman, M.D., FRCPC, professeure en pédiatrie, Division de la médecine de l'adolescence, Département de pédiatrie, Université de Toronto); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow, fondatrice et représentante, National Initiative for Eating Disorders); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1545 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin, R.D., professeure, Collège universitaire Brescia, Université Western, et présidente, Registered Dietitian Services); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1535 (Patricia Lemoine).

fréquence du suicide chez les personnes atteintes qui sont à l'origine des taux élevés de mortalité²⁷. Les chercheurs estiment que 10 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'anorexie mentale mourront dans les 10 ans suivant le diagnostic²⁸. Le taux global de mortalité associé à l'anorexie mentale serait de 10 à 15 %, tandis que pour la boulimie mentale, il s'établirait à environ 5 %²⁹. Ensemble, ces deux troubles de l'alimentation tueraient de 1 000 à 1 500 Canadiens par année³⁰. Certains témoins ont souligné, cependant, que les troubles de l'alimentation n'apparaissent pas toujours comme cause de la mort dans les certificats de décès. Ce sont plutôt les complications médicales qui y sont consignées ou, s'il y a lieu, le suicide, ce qui a pour effet de dissimuler la véritable létalité des troubles de l'alimentation³¹.

D. Importance de la qualité des données sur les troubles de l'alimentation

En plus des problèmes liés aux données sur les troubles de l'alimentation au Canada, le Comité s'est fait expliquer pourquoi il est si important que ceux qui travaillent dans le domaine des troubles de l'alimentation disposent de données de grande qualité. Elizabeth Phoenix, infirmière praticienne de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale (FCIISM), a indiqué qu'il est nécessaire d'avoir des données solides pour prendre des décisions éclairées³². Jarrah Hodge, porte-parole de Women, Action and the Media Vancouver, a expliqué quant à elle que les organismes communautaires sans but lucratif qui œuvrent auprès de personnes atteintes de troubles de l'alimentation peinent à trouver du financement parce qu'ils ne disposent pas de données précises qui leur permettraient de démontrer combien leurs services sont nécessaires³³.

Ayant survécu à un trouble de l'alimentation, la thérapeute Carly Lambert-Crawford a dit au Comité, « [j]e vous dis d'emblée que les statistiques concernant les troubles de l'alimentation sous-estiment le problème, car des millions de femmes souffrent en silence³⁴ ».

27 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue).

28 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin).

29 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1530 (D^r Blake Woodside).

30 *Ibid.*

31 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1530 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1625 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1550 (Elaine Stevenson, coadministratrice, Alyssa Stevenson Eating Disorder Memorial Trust).

32 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1555 (Elizabeth Phoenix).

33 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1700 (Jarrah Hodge, Women, Action and the Media Vancouver).

34 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1530 (Carly Lambert-Crawford, à titre personnel).

FACTEURS CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT D'UN TROUBLE DE L'ALIMENTATION

Si l'on ne connaît pas entièrement les causes exactes des troubles de l'alimentation³⁵, les études nous apprennent qu'il s'agit de maladies complexes dont le fondement biologique ou neurobiologique dépend d'une multitude de facteurs génétiques, psychologiques, sociaux et culturels³⁶. L'influence relative des facteurs contributifs peut varier chez les hommes et les femmes atteints de ces troubles³⁷, voire selon les groupes d'âge³⁸. La présente section traite de quelques-uns des facteurs contributifs connus ou soupçonnés du développement ou de la persistance des troubles de l'alimentation, sans toutefois chercher à les classer par ordre d'importance relative.

A. Facteurs génétiques

Les avancées de la recherche en génétique contribuent à approfondir nos connaissances sur les origines des troubles de l'alimentation³⁹. Le Comité a appris que l'anorexie mentale est héréditaire à environ 75 %, un taux qui l'emporte sur de nombreuses maladies généralement reconnues comme génétiquement déterminées, dont la schizophrénie, qui présente une héritabilité d'environ 50 %, et le diabète de type II, d'environ 70 %. Selon le D^r Blake Woodside, directeur médical du programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital général de Toronto, « [l]a génétique fournit les munitions, et l'environnement appuie sur la détente ». La boulimie mentale aurait elle aussi une origine génétique⁴⁰. Pour Noelle Martin, professeure au Collège universitaire Brescia de l'Université Western et présidente de Registered Dietitian Services, la prédisposition génétique aux troubles de l'alimentation de certains individus est « une bombe à retardement » déclenchée par un agencement complexe de facteurs sociaux, culturels et environnementaux⁴¹.

35 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott).

36 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1545 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1535 (Marla Israel); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1715 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1645 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1610 (Carly Lambert-Crawford); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1530 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin).

37 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1545 (D^r Blake Woodside).

38 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Lisa LaBorde, à titre personnel).

39 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott); Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

40 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott).

41 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin).

B. Facteurs biologiques et psychologiques

Le présent rapport ne vise pas un examen approfondi de la physiologie des troubles de l'alimentation; néanmoins, de nombreux témoins ont souligné la nature biologique des troubles de l'alimentation⁴². Par exemple, Joy Johnson, directrice scientifique de IRSC, a mentionné que des facteurs tels que la puberté précoce ou l'obésité chez les filles pourraient prédisposer ces dernières aux troubles de l'alimentation⁴³. Merryl Bear, directrice du National Eating Disorder Information Centre (NEDIC), a souligné l'importance de mettre l'accent sur la multiplicité des facteurs biologiques, parce qu'on évite ainsi de « blâmer » les parents pour avoir causé le trouble de l'alimentation en raison d'une remarque qu'ils auraient faite sur le poids ou les habitudes alimentaires de leur enfant⁴⁴. Il peut en outre être utile pour les parents de comprendre les raisons du comportement perturbé de leur enfant :

Mes lectures m'ont permis de comprendre ce qui se passait dans son cerveau. Elles m'ont aidée à me montrer plus patiente. Ma fille, face à une situation anxiogène, avait une réaction typique de lutte ou de fuite. Tout cela a une certaine logique du point de vue neurobiologique⁴⁵.

Des témoins ont parlé de l'interaction complexe entre les facteurs biologiques et psychologiques. La thérapeute Carly Lambert-Crawford a souligné que si certains facteurs psychologiques peuvent prédisposer certaines personnes aux troubles de l'alimentation, le fait d'affamer le cerveau par l'imposition de restrictions alimentaires nuit à la cognition⁴⁶. Les carences nutritionnelles causées par les restrictions alimentaires peuvent accentuer les obsessions et ainsi alimenter la perception selon laquelle la privation, la purge et l'exercice physique sont nécessaires⁴⁷. Par conséquent, les troubles de l'alimentation fonctionnent un peu comme les troubles obsessionnels-compulsifs; le malade se dit « je mange trop et je prends trop de poids » et utilise des comportements tels que la privation, la purge et l'exercice physique pour atténuer l'intensité de ses obsessions⁴⁸. Le D^r Blake Woodside, de l'Hôpital général de Toronto, a souligné que les régimes chroniques, qui ont des répercussions biologiques et psychologiques, peuvent prédisposer certaines personnes aux troubles de l'alimentation⁴⁹.

Du point de vue psychologique, certains traits de personnalité ou problèmes de santé mentale pourraient agir comme des facteurs prédisposant les personnes aux troubles de l'alimentation. Par exemple, les niveaux élevés d'anxiété peuvent prédisposer

42 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1645 (D^{re} Debra Katzman).

43 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1545 (Joy Johnson).

44 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1615 (Merryl Bear).

45 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1555 (Laura Beattie).

46 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1610 (Carly Lambert-Crawford).

47 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue).

48 *Ibid.*

49 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1530 (D^r Blake Woodside).

certaines enfants aux troubles de l'alimentation, tout comme la dépression et la maladie mentale en général⁵⁰. Les jeunes ayant une personnalité obsessionnelle, perfectionniste ou anxieuse peuvent aussi présenter une prédisposition⁵¹. Marla Israel, directrice générale par intérim du Centre pour la promotion de la santé à la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques de l'ASPC, a expliqué que chez certains enfants, l'absence de mécanisme d'adaptation adéquat – une incapacité de réagir de manière appropriée face à une situation stressante – peut contribuer à l'apparition de troubles de l'alimentation⁵². La psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, a décrit la privation alimentaire comme un moyen de composer avec des sentiments intolérables de peur, de tristesse, d'anxiété, de culpabilité, de colère et de stress⁵³. Pour la D^{re} Monique Jericho, psychiatre et directrice médicale du Calgary Eating Disorder Program, Alberta Health Services, il faut savoir que malgré les apparences, les troubles de l'alimentation ne sont nullement liés à la nourriture; la privation alimentaire et d'autres comportements liés aux troubles de l'alimentation sont des symptômes de problèmes sous-jacents plus complexes⁵⁴. Plusieurs témoins ont souligné que les violences physiques, dont les violences sexuelles, peuvent prédisposer certaines personnes aux troubles de l'alimentation⁵⁵.

C. Culture et image corporelle

Si les témoins ont généralement décrit comme des déclencheurs et non des causes des troubles de l'alimentation l'influence de la culture sur l'image corporelle et les pressions sociales pour correspondre à un idéal morphologique particulier⁵⁶, ils ont affirmé que ces fardeaux peuvent être particulièrement lourds à porter pour les femmes et en particulier pour les jeunes filles⁵⁷. Des facteurs tels que l'acceptation généralisée d'un idéal de minceur irréaliste⁵⁸, la montée de la culture de la célébrité⁵⁹ et la tendance de la société à considérer les femmes comme des objets⁶⁰ contribuent au développement, chez

50 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1610 (Carly Lambert-Crawford).

51 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott).

52 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1535 (Marla Israel).

53 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue).

54 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1715 (D^{re} Monique Jericho).

55 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014; [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1545 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1545 (D^r Blake Woodside).

56 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1720 (Valerie Steeves, Ph. D., professeure associée, Université d'Ottawa); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1555 (Laura Beattie); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1600 (Bonnie L. Brayton, directrice nationale, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada).

57 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1545 (Valerie Steeves); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge).

58 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1550 (D^r Blake Woodside).

59 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue).

60 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1655 (Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations, Département des relations familiales et de la nutrition appliquée, Université de Guelph).

les filles, d'attentes malsaines à propos de leur corps. Parmi les messages potentiellement néfastes pour les filles, il y a celui qui leur dit que si elles y mettent suffisamment d'efforts, elles auront toutes un corps particulier, alors qu'on sait que chez certaines filles, ce sont les gènes qui sont à l'origine de leur type corporel⁶¹. Des témoins ont indiqué que les pressions sociétales en faveur de la minceur peuvent dissimuler les symptômes des troubles de l'alimentation, du fait que l'on encourage, voire félicite la perte de poids⁶². Parce que dans la société, la beauté est synonyme de pouvoir et que l'idéal de beauté prédominant est la minceur, il peut être difficile pour certaines personnes de mesurer pleinement le danger que peut présenter la quête de la minceur⁶³.

Outre la pression sociétale à l'égard de la minceur, il existe une pression encore plus forte en ce qui concerne la rondeur. Certains témoins ont parlé de la « panique morale » à l'origine de la stigmatisation de la rondeur⁶⁴. Les personnes perçues comme rondes sont confrontées à la discrimination et aux stéréotypes, et peuvent être considérées comme peu attirantes, en mauvaise santé, immorales ou paresseuses⁶⁵. Le Comité a appris que même les fillettes d'âge préscolaire ont internalisé le rejet collectif de la rondeur par la société; devant des silhouettes rondes ou minces, des fillettes de trois à cinq ans étaient plus portées à dire des filles minces qu'elles étaient « gentilles, intelligentes, belles, soignées et tranquilles, tandis qu'elles associaient les corps plus ronds à des personnes méchantes, stupides, sans amies, négligées et tapageuses⁶⁶ ». Pour Jarrah Hodge, de Women, Action and the Media Vancouver, si la quête de la minceur est la carotte, le bâton est la rondeur, sa condamnation et la honte qui y est associée⁶⁷.

Ces dangereux messages nuisent aux filles et aux femmes⁶⁸. La psychiatre Wendy Spettigue, de l'ACPEA, a cité une étude dans le cadre de laquelle les chercheurs ont conclu que 61 % des filles canadiennes de 7^e et 8^e année essayaient de perdre du poids. Dans une autre étude réalisée à Edmonton auprès de 700 enfants de la 5^e à la 7^e année, les chercheurs ont observé que 15 % se purgeaient et faisaient de l'exercice excessif, 16 % se livraient à la frénésie alimentaire et 19 % limitaient leur consommation alimentaire à un repas par jour ou moins⁶⁹. Les femmes adultes sont elles aussi vulnérables aux

61 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1625 (Joanna Anderson).

62 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge).

63 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho).

64 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

65 *Ibid.*

66 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge).

67 *Ibid.*

68 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1640 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1615 (Marla Israel).

69 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1530 (D^{re} Wendy Spettigue).

pressions à l'égard de la minceur; des études ont révélé que 87 % ne sont pas satisfaites de leur corps et que 70 % font des régimes pour perdre du poids⁷⁰.

Des témoins ont dit que les écoles sont des milieux potentiellement toxiques en ce qui concerne les messages sur le poids et l'apparence. La D^{re} Spettigue a indiqué que bon nombre d'adolescentes ne dînent pas à l'école de peur d'être jugées par les autres élèves, notamment les garçons. Elle a aussi observé la popularité, à l'école, des applications qui permettent de noter les images de filles et de femmes⁷¹. Valerie Steeves, professeure associée au Département de criminologie de l'Université d'Ottawa, a souligné l'importance accordée, au secondaire, à « l'écart entre les cuisses » : les filles ayant un écart entre les cuisses sont enviées et sont l'objet de remarques de jalousie, tandis que celles qui n'ont pas d'écart entre les cuisses sont considérées comme grosses et laides⁷². Parce que les jeunes passent généralement plus de temps avec leurs pairs qu'avec leur famille, les parents peuvent avoir du mal à contrecarrer ces messages négatifs pendant les moments qu'ils partagent avec leurs enfants⁷³. Des témoins ont expliqué que c'était une autre des raisons pour lesquelles l'aide et la communication parentales sont essentielles. Ils ont rappelé à de multiples reprises que la promotion d'une bonne image corporelle et de la confiance en soi, ainsi que le soutien apporté aux personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation, sont plus efficaces avec l'appui des parents.

L'Agence de la santé publique du Canada cherche à neutraliser quelques-uns des messages négatifs contre lesquels certains témoins se sont prononcés. Elle a avisé le Comité que promouvoir une image positive de soi et développer la maîtrise et l'estime de soi chez les filles et les garçons peuvent aider à réduire les risques de troubles de l'alimentation⁷⁴.

D. Médias grand public et publicité

En guise d'exemples d'influences culturelles susceptibles de déclencher des comportements liés aux troubles de l'alimentation, des témoins ont mentionné les industries de la mode et du divertissement, ainsi que la publicité en général et la commercialisation des produits diététiques en particulier. Ces industries transmettent des « messages bien précis sur ce à quoi [le] corps [des jeunes femmes] devrait ressembler⁷⁵ ». Les images de la beauté présentées par l'industrie du divertissement sont très peu réalistes; si l'indice de masse corporelle (IMC) sain moyen chez les jeunes femmes⁷⁶ se situe aux environs de 21, celui des mannequins et des actrices célèbres

70 *Ibid.*

71 *Ibid.*, 1640.

72 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1630 (Valerie Steeves).

73 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1725 (Patricia Lemoine).

74 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1540 (Marla Israel).

75 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1615 (Joy Johnson).

76 L'indice de masse corporelle est le produit de la division du poids d'une personne par sa taille. Voir, par exemple, Santé Canada, « [Le nomogramme de l'indice de masse corporelle \(IMC\)](#) », *Aliments et nutrition*.

tourne généralement autour de 16 ou de 17⁷⁷. Giorgio Tasca, titulaire de la chaire de recherche en psychothérapie de l'Université d'Ottawa et de l'Hôpital d'Ottawa, a mentionné que l'arrivée de la télévision et d'Internet dans les milieux où l'accès à ces formes de médias de masse était auparavant très limité a fait grimper en flèche les taux de troubles de l'alimentation⁷⁸. Comme l'a indiqué Meryll Bear, directrice du NEDIC, de nombreux comportements associés aux troubles de l'alimentation, dont une alimentation très restrictive et la culpabilité à propos de la nourriture, sont véhiculés, voire « glorifiés » par les médias⁷⁹. En outre, les méta-analyses d'études sur les troubles de l'alimentation suggèrent qu'une consommation médiatique accrue est associée à des symptômes des troubles de l'alimentation⁸⁰.

Elaine Stevenson, défenseure de longue date des personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation et coadministratrice de l'Alyssa Stevenson Eating Disorder Memorial Trust, s'est dite consternée par le fait que les images négatives véhiculées dans les médias entretiennent une industrie des régimes alimentaires « très puissante et extrêmement lucrative⁸¹ ». Cette industrie fait miroiter que la minceur apportera « la santé, le bonheur et un corps de rêve, et [...] permettra d'être [accepté] par la société », alors qu'en fait, la quête de la minceur peut causer de graves dommages⁸².

Des témoins se sont dits particulièrement inquiets de la publicité qui s'adresse spécifiquement aux filles. Valerie Steeves, professeure associée, a mentionné qu'elle avait constaté une transition au cours de sa vie; lorsqu'elle était jeune, il était interdit, pour la plupart des publicitaires, de cibler les adolescents et les enfants, mais de nos jours, ce marché semble grand ouvert⁸³. De plus, les publicitaires peuvent cibler les jeunes femmes pour leur transmettre des messages potentiellement dangereux. Elle a relaté son expérience de la visite de sites Internet sur les troubles de l'alimentation qui renfermaient des liens commandités. Ces liens renvoyaient à des publicités sur la chirurgie plastique et les régimes alimentaires⁸⁴.

77 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1640 (D^{re} Wendy Spettigue).

78 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1700 (Giorgio A. Tasca).

79 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1545 (Meryll Bear).

80 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge).

81 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1610 (Elaine Stevenson).

82 *Ibid.*

83 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1550 (Valerie Steeves).

84 *Ibid.*, 1540–1545.

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada envisage d'appuyer la recherche sur l'impact des messages véhiculés par les médias et de la publicité destinée aux enfants, de même que sur l'incidence et les conséquences de la définition actuelle restreinte de la beauté dans la société.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada encourage les établissements d'enseignement à promouvoir la littératie des médias auprès des enfants afin que ces derniers soient mieux à même de jeter un regard critique sur les contenus et messages véhiculés et de les remettre en question.

E. Médias sociaux

Notre société semble de plus en plus axée sur l'apparence, et ce constat est particulièrement évident dans Internet⁸⁵. L'importance accordée à l'image peut générer la perception que l'identité d'une personne – qui englobe la personnalité, l'intellect et d'autres caractéristiques individuelles – se réduit « à [la] dimension physique⁸⁶ ». Par conséquent, cela peut amener certaines personnes à se distancer de leur corps et à juger leur identité visuelle en fonction du fait que d'autres la jugeront eux aussi⁸⁷. Des témoins ont cité Facebook et les médias sociaux pour expliquer ce phénomène.

Facebook permet aux utilisateurs de se construire une identité visuelle⁸⁸. Il permet aussi à d'autres de s'exprimer sur cette identité visuelle⁸⁹. Dans le cadre de ses plus récents travaux de recherche, Valerie Steeves, professeure associée, a interviewé des jeunes femmes sur leur utilisation de Facebook⁹⁰. Elle a expliqué au Comité que des filles suivaient des régimes, puis affichaient des photos d'elles en lingerie. Elles attendaient ensuite de voir si elles recevraient un nombre suffisant de « j'aime » peu de temps après avoir publié les photos. Si ce n'était pas le cas, elles étaient humiliées et devaient retirer ces photos. M^{me} Steeves a indiqué que la nature publique et privée des médias sociaux permet d'obtenir « un instantané de la vie des adolescents », mais l'importance accordée

85 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014; [Témoignages](#), 12 février 2014, 1705 (Carla Rice); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1700 (Valerie Steeves).

86 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1705 (Carla Rice).

87 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1700 (Valerie Steeves).

88 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1705 (Carla Rice).

89 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1545 (Valerie Steeves).

90 *Ibid.*

à l'image corporelle et les pressions à l'égard de la minceur ne sont pas l'apanage des médias sociaux. Ces problèmes découlent des médias et de la culture en général⁹¹.

F. Messages de santé publique au sujet du poids

Le Comité a appris que même si les messages de santé publique au sujet du poids et de la santé peuvent partir des « meilleures intentions du monde », ils peuvent être dangereux pour certains groupes de la population⁹². De vastes campagnes de sensibilisation publique sont mises sur pied pour lutter contre l'« épidémie » d'obésité infantile, mais pour certains témoins, il y a lieu de se demander s'il s'agit réellement d'une épidémie⁹³. La D^{re} Gail McVey, de l'Hôpital pour enfants de Toronto et de l'OCOPED, a dit au Comité que la recherche démontre que l'obésité infantile et les troubles de l'alimentation chez les enfants sont liés et que l'attention « que reçoit l'un n'entraîne en rien la négligence de l'autre⁹⁴ ».

Le Comité a été informé que, sans le vouloir, les adultes créent « une sorte de panique » à propos de l'obésité chez les enfants. La psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, a fait remarquer au Comité que les messages de santé publique sur l'obésité haussent plutôt l'incidence des troubles de l'alimentation⁹⁵. La D^{re} Leora Pinhas, psychiatre au Département de psychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Toronto, a cité des études révélant que certains enfants aimeraient mieux perdre un bras, se faire heurter par un camion ou voir un de leurs parents mourir du cancer que d'être gros⁹⁶.

Certains témoins ont invité à la prudence en ce qui concerne la sensibilisation aux troubles de l'alimentation dans les écoles (dont il est question un peu plus loin). Même si les messages véhiculés partent d'une bonne intention, ils peuvent agir comme éléments déclencheurs de comportements reliés aux troubles de l'alimentation⁹⁷. Joanna Anderson, directrice exécutive de Sheena's Place, a relaté cette expérience :

J'ai travaillé avec un jeune garçon de 13 ans qui avait été hospitalisé après que quelqu'un soit allé à son école pour parler aux jeunes de saines habitudes alimentaires. Cette personne avait dit aux enfants que le gras était mauvais, qu'il fallait éliminer le gras de l'alimentation. Six semaines plus tard, ce garçon s'est retrouvé dans un centre de

91 *Ibid.*, 1720.

92 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1615 (Joy Johnson).

93 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas).

94 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

95 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue).

96 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas).

97 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1625 (D^{re} Gail McVey, Ph. D., psychologue clinicienne, Community Health Systems Resource Group, Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, Hôpital pour enfants de Toronto).

soins médicaux tertiaires, branché sur un moniteur cardiaque, parce qu'il avait perdu trop de poids à cause du message qu'il avait reçu.

Certains enfants peuvent être particulièrement vulnérables à ces messages. Des témoins ont mentionné qu'un simple commentaire d'un enseignant, d'un entraîneur ou d'un membre de la famille, ou une information sur la santé communiquée dans le cadre d'un projet scolaire peut déclencher des comportements dangereux⁹⁸. La D^{re} Pinhas a expliqué que ces messages sont particulièrement inutiles pour les jeunes enfants, parce que ceux-ci ne sont peut-être pas en mesure d'assimiler toute l'information sur la nutrition qui leur est communiquée. Par ailleurs, ils ont peu de contrôle sur leur régime alimentaire parce que ce sont leurs parents qui achètent les aliments et préparent les repas⁹⁹.

Jadine Cairns, présidente de l'Association des troubles alimentaires du Canada (EDAC-ATAC), a mentionné à l'un de ses clients qu'elle allait comparaître devant le Comité; ils ont alors discuté des campagnes de sensibilisation publique à propos du poids. Le patient lui a dit : « Je vous en prie, dites-leur combien c'est dur pour nous¹⁰⁰. » La D^{re} Spettigue a fait état de préoccupations similaires :

[B]on nombre [de jeunes filles] sont très consciencieuses, perfectionnistes et anxieuses et veulent à tout prix éviter de consommer de mauvais aliments. Beaucoup d'entre elles se rendent malades au point où elles doivent être hospitalisées. Elles ne mangent que des légumes tellement elles sont sensibilisées aux dangers d'une mauvaise alimentation, c'est-à-dire des aliments à haute teneur en gras, en sodium et en sucre. Nous devons en quelque sorte créer un climat plus propice à la modération et à l'équilibre qui s'applique à tout le monde. Nous devons également trouver des moyens de nous attaquer à l'obésité sans toutefois entraîner des troubles alimentaires. Avec tout ce qu'on entend au sujet des régimes et de la nécessité de bien s'alimenter, on crée une certaine peur chez les jeunes filles qui finissent à l'hôpital parce qu'elles sont terrifiées à l'idée de manger et de prendre du poids¹⁰¹.

Un représentant de Santé Canada a précisé que les messages sur la nutrition du Ministère mettent l'accent sur la santé et le bien-être plutôt que sur le poids et les calories¹⁰². Des témoins se sont dits favorables à cette approche, qui est un élément de prévention important, comme il est indiqué un peu plus loin¹⁰³.

98 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1610 (Noelle Martin).

99 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas).

100 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1620 (Jadine Cairns, présidente, Association des troubles alimentaires du Canada).

101 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1625 (D^{re} Wendy Spettigue).

102 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1540 (Hasan Hutchinson, Ph. D., directeur général, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada).

103 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1615 (Joy Johnson).

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires dans le but d'envisager une révision des critères médicaux pour la définition du poids normal, afin d'aller plus loin que les mesures quantitatives telles que l'indice de masse corporelle.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada revoie l'information qu'il fournit en matière nutritionnelle pour permettre une plus grande ouverture dans l'interprétation des lignes directrices sur les « bons » et les « mauvais » aliments, dans le but de contribuer à prévenir les conséquences imprévues, comme le développement de troubles de l'alimentation chez des enfants dès l'âge de cinq ans, que l'on soupçonne d'être attribuables aux directives actuelles.

G. Prévention

Le Comité a appris que l'élaboration de stratégies de prévention efficaces est essentielle à la diminution de l'incidence des troubles de l'alimentation. Les initiatives de prévention efficaces doivent aborder toute la gamme des facteurs contributifs susmentionnés, dans le but de changer les circonstances qui favorisent, déclenchent, entretiennent ou intensifient les troubles de l'alimentation¹⁰⁴. Noelle Martin, professeure au Collège universitaire Brescia et présidente de Registered Dietitian Services, a souligné ainsi l'importance des stratégies de prévention :

[Les troubles de l'alimentation] sont des troubles mentaux liés à la relation de la personne avec son corps, la nourriture et d'autres éléments. Nous savons qu'il existe souvent un facteur génétique que je qualifie souvent de « bombe à retardement ». Il y a aussi des facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui peuvent permettre au gène de s'exprimer, par exemple des commentaires de la part d'un parent, d'un ami, d'un entraîneur ou d'un enseignant qui déclenchent quelque chose dans l'esprit de la personne. Ce pourrait tout aussi bien être un article dans une revue, une publicité ou le contenu d'un film ou d'une émission de télé. Ce peut être très évident ou encore extrêmement subtil¹⁰⁵.

Les stratégies de prévention peuvent être ciblées (s'adresser à un sous-groupe de la population) ou plus générales (stratégies nationales ou en milieu scolaire, par exemple)¹⁰⁶. Des témoins ont indiqué que les campagnes de prévention fondées sur une approche universelle permettent de ratisser plus large que les seuls troubles de

104 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

105 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin).

106 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

l'alimentation; elles peuvent avoir pour objectif global de changer les attitudes de la société à propos du poids et de l'apparence, et de réduire les préjugés à l'endroit des personnes susceptibles de développer un trouble de l'alimentation¹⁰⁷. Du point de vue de la santé publique, les campagnes de prévention générales permettent de promouvoir le développement d'une base solide de santé mentale, de confiance en soi et d'estime de soi¹⁰⁸. Par ailleurs, ces mesures peuvent miser sur la saine alimentation et l'équilibre de la nutrition sans s'attarder aux régimes, au nombre de calories et au poids¹⁰⁹.

À ce propos, Hasan Hutchinson, directeur général du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada, a déclaré : « Les politiques, les programmes et les messages faisant la promotion de la nutrition, comme ceux élaborés par Santé Canada, qui sont axés sur la santé et le bien-être, et non sur le poids et les calories, jouent un important rôle dans la prévention de la mauvaise alimentation¹¹⁰. »

En ce qui concerne les stratégies de prévention ciblées, le Comité a été informé que la prévention peut miser sur la promotion générale de la saine alimentation dans le but d'empêcher l'apparition des troubles de l'alimentation. Elle peut aussi chercher à atteindre les personnes présentant des symptômes de troubles de l'alimentation pour ainsi améliorer le dépistage et le traitement précoces¹¹¹.

Pour ce qui est des campagnes de prévention s'adressant aux adolescents, qui présentent le plus de risques de développer un trouble de l'alimentation, le Comité a appris que les organismes concernés devraient faire preuve de prudence dans l'élaboration des campagnes destinées à renseigner les jeunes sur les troubles de l'alimentation. En effet, des travaux de recherche ont démontré que des campagnes mal conçues risquent d'apprendre aux personnes vulnérables « comment faire » et de déclencher chez elles des troubles de l'alimentation¹¹². La D^{re} Gail McVey, représentant l'Hôpital pour enfants de Toronto et l'OCOPED, a expliqué que demander à des conférenciers de parler aux jeunes des troubles de l'alimentation est « une stratégie de prévention inefficace » qui pourrait servir à « glorifier les symptômes des troubles de l'alimentation chez les jeunes impressionnables ». Elle a ajouté : « [I]l est bien connu que, à la suite de ce type d'exposés, les jeunes sont à risque d'adopter des techniques

107 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1640 (D^{re} Wendy Spettigue); Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

108 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1540 (Marla Israel).

109 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1615 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1625 (D^{re} Gail McVey).

110 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1540 (Hasan Hutchinson).

111 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

112 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1645 (D^{re} Wendy Spettigue).

dangereuses liées aux troubles de l'alimentation (p. ex. recours aux laxatifs, privation de nourriture, vomissements provoqués)¹¹³. »

En outre, comme on l'a mentionné, le Comité a appris que les campagnes de prévention de l'obésité peuvent être tout aussi néfastes; par exemple, des programmes qui mesurent l'IMC des adolescents finissent par stigmatiser différents types corporels et créer un sentiment de crainte face à la prise de poids¹¹⁴.

La D^{re} McVey a déclaré devant le Comité que les stratégies de prévention peuvent prôner « une approche qui tient compte du cheminement entier d'une vie et qui est centrée sur la promotion de la santé mentale afin de créer des mécanismes d'adaptation sains pour composer avec les facteurs de stress qui mènent à des troubles de l'alimentation¹¹⁵ ». Les campagnes de prévention peuvent également inclure un volet à long terme de littératie médiatique, dans le but d'amener les jeunes à accroître leur résilience et leur confiance en eux, à faire échec à la pression sociale et à développer leur esprit critique face aux messages des médias¹¹⁶.

Le Comité a appris que malgré les preuves indiquant que la prévention qui vise les adolescents est la plus efficace, « il n'existe pas de prévention ciblée pour les adolescents canadiens » et « [c]ette lacune dans le service, que l'on pourrait également appeler la vallée de la mort, coïncide avec la période à laquelle les jeunes sont le plus à risque de développer des symptômes de troubles de l'alimentation et de devoir composer avec ces enjeux de santé mentale¹¹⁷ ».

Josée Champagne, directrice générale d'Anorexie et boulimie Québec (ANEB Québec), a déclaré qu'il y aurait lieu d'offrir davantage de programmes de prévention, et a recommandé que l'on forme des « pairs aidants » pour les jeunes dans les écoles susceptibles de développer des troubles de l'alimentation¹¹⁸. Cependant, la D^{re} McVey a recommandé que la responsabilité de la prévention des troubles de l'alimentation soit confiée uniquement à des spécialistes qui possèdent les compétences et l'expertise voulues pour « offrir des programmes de prévention de qualité supérieure, spécialisés et sensibles sur le plan clinique¹¹⁹ ». Les stratégies de prévention ciblant les enfants, souvent destinées à leur fournir de l'information sur la nutrition, ont commencé à viser les parents et d'autres modèles de comportement ou autorités, puisque ces personnes ont une

113 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

114 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1625 (D^f Blake Woodside).

115 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1540 (D^{re} Gail McVey).

116 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1635 (Jarrah Hodge); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1705 (Valerie Steeves); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1645 (D^{re} Wendy Spettigue).

117 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1540 (D^{re} Gail McVey).

118 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne, directrice générale, Anorexie et boulimie Québec).

119 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

influence directe sur les modes de vie et les habitudes alimentaires des enfants¹²⁰. En effet, la D^{re} Leora Pinhas, psychiatre de l'Hôpital pour enfants de Toronto, a dit qu'enseigner la nutrition aux enfants peut donner des résultats limités puisque ce sont les parents qui préparent les repas; elle a laissé entendre qu'il vaudrait plutôt mieux établir « un programme de boîte à lunch », afin de s'assurer que les enfants mangent des repas équilibrés¹²¹. Laura Beattie, vice-présidente du F.E.A.S.T. Canada Task Force, a recommandé que les écoles donnent suffisamment de temps aux enfants pour les repas et les pauses-nutrition, dont ils assureraient la supervision, afin d'encourager de saines habitudes alimentaires¹²².

Le Comité a appris également que certains types de prévention¹²³ devraient cibler d'abord les parents, les professionnels de la santé, les enseignants, les entraîneurs et tout autre adulte susceptible de détecter les premiers symptômes d'un trouble de l'alimentation. La D^{re} McVey a expliqué que des éléments probants démontrent l'efficacité de la prévention ciblée dans la détection précoce des troubles de l'alimentation; ce qui permet d'empêcher que les premiers symptômes ne dégèrent pour devenir des troubles de l'alimentation à part entière¹²⁴. Ces programmes doivent envoyer des messages cohérents à plusieurs niveaux, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des sports¹²⁵.

L'un des obstacles à la création et à l'application de programmes de prévention est le manque de financement¹²⁶. M^{me} Beattie a proposé que l'industrie des régimes alimentaires assume les coûts de certains programmes de prévention¹²⁷.

La D^{re} McVey a quant à elle proposé l'établissement d'une « stratégie de prévention » pour le Canada¹²⁸. Le Comité a toutefois appris que les efforts destinés à prévenir les troubles de l'alimentation portent fruit, mais ne sont pas toujours suffisants.

120 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1625 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas).

121 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas).

122 Laura Beattie, vice-présidente, Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders Canada Task Force, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

123 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1600 (D^{re} Leora Pinhas).

124 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

125 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} Debra Katzman).

126 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1610 (Merryl Bear).

127 Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

128 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

Comme l'a expliqué Lisa LaBorde, dont la fille souffre d'un trouble de l'alimentation :

Notre environnement familial était sans doute un exemple de prévention des troubles de l'alimentation. Nous n'avions pas de pèse-personne à la maison. Nous n'avions pas le câble. Jamais je n'ai suivi de régime amaigrissant de ma vie et j'ai grandi dans une culture où l'on ne préconisait pas l'idéal de la minceur. J'ai tenté de transmettre ces valeurs à mes enfants également. Nous parlions constamment de corps en santé, quelle que soit la taille, et je les ai invitées à se méfier des messages médiatiques et à garder un esprit critique à leur égard. Pourtant, ma fille a été atteinte d'un trouble de l'alimentation¹²⁹.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires afin d'envisager la possibilité d'élaborer une campagne d'information et de sensibilisation axée sur la santé et le bien-être, destinée à la fois aux écoles et aux médias sociaux, pour favoriser une bonne estime de soi dans le but de se prémunir contre les troubles de l'alimentation; et que cette campagne inclue une composante sur la littératie médiatique pour contrer les images projetées par les médias grand public.

OBSTACLES EMPÊCHANT DE SURMONTER LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Le Comité a appris que les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation ainsi que leur famille, les professionnels de la santé et d'autres intervenants se heurtent à différents obstacles qui compliquent la reconnaissance des troubles de l'alimentation, la possibilité de recevoir ou de poser un diagnostic, de se faire traiter et d'avoir accès à d'autres formes d'aide pour combattre cette maladie. La présente section traite de quelques-uns de ces grands obstacles, notamment les faibles niveaux de sensibilisation et de compréhension des troubles de l'alimentation, le manque de soutien à l'échelle locale, les stéréotypes et la stigmatisation, les préjugés dans le secteur de la santé, les obstacles financiers, les obstacles à la recherche et au suivi de l'information, sans parler des défis particuliers que doivent relever les populations marginalisées. Le Comité a aussi été informé des difficultés d'accès aux traitements auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de troubles de l'alimentation; difficultés qui font l'objet d'une section séparée en raison de leur ampleur.

Comme solution aux problèmes susmentionnés, plusieurs témoins ont demandé l'établissement d'une stratégie nationale de lutte contre les troubles de l'alimentation qui utiliserait une approche englobant tous les niveaux de sensibilisation, de pratique et de recherche et offrant du soutien dans toutes les provinces¹³⁰.

129 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1540 (Lisa LaBorde).

130 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1540 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1600 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1600 (Bonnie L. Brayton); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1715 (D^{re} April S. Elliott).

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada envisage d'établir un cadre fédéral, appuyé par un registre public central en ligne qui servirait à recueillir de l'information, des données statistiques et des pratiques exemplaires sur les symptômes, les diagnostics et les traitements auprès des provinces et territoires, ainsi qu'à leur transmettre ces renseignements, et à sensibiliser les gens à la prévalence des troubles de l'alimentation au Canada. Ceci permettrait d'éliminer les lacunes touchant la collecte et l'analyse de données sur les troubles de l'alimentation et d'obtenir une vue d'ensemble de l'incidence et de la prévalence de ces maladies et des services offerts au Canada.

A. Sensibilisation

Le Comité a appris qu'il faudrait sensibiliser davantage les gens aux troubles de l'alimentation pour lutter contre la stigmatisation, la désinformation ou le manque d'information et les stéréotypes (autant de questions étudiées plus loin dans le présent document). Des témoins ont trouvé encourageants les progrès réalisés au cours des dernières années dans le domaine de la santé mentale : on comprend maintenant mieux les problèmes psychologiques et on est mieux outillés pour en parler publiquement¹³¹. Néanmoins, des témoins se sont dits préoccupés par le fait que les troubles de l'alimentation ne sont pas considérés comme des problèmes de santé mentale et qu'ils sont donc exclus des campagnes, des programmes ou des priorités en matière de santé mentale¹³². Les troubles de l'alimentation doivent faire partie des sujets abordés en table ronde et intégrés à l'univers de la santé mentale¹³³.

Il a été recommandé au Comité que le Canada élabore une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur les troubles de l'alimentation ciblant le grand public¹³⁴ ainsi que les professionnels travaillant dans des domaines clés, comme la santé, les médias, l'éducation et la justice¹³⁵. Des témoins ont indiqué au Comité qu'il faudrait que cette campagne vise notamment à mieux faire comprendre les troubles de l'alimentation, leurs symptômes, les traitements possibles et les services de soutien disponibles. Ils ont aussi laissé entendre que toute campagne de sensibilisation nationale pourrait comporter un volet fort utile sur la littératie médiatique¹³⁶.

131 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1625 (Marla Israel); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson).

132 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1535 (D^{re} Leora Pinhas).

133 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey).

134 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1610 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1620 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1550 (Merryl Bear).

135 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear).

136 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1625 (Joanna Anderson).

Des témoins ont aussi indiqué qu'une telle campagne devrait insister sur le fait que les troubles de l'alimentation sont « des maladies mentales aux taux de mortalité très élevés¹³⁷ », afin d'atténuer la honte et le déni, ainsi que la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes souffrant de ces troubles¹³⁸.

Le Comité a appris que la prise de conscience rend les stratégies de prévention efficaces, puisque les gens sont ainsi plus susceptibles de reconnaître les premiers symptômes de troubles de l'alimentation et de demander de l'aide; il en résulte une population en meilleure santé¹³⁹. Comme une intervention rapide donne de meilleurs résultats de traitement pour les patients atteints de tels troubles, des témoins ont recommandé que les campagnes de sensibilisation aident les parents à reconnaître les signes précurseurs des troubles de l'alimentation et les informent sur les premières mesures à prendre pour s'attaquer au problème¹⁴⁰. Joanna Anderson, directrice exécutive de Sheena's Place, a expliqué qu'il faut d'abord « que les parents comprennent qu'il y a un problème lorsque leur enfant saute des repas et que sa boîte à lunch contient encore de la nourriture lorsqu'il revient à la maison¹⁴¹ ».

Certains témoins ont parlé du rôle que devrait jouer le gouvernement fédéral pour accroître la sensibilisation à l'égard des troubles de l'alimentation, notamment en rendant disponibles en ligne des informations fiables sur ces troubles, ou en mettant de l'avant les services destinés aux personnes qui en souffrent¹⁴².

Selon des témoins, les campagnes de sensibilisation devraient aussi enseigner au personnel scolaire les stratégies appropriées pour aborder la question des troubles de l'alimentation avec les élèves; elles pourraient contenir notamment de l'information sur les mesures préventives, les possibles « éléments déclencheurs » et les symptômes¹⁴³. Wendy Preskow, fondatrice et représentante de la National Initiative for Eating Disorder (NIED), a proposé que les commissions scolaires revoient leurs programmes d'enseignement afin d'y retirer « les éléments déclencheurs » comme une emphase excessive sur la saine alimentation et les problèmes d'obésité¹⁴⁴. Le Comité a appris que

137 *Ibid.*, 1605.

138 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1530 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1540 (Josée Champagne).

139 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1625 (Marla Israel); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1530 (Merryl Bear).

140 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Lisa LaBorde); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1620 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1700 (Patricia Lemoine).

141 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1620 (Joanna Anderson).

142 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1615-1620 (D^r Blake Woodside); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

143 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1645 (D^{re} Wendy Spettigue); Wendy Preskow, fondatrice et représentante, National Initiative for Eating Disorders, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », *Réponse écrite*, 5 mars 2014; Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

144 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014.

les enfants sont submergés d'informations sur la nutrition et la santé; les écoles devraient comprendre que les enfants pensent en termes concrets, de sorte que les éducateurs ne devraient pas leur enseigner ce qui est « bon » et « mauvais » à manger ou faire se sentir coupables ceux qui consomment certains types d'aliments¹⁴⁵.

En outre, le Comité a appris qu'il ne faut pas seulement renseigner le public sur les troubles de l'alimentation, mais aussi sur ce qu'est un corps sain¹⁴⁶. Les gens doivent être informés des « différences normales entre les types de corps [et] de l'importance de bien nourrir leur corps », et il faut aider les enfants et les jeunes à être fiers de leur corps¹⁴⁷. Selon plusieurs témoins, pour mieux comprendre la santé du corps, il importe d'examiner d'un œil critique les éventuels dommages que pourraient causer les messages portant sur les régimes, l'indice de masse corporelle et l'obésité. Comme l'a mentionné Hasan Hutchinson, directeur général du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada :

Les politiques, les programmes et les messages faisant la promotion de la nutrition, comme ceux élaborés par Santé Canada, qui sont axés sur la santé et le bien-être, et non sur le poids et les calories, jouent un important rôle dans la prévention de la mauvaise alimentation¹⁴⁸.

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec la Commission de la santé mentale, envisage de faire participer les personnes atteintes de troubles de l'alimentation, leur famille et les intervenants concernés aux discussions et aux tables rondes sur la santé mentale.

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour veiller à ce que les programmes de formation médicale (médecine, soins infirmiers, psychologie, psychiatrie et autres) comprennent suffisamment d'information sur les troubles de l'alimentation, afin de sensibiliser les gens à ces troubles et de combattre les stéréotypes et la stigmatisation qui y sont associés.

145 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas); Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

146 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1600 (Merryl Bear).

147 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Noelle Martin).

148 [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1540 (Hasan Hutchinson).

Recommandation 9

Le Comité reconnaît la nécessité d'avoir un groupe, comme la National Initiative for Eating Disorders, qui se porte à la défense des intérêts des personnes atteintes de troubles de l'alimentation et sensibilise la population à ce problème.

B. Soutien à l'échelle locale

Dans bien des cas, les personnes qui souffrent de troubles de l'alimentation et leur famille ont peu de ressources et d'information à leur disposition à l'échelle locale¹⁴⁹. Les ressources et centres de soutien communautaires peinent à répondre à la demande¹⁵⁰. Joanna Anderson, directrice exécutive de Sheena's Place, a dit que lorsque des programmes efficaces sont offerts, « les groupes se remplissent et des listes d'attente se forment dans les heures qui suivent l'ouverture des inscriptions¹⁵¹ ». La directrice générale d'ANEB Québec, Josée Champagne a parlé de la nécessité « d'améliorer l'accessibilité aux services de soutien spécialisés dans la communauté, afin d'assurer un accompagnement adéquat et rapide des personnes qui sont en attente de soutien¹⁵² ».

Des témoins ont également évoqué la pénurie de services offerts localement aux parents, aux frères et sœurs et aux partenaires des personnes atteintes de troubles de l'alimentation¹⁵³. Laura Beattie, vice-présidente du F.E.A.S.T. Canada Task Force, a précisé que les parents d'enfants souffrant de troubles de l'alimentation ont besoin d'une aide locale spécifique pour certains aspects du traitement, comme la réalimentation et les repas¹⁵⁴. Lisa LaBorde, dont la fille a souffert de tels troubles, a déclaré que les familles ont besoin de ressources et d'aide dans la communauté étant donné que les enfants développent les symptômes très jeunes¹⁵⁵.

Par ailleurs, le Comité a appris que les organismes communautaires spécialisés en santé mentale manquent généralement de temps et de fonds pour la formation sur les troubles de l'alimentation¹⁵⁶. Merryl Bear, directrice du NEDIC, a expliqué que lorsque son

149 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

150 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne).

151 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson).

152 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne).

153 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1600 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow); Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

154 Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

155 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1625 (Lisa LaBorde).

156 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue).

organisme demande à son personnel de chercher de l'aide auprès des services locaux de santé mentale, il arrive souvent que les personnes consultées ne disposent pas de connaissances spécialisées en troubles de l'alimentation¹⁵⁷. La D^{re} Leora Pinhas, psychiatre de l'Hôpital pour enfants de Toronto, a souligné qu'il « faut des programmes communautaires intensifs et des gens qui sont formés pour travailler auprès des familles dans leurs collectivités en leur donnant l'aide à laquelle elles ont droit, comme ce serait le cas pour tout autre trouble mental¹⁵⁸ ».

Pour les centres de soutien et de ressources communautaires, l'absence de financement continu constitue le principal obstacle à la mise en place de services d'aide à l'échelle locale. Comme l'ont expliqué des témoins, beaucoup de ces centres reçoivent peu ou pas de fonds publics, et leur existence est tributaire du succès des campagnes de financement¹⁵⁹. Ainsi, le Comité a appris que ces organisations consacrent leur temps et leurs énergies à la « recherche de financement¹⁶⁰ » et que beaucoup d'entre elles ont vraiment « du mal à joindre les deux bouts¹⁶¹ ». Nombre de témoins ont recommandé que le financement des ressources et programmes locaux soit accordé de manière durable¹⁶². Noelle Martin, professeure au Collège universitaire Brescia et présidente de Registered Dietitian Services, a laissé entendre que le « gouvernement fédéral [pourrait offrir] du financement aux organismes qui ne font pas partie du réseau de la santé, comme Hope's Garden ou Sheena's Place et bien d'autres encore un peu partout au pays¹⁶³ ».

Le Comité a été informé qu'avec un financement stable, les centres de soutien et les ressources communautaires pourraient élargir les programmes de prévention, fournir des services aux populations mal servies et isolées, aider les clients à s'y retrouver dans le système de santé et mettre en place des bases de données sur les ressources pour les clients¹⁶⁴.

Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations, Département des relations familiales et de la nutrition appliquée, a recommandé que l'on mette « aussi en place un réseau de traitement et de soutien communautaires » pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation¹⁶⁵.

157 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1600 (Merryl Bear).

158 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas).

159 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1545 (D^{re} Lisa Votta-Bleeker, Ph. D., adjointe à la chef de la direction et directrice, Direction générale de la science, Société canadienne de psychologie); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1530 (Merryl Bear).

160 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne).

161 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1600 (D^{re} Leora Pinhas).

162 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1545 (D^{re} Lisa Votta-Bleeker); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

163 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1605 (Noelle Martin).

164 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson).

165 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Carla Rice).

Wendy Preskow, fondatrice et représentante de NIED, a parlé de l'importance du soutien local et demandé la création de foyers communautaires, qu'elle décrit comme étant des « endroits sûrs, tout comme ceux qui existent pour les personnes qui abusent de l'alcool et d'autres drogues. Il n'existe absolument rien de semblable pour ceux qui souffrent d'un trouble de l'alimentation¹⁶⁶ ». M^{me} Preskow a aussi proposé que l'on finance et que l'on forme des équipes locales d'intervention, c'est-à-dire « des équipes de professionnels de la santé physique et mentale et de la nutrition, avec lesquelles les personnes ayant des troubles de l'alimentation pourraient communiquer en tout temps, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, pour obtenir de l'aide et du soutien en cas de crise¹⁶⁷ ». Il a aussi été recommandé que du soutien communautaire soit offert dans les écoles. La psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, a dit qu'il faut « former plus de conseillers communautaires spécialisés en santé pour conseiller les étudiants qui souffrent de dépression, d'anxiété et de troubles alimentaires et qui s'automutilent¹⁶⁸ ».

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada reconnaisse comme étant une pratique exemplaire la disponibilité des ressources sur les troubles de l'alimentation qui permettent de naviguer dans le système de soins de santé physique et mentale afin de trouver des services de qualité en temps opportun, et aussi pour aider les personnes malades et les familles à se retrouver dans le système.

C. Stéréotypes et stigmatisation

Les témoins étaient d'accord pour dire que les stéréotypes et la stigmatisation qui en découle sont les principaux obstacles au diagnostic et au traitement des troubles de l'alimentation ainsi qu'à la guérison des personnes qui en souffrent. Comme c'est le cas pour bien des maladies mentales, la réalité des malades et de leur famille est mal comprise, et ces troubles sont souvent vus comme des sujets tabous ou ne sont pas considérés comme de vraies maladies¹⁶⁹. Elaine Stevenson, coadministratrice de l'Alyssa Stevenson Eating Disorder Memorial Trust, a fait remarquer que l'on « ne peut dissocier les troubles de l'alimentation de la honte, du secret et du silence¹⁷⁰ ».

166 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1645 (Wendy Preskow).

167 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014.

168 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue).

169 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1550 (Noelle Martin); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1540 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1535 (Carly Lambert-Crawford).

170 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1605 (Elaine Stevenson).

Les témoins ont décrit les stéréotypes courants et infondés ancrés dans le public et chez les professionnels de la santé en ce qui concerne les troubles de l'alimentation, comme :

- seules les filles hétérosexuelles blanches de classe moyenne ou haute souffrent de troubles de l'alimentation¹⁷¹;
- les parents, et les mères en particulier, sont responsables des troubles de l'alimentation de leur enfant¹⁷²;
- il s'agit simplement d'une phase que traverse une personne qui s'en prend à elle-même et qui cherche à attirer l'attention¹⁷³.

Ces stéréotypes sont tellement enracinés et tenaces que certains témoins les ont qualifiés de mythes¹⁷⁴. Ils ont pour effet d'alimenter la stigmatisation, ce qui contribue à créer un sentiment de honte chez les personnes souffrant de troubles de l'alimentation, de sorte qu'il leur est encore plus difficile d'admettre leur état, de se faire diagnostiquer, puis d'accepter de suivre un traitement jusqu'au bout. En outre, cette stigmatisation peut mener à de la discrimination de la part du public et de professionnels de la santé; un problème abordé dans la section suivante traitant des préjugés dans le secteur de la santé¹⁷⁵.

Le Comité a appris qu'une personne souffrant de troubles de l'alimentation se fait parfois dire qu'elle « cherche simplement à attirer l'attention », que « c'est entièrement de la faute de sa mère » ou que « ce ne sont que de petites filles de riches gâtées¹⁷⁶ ». Ces généralisations abusives ne font que renforcer la stigmatisation; les personnes atteintes ont peur de l'admettre et d'être jugées. Les témoins ont signalé que ces personnes ont même de la difficulté à se confier à leur famille et à leurs amis proches. Pour ces raisons, un grand nombre d'entre elles hésitent à demander un diagnostic et à accepter un traitement, choisissant plutôt de souffrir en silence¹⁷⁷.

171 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Carla Rice); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1620 (D^{re} Leora Pinhas); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson).

172 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1650 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1720 (Laura Beattie); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1615 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside).

173 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535–1540 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1620 (D^{re} Leora Pinhas).

174 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1550 (Laura Beattie); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1620 (D^{re} Leora Pinhas); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 (Carla Rice).

175 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1535 (Merryl Bear).

176 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside).

177 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1600 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson).

En outre, le Comité a entendu que les personnes qui ne correspondent pas au portrait stéréotypé peuvent ne pas reconnaître leur maladie ou ne pas avoir l'impression qu'elles ont un problème réel ou grave¹⁷⁸. Les parents, amis et professionnels de la santé peuvent aussi ne pas croire que la personne est atteinte d'un trouble de l'alimentation, car elle n'entre pas dans les stéréotypes, par exemple les jeunes enfants, les garçons et les hommes ou les personnes issues des minorités ethniques et visibles¹⁷⁹.

Comme l'indique la précédente section portant sur la sensibilisation, le Canada devrait élaborer une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur les troubles de l'alimentation à l'intention du grand public, notamment dans le but de combattre la stigmatisation, les stéréotypes et la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de tels troubles¹⁸⁰.

D. Préjugés dans le secteur de la santé

Plusieurs témoins ont indiqué que les personnes souffrant de troubles de l'alimentation et leurs familles ont l'impression d'être victimes de discrimination de la part de professionnels de la santé et du système de santé en général. Le Comité a entendu que l'accès limité aux traitements et les longues périodes d'attente associées aux programmes de traitement des troubles de l'alimentation partout au pays sont un exemple criant de cette discrimination¹⁸¹. Le D^r Blake Woodside, directeur médical du programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital général de Toronto, a comparé les délais d'attente pour un traitement entre les patients souffrant d'anorexie nerveuse et ceux atteints d'un cancer de la prostate :

Des délais d'attente de quatre à six mois pour des personnes atteintes d'un cancer de la prostate déclenchaient un tollé à l'échelle nationale. Les gens descendraient dans la rue, et des hommes d'âge moyen comme moi participeraient à ces manifestations. Toutefois, bien entendu, le cancer de la prostate est une maladie qui touche des hommes d'âge moyen comme moi, ainsi que des hommes plus âgés, de sorte que chaque hôpital du pays comporte une clinique de traitement du cancer de la prostate. Par comparaison, en Ontario, [...] il n'y a que trois centres de traitement de l'anorexie nerveuse qui peuvent accueillir des personnes malades, et la province compte 12 millions d'habitants. Je ne vois qu'un seul mot qui puisse décrire une telle situation, et c'est celui de « discrimination » — je n'en vois pas d'autres¹⁸².

La D^{re} Leora Pinhas, psychiatre au Département de psychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Toronto, a décrié le fait que ces maladies ne sont pas considérées comme une

178 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Carla Rice); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1540 (Lisa LaBorde).

179 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1540 (Lisa LaBorde); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 (Carla Rice).

180 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1610 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1620 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1550 (Merryl Bear).

181 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1535 (D^{re} Leora Pinhas).

182 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside).

priorité dans le domaine de la santé et que ses collègues faisaient peu de cas de ses demandes constantes et de son travail¹⁸³. De plus, des témoins ont exprimé leur frustration à l'égard du peu d'importance accordée à ces troubles au sein du système de soins de santé mentale, ces maladies faisant rarement l'objet de programmes, de campagnes et d'études¹⁸⁴. Par exemple, la D^{re} Pinhas a expliqué qu'à Toronto, tous les patients qui reçoivent un diagnostic principal de troubles de l'alimentation sont exclus de tous les lits de soins intensifs en santé mentale destinés aux adolescents, et ce, même s'ils souffrent d'une autre maladie, comme la dépression¹⁸⁵.

Des témoins ont indiqué que des professionnels de la santé s'étaient montrés irrespectueux ou accusateurs envers ceux qui avaient demandé de l'aide pour eux-mêmes ou pour une autre personne souffrant d'un trouble de l'alimentation¹⁸⁶. Joanna Anderson, directrice exécutive de Sheena's Place, a relaté en ces termes l'expérience qu'elle avait vécue alors qu'elle cherchait de l'aide pour une cliente :

Elle avait des douleurs thoraciques, et j'avais peur pour elle. Je l'ai accompagnée à l'urgence. Je l'ai fait parce que je savais qu'elle serait vraiment mal traitée à l'urgence. Quand j'ai dit à l'urgentologue qu'elle [...] souffrait d'un trouble de l'alimentation depuis des années, il m'a répondu de lui dire qu'il y avait une liste d'attente de six mois, puis ne l'a pas traitée avec le même respect que quelqu'un qui aurait seulement eu des douleurs thoraciques, sans trouble de l'alimentation. Donc, je crois que nos clients font l'objet de discrimination parce que ces troubles sont perçus comme étant quelque chose que les gens s'infligent eux-mêmes, comme les résultats de mauvais choix. De notre côté, nous essayons de faire comprendre [...] au public qu'il s'agit d'une maladie mentale qui découle de facteurs génétiques et biologiques¹⁸⁷.

Le Comité a également appris que des généralistes et des médecins de services d'urgence d'hôpitaux ne connaissent pas la maladie, donnent des conseils malavisés comme « prendre quelques livres » ou encore s'attachent à l'apparence et au poids de la personne¹⁸⁸. Carly Lambert-Crawford, une thérapeute ayant survécu à un trouble de l'alimentation, a expliqué au Comité :

Je ne veux pas que qui que ce soit se fasse dire qu'il y a beaucoup d'autres gens qui sont plus malades et qu'il suffit de manger et qu'il faut libérer un lit ou s'entendre dire

183 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1535 (D^{re} Leora Pinhas).

184 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas).

185 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas).

186 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1600 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1535 (Carly Lambert-Crawford).

187 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1600 (Joanna Anderson).

188 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014; [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1630 (Patricia Lemoine); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1625 (Arthur Boese, à titre personnel).

qu'on est trop malade pour parler à qui que ce soit ou se voir refuser des explications permettant de comprendre la situation¹⁸⁹.

Le Comité a aussi été informé qu'il existe des préjugés dans le domaine de la psychiatrie. Selon M^{me} Anderson, « [c]omme il s'agit de longues maladies profondément enracinées, bien des psychiatres ne veulent pas prendre de patients ayant des troubles de l'alimentation. Les psychiatres considèrent ces patients comme des personnes à haut risque — leur taux de mortalité étant très élevé —, qui exigent des soins à très long terme¹⁹⁰ ».

Le Comité a appris que certains patients ne reçoivent pas nécessairement le bon diagnostic et un traitement adapté, à cause de médecins qui se fient aux stéréotypes et à des informations erronées. Selon des témoins, certains médecins peuvent ignorer les symptômes révélant un trouble de l'alimentation en raison de la taille, de la race, de l'ethnicité ou du sexe du patient¹⁹¹. Par exemple, certains médecins ont une idée préconçue du « corps parfait », et sont convaincus, comme bien des gens, que mince est synonyme de bonne santé et qu'avoir des livres en trop est signe du contraire¹⁹². Plus précisément, les témoins ont indiqué qu'un grand nombre de professionnels de la santé se trompent en se fiant seulement au poids ou à l'indice de masse corporelle de la personne pour poser un diagnostic de troubles de l'alimentation; ils devraient plutôt examiner la relation que celle-ci entretient avec la nourriture et son corps¹⁹³. Josée Champagne, directrice générale d'ANEB Québec, a donné l'exemple de médecins qui ont écarté le diagnostic d'anorexie dans le cas d'une patiente qui n'était « pas assez maigre¹⁹⁴ ». Certains professionnels de la santé limitent leur diagnostic en raison de stéréotypes liés à la race; ce sujet sera abordé plus longuement dans la section sur les populations marginalisées. Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations, a expliqué ceci :

[P]endant que je menais des recherches sur l'image corporelle et les préoccupations liées à l'alimentation auprès de divers groupes de femmes canadiennes, j'ai parlé avec plusieurs femmes d'origines raciales diverses — asiatiques, d'Asie du Sud et africaines ou caribéennes — dont les troubles de l'alimentation étaient mal diagnostiqués ou écartés par des fournisseurs de soins de santé, une situation qui compliquait leur rétablissement et qu'elles attribuaient à leur origine raciale. Autrement dit, elles disaient que les fournisseurs de soins de santé n'arrivaient pas à imaginer, à cause du mythe dominant, que quelqu'un de leur groupe racial puisse avoir un trouble de l'alimentation¹⁹⁵.

189 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1535 (Carly Lambert-Crawford).

190 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1615 (Joanna Anderson).

191 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Carla Rice).

192 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1700 (D^{re} Wendy Spettigue).

193 Noelle Martin, R.D., professeure, Collège universitaire Brescia, Université Western, et présidente, Registered Dietitian Services, « Complément d'information », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 24 février 2014, 1700 (D^{re} Wendy Spettigue).

194 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1540 (Josée Champagne).

195 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 (Carla Rice).

La D^{re} Monique Jericho, psychiatre et directrice médicale du Calgary Eating Disorder Program, a mis en garde contre l'utilisation du mot « discrimination », qui suppose un manquement délibéré ou une volonté délibérée de faire du tort. Elle a expliqué que le défaut de reconnaître la maladie, l'incompréhension, les stéréotypes et la stigmatisation sont à la source du problème¹⁹⁶.

Le Comité a été informé qu'il est impératif de renseigner les professionnels de la santé – médecins généralistes, personnel infirmier, urgentologues et autres – sur les troubles de l'alimentation¹⁹⁷. Des témoins ont recommandé que les troubles de l'alimentation soient ajoutés aux programmes d'étude en médecine, de résidence en médecine familiale et de résidence en psychiatrie¹⁹⁸. La D^{re} Jericho a avancé :

[Les professionnels de la santé] doivent être capables de [...] diagnostiquer [les troubles de l'alimentation] et de les gérer jusqu'à ce que les patients puissent se faire traiter dans un centre spécialisé [...] [I]ls doivent être prêts à poser un diagnostic que le patient ne voudra pas entendre ou qu'il va refuser de croire [...] Ils doivent aussi apprendre à parler des troubles de l'alimentation aux patients et à leurs proches¹⁹⁹.

La D^{re} Gail McVey a parlé du programme de l'Ontario Community Outreach Program for Eating Disorder qu'elle dirige et qui a été mis place en 1993 et est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Elle a décrit comme suit ce programme de formation provincial :

[Le programme] nous a permis d'identifier des champions qui, avec notre soutien, ont voulu se spécialiser dans le traitement des troubles de l'alimentation et éduquer les praticiens en soins de santé et les éducateurs pour qu'ils nous aident à recenser les troubles et à procéder à une intervention précoce, dans la mesure du possible. [Dans le cadre de ce programme] nous avons [aussi] pu créer un réseau provincial qui était le premier en son genre et qui rassemblait des fournisseurs de services spécialisés en troubles de l'alimentation²⁰⁰.

Ce programme permet d'offrir une formation sur les méthodes de soins éprouvées aux professionnels de la santé et de l'éducation, et tient compte des toutes dernières données sur les pratiques actuelles en matière de traitement et de prévention²⁰¹.

196 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1700 (D^{re} Monique Jericho).

197 Elaine Stevenson, coadministratrice, Alyssa Stevenson Eating Disorder Memorial Trust, « Troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Lisa LaBorde); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1535 (Carly Lambert-Crawford); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne); Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

198 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1555 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1645 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1615 (D^{re} Leora Pinhas); Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 5 février 2014, 1640 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix).

199 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho).

200 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey).

201 *Ibid.*

La D^{re} McVey a indiqué que le programme connaît un grand succès et a recommandé que cette initiative « soit reprise dans d'autres provinces²⁰² ». D'autres témoins ont fait l'éloge de l'OCOPED et suggéré la mise en œuvre de ce modèle ailleurs²⁰³.

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour mieux faire comprendre les troubles de l'alimentation dans le domaine des soins de santé. L'Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, qui offre de l'information et du soutien aux professionnels de la santé et qui les encourage et les aide à prendre soin des personnes souffrant de troubles de l'alimentation, est un modèle à suivre.

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés afin de reconnaître qu'il y a, dans la société canadienne et dans le milieu de la santé, un manque de compréhension et une stigmatisation des troubles de l'alimentation.

E. Obstacles financiers

Les témoins s'entendaient généralement sur le fait que les troubles de l'alimentation imposent un lourd fardeau financier à la personne touchée, à son partenaire et à sa famille²⁰⁴. Le Comité a appris que les frais de thérapie privée varient de 80 \$ à 250 \$ de l'heure, selon la ville et la province, et que le patient doit parfois suivre plusieurs séances par semaine²⁰⁵. Pour favoriser leur rétablissement, les personnes ont besoin d'une équipe multidisciplinaire, incluant des généralistes, des psychiatres, des psychologues, des diététistes et des thérapeutes. Selon des témoins, les coûts d'une telle équipe peuvent s'avérer exorbitants si la personne ne bénéficie d'aucune aide financière²⁰⁶. Bien que Sheena's Place offre ses services et son aide gratuitement, la directrice exécutive du Centre, Joanna Anderson, a expliqué les pressions financières en ces termes :

202 *Ibid.*, 1625.

203 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1645 (D^{re} Wendy Spettigue).

204 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1600 (Carly Lambert-Crawford).

205 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1600 (Carly Lambert-Crawford).

206 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1635 (Arthur Boese); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1615 (Joanna Anderson).

De la minorité de nos clients qui reçoivent actuellement d'autres services [pour les troubles de l'alimentation], 82 % paient pour une thérapie individuelle dans le secteur privé [...] Une jeune Ontarienne a récemment dû se tourner vers le sociofinancement pour obtenir les 60 000 \$ dont elle avait besoin pour traiter le trouble de l'alimentation qui mettait sa vie en danger²⁰⁷.

Par ailleurs, des témoins ont indiqué qu'un grand nombre de services de soins de santé mentale, y compris ceux liés aux troubles de l'alimentation, ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et que la couverture offerte par les régimes d'assurance privés est souvent insuffisante²⁰⁸. Le Comité a entendu des recommandations, qui dépassent le champ de compétence du gouvernement fédéral, selon lesquelles la couverture des régimes d'assurance privés et provinciaux devrait être élargie pour mieux répondre dans les délais opportuns aux besoins des personnes atteintes de troubles de l'alimentation, lorsque les traitements ne sont pas disponibles au Canada²⁰⁹.

En outre, le Comité a appris qu'en raison des effets débilissants des troubles de l'alimentation, un grand nombre de personnes atteintes reçoivent à un moment donné des prestations d'assurance-emploi ou d'assurance-invalidité²¹⁰. Dans un centre, on a observé que seulement 44 % des clients étaient en mesure de subvenir financièrement à leurs besoins²¹¹. Certains ne cherchent pas à obtenir de soins, car ils ne peuvent pas se permettre d'abandonner leur emploi²¹².

Par ailleurs, des témoins ont indiqué qu'un grand nombre de personnes se tournent vers le secteur privé même si les soins sont au-dessus de leurs moyens, en raison du manque de soins financés par l'État et des longues listes d'attente²¹³. Patricia Lemoine, parlant de son expérience, a expliqué que « [le trouble de l'alimentation] était en train de mettre à mal non seulement ma vie, mais également mes finances²¹⁴ ».

207 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson).

208 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1545 (D^{re} Lisa Votta-Bleeker); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1530 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1650 (Wendy Preskow); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

209 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1535 (Carly Lambert-Crawford).

210 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1650 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1650 (D^{re} Debra Katzman).

211 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson).

212 *Ibid.*, 1600.

213 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1530 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1600 (Carly Lambert-Crawford); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1700 (Patricia Lemoine).

214 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1700 (Patricia Lemoine).

Des témoins ont parlé du lourd fardeau financier subi par les familles qui prennent soin d'une personne, souvent un enfant – jeune ou d'âge adulte – souffrant d'un trouble de l'alimentation. Un grand nombre de parents sacrifient leur stabilité financière pour payer à leur enfant des soins privés. Ils contractent une marge de crédit ou hypothèquent leur maison et sont acculés à la faillite dans certains cas²¹⁵. Certains parents prennent un congé sans solde pour pouvoir se rendre aux nombreux rendez-vous ou prendre soin de leur enfant à la maison²¹⁶. Enfin, les parents d'enfants d'âge adulte qui vivent de prestations provinciales d'assurance-invalidité doivent souvent couvrir les frais de subsistance additionnels²¹⁷. Les témoins ont recommandé que l'on offre un plus grand soutien financier aux parents d'enfants atteints de troubles de l'alimentation²¹⁸. Dans une réponse écrite présentée par deux témoins, on explique que la « notion de norme minimale des soins doit reconnaître qu'aucune considération financière ne devrait compromettre l'accès aux soins déterminants pour la santé²¹⁹ ».

F. Troubles concomitants

Le Comité a appris que la majorité des personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation souffrent également d'un trouble concomitant, comme l'anxiété, la dépression, un trouble lié à un traumatisme, un trouble obsessionnel-compulsif ou la toxicomanie²²⁰. Selon les témoins, environ 80 % souffrent d'un ou plusieurs troubles concomitants²²¹.

Des témoins ont expliqué qu'il est plus difficile pour les personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation et d'un trouble concomitant d'obtenir un diagnostic, un traitement et d'autres formes de soutien. Le Comité a appris que des fournisseurs de services passaient les dossiers de ces personnes à d'autres, car ils refusaient de traiter les deux maladies. Des témoins ont expliqué que la plupart des programmes de traitement des troubles de l'alimentation n'abordent pas les troubles concomitants malgré leurs liens

215 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1600 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1605 (Lisa LaBorde).

216 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Carly Lambert-Crawford).

217 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

218 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

219 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

220 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1650 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho).

221 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1650 (D^{re} Debra Katzman).

entre eux, et qu'un grand nombre de programmes de soins de santé mentale excluent les patients atteints de troubles de l'alimentation ou ne sont pas conçus pour leur venir en aide²²². Meryll Bear, directrice du NEDIC, a expliqué :

Le plus grand défi auquel nous faisons face est probablement lié au fait que très peu d'établissements de traitement travaillent sur toutes les questions concomitantes [...] C'est comme une porte tournante, où les personnes qui sont prêtes à recevoir de l'aide ont beaucoup de mal à franchir la porte afin d'être acceptées pour qui elles sont, comme des êtres humains complets avec des difficultés multiples²²³.

Carly Lambert-Crawford, une thérapeute parlant de son expérience et de celle de ses clients, a ajouté ceci :

[Il faut] satisfaire aux critères spéciaux du programme, quel que soit ce programme. On m'a dit que j'étais trop malade pour certains programmes. Certains de mes clients qui souffrent de toxicomanie ou d'alcoolisme ne peuvent plus être admis à ces programmes. Bon nombre de programmes ne traitent pas la frénésie alimentaire. Les patients doivent satisfaire à de nombreux critères pour pouvoir obtenir les traitements qui existent maintenant. C'est un problème grave²²⁴.

Bien des personnes atteintes de troubles de l'alimentation sont incapables de s'y retrouver dans un système de santé complexe où les services sont cloisonnés²²⁵. Wendy Preskow, fondatrice et représentante de NIED, a expliqué les difficultés auxquelles s'est butée sa fille de 28 ans, qui souffre d'un trouble de l'alimentation :

Il n'y a aucun système en place pour aider notre enfant [...] Elle est paralysée par l'anxiété et la dépression, mais on s'attend quand même à ce qu'elle passe par le soi-disant système de soutien en raison de son âge²²⁶.

Selon certains témoins, en l'absence de mécanismes d'adaptation les aidant à faire face aux troubles concomitants, les personnes n'ont pas le sentiment de maîtriser la situation et ne peuvent pas se concentrer sur l'adoption de saines habitudes

222 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014; [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1610 (Elaine Stevenson); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Carly Lambert-Crawford); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1620 (Meryll Bear).

223 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1620 (Meryll Bear).

224 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Carly Lambert-Crawford).

225 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow).

226 *Ibid.*

alimentaires²²⁷. M^{me} Preskow a indiqué qu'elle avait cherché à obtenir de l'aide pour soigner les problèmes d'anxiété de sa fille, mais :

[E]n raison de son trouble de l'alimentation, [elle] ne pouvait être soignée à la Clinique de traitement de l'anxiété et [...] devait commencer par suivre un programme de traitement des troubles de l'alimentation. Pourtant, tout est lié. L'anxiété entretient le trouble de l'alimentation, lequel entretient à son tour l'anxiété. Nous croyons que des stratégies pour [l']aider à contrôler son anxiété permettraient également de contrôler le trouble de l'alimentation²²⁸.

Certains témoins ont recommandé que les programmes de traitement soient offerts par des équipes capables de s'attaquer au trouble de l'alimentation et au trouble concomitant²²⁹. Certains ont préconisé une plus grande collaboration entre les spécialistes des troubles de l'alimentation et les professionnels en santé mentale et en toxicomanie²³⁰.

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour encourager la mise en place d'équipes multidisciplinaires, qui pourraient se composer, entre autres, de diététistes, de psychiatres, de psychologues et d'autres thérapeutes, pour assurer un traitement de qualité, notamment pour les troubles concomitants.

G. Recherche et suivi de l'information

Le Comité a appris qu'il existe un groupe de chercheurs canadiens chevronnés et très actifs qui se spécialisent dans les troubles de l'alimentation, mais que ceux-ci se butent à de graves obstacles dans le développement de leur recherche et la communication des résultats²³¹ puisqu'il leur est difficile d'approfondir leurs travaux de recherche dans le domaine des troubles de l'alimentation²³².

227 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014.

228 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014.

229 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1650 (Elaine Stevenson); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

230 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey).

231 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1645 (Giorgio A. Tasca).

232 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014.

Des témoins ont insisté sur la nécessité d'établir une stratégie ou un programme national de recherche financés par l'État²³³. Le D^r Blake Woodside, de l'Hôpital général de Toronto, a proposé que le gouvernement fédéral examine les priorités et les politiques de l'ICIS et de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies à l'IRSC, dans le but d'élaborer un plan national de recherche sur les nouveaux traitements liés aux troubles de l'alimentation²³⁴.

Beaucoup de témoins ont souligné le fait qu'il y avait peu de financement destiné à la recherche sur les troubles de l'alimentation et ont recommandé une augmentation de ce financement²³⁵. D'autres ont mentionné que le financement pour la recherche était réparti de manière inégale dans le secteur de la santé et que l'on accordait beaucoup plus d'argent à la recherche sur des maladies moins ou tout aussi prévalentes que les troubles de l'alimentation²³⁶. Le D^r Woodside a déclaré qu'il est « tout simplement impossible de mener au Canada une étude importante sur des maladies comme l'anorexie ou la boulimie en raison des fonds de recherche disponibles²³⁷ ».

Selon certains chercheurs, les difficultés sont liées au manque de temps, d'argent et de ressources, ce qui a pour effet de limiter leur capacité d'échanger et de collaborer avec leurs collègues. Pourtant, une telle collaboration permettrait de réaliser des progrès dans le domaine²³⁸. La D^{re} Monique Jericho, psychiatre et directrice médicale du Calgary Eating Disorder Program, a expliqué que les chercheurs réalisent de grandes choses « chacun de [leur] côté », mais ne travaillent pas en partenariat²³⁹. Le Comité a également appris que la collaboration avec les hôpitaux, les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues et les conseillers faciliterait la recherche sur les troubles de l'alimentation²⁴⁰. Plusieurs témoins ont d'ailleurs recommandé la création d'un centre d'excellence ou d'un centre national d'information pour promouvoir la collaboration²⁴¹.

Les chercheurs ont informé le Comité que le peu de données disponibles sur les différents aspects des troubles de l'alimentation au Canada nuit également à leurs

233 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1600 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1540 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1715 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} Debra Katzman).

234 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1540 (D^r Blake Woodside).

235 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1605 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} Debra Katzman); Elaine Stevenson, « Troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 24 février 2014, 1650 (Giorgio A. Tasca).

236 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1530 (D^{re} Leora Pinhas).

237 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside).

238 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 (D^{re} Monique Jericho).

239 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1720 (D^{re} Monique Jericho).

240 Elaine Stevenson, « Troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes », *Réponse écrite*, 3 mars 2014.

241 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1635 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1615 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1600 (Elizabeth Phoenix).

programmes de recherche²⁴². Le Comité a appris qu'une partie de ce problème tient à l'absence de système établi de suivi de ces données. Des témoins ont suggéré, en guise de solution, l'établissement d'un registre national, qui servirait de base de données centralisée sur les troubles de l'alimentation²⁴³. Elizabeth Phoenix, infirmière praticienne de la FCIISM, a proposé qu'il y ait un suivi des informations suivantes :

[L]'incidence et la prévalence des troubles de l'alimentation, les temps d'attente pour l'évaluation et le traitement ainsi que les résultats obtenus des divers services offerts. Il faudrait également noter combien de personnes abandonnent le traitement et évaluer l'état de bien-être qu'atteignent les personnes qui reçoivent le traitement²⁴⁴.

Des témoins ont également recommandé que l'on établisse une méthode pour bien indiquer (dans les rapports des médecins légistes, entre autres) que la personne est décédée des suites d'un trouble de l'alimentation. Souvent, on donne comme cause du décès une insuffisance cardiaque ou le suicide, par exemple, et le trouble de l'alimentation figure seulement comme facteur ayant contribué au décès ou n'est pas indiqué du tout. Or, on pourrait mieux comprendre la gravité de la maladie si ces troubles figuraient parmi les causes du décès²⁴⁵.

Le Comité a également appris qu'il y avait d'importantes lacunes dans la recherche sur les troubles de l'alimentation au Canada. Les praticiens disposent donc de peu d'informations sur les méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement fondées sur des données probantes²⁴⁶. Comme l'a indiqué un témoin en réponse à une question posée par un membre du Comité : « C'est très difficile de répondre à cette question, parce que les troubles de l'alimentation souffrent d'un grand manque de recherche [...] J'ai mes opinions personnelles, mais je n'ai pas de faits précis à vous donner²⁴⁷. » Les témoins ont proposé la création d'une chaire nationale de recherche sur les troubles de l'alimentation,

242 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1625 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1620 (Marla Israel); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1700 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1610 (Joanna Anderson); Hasan Hutchinson, « Lettre de suivi au Comité permanent de la condition féminine », *Réponse écrite*, 21 mars 2014; [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1635 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1610 (D^{re} Leora Pinhas).

243 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1535 (D^{re} Leora Pinhas); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1635 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1555 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1640 (Jadine Cairns); D^{re} Gail McVey, Ph. D., psychologue clinicienne, Community Health Systems Resource Group, Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, Hôpital pour enfants de Toronto, « Groupe pour une stratégie nationale de prévention – Lien entre les troubles de l'alimentation et l'obésité », Hôpital pour enfants de Toronto, *Réponse écrite*, 20 février 2014.

244 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1555 (Elizabeth Phoenix).

245 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014; D^{re} Gail McVey, « Groupe pour une stratégie nationale de prévention – Lien entre les troubles de l'alimentation et l'obésité », Hôpital pour enfants de Toronto, *Réponse écrite*, 20 février 2014.

246 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1705 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas).

247 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1620 (D^{re} Wendy Spettigue).

dont le titulaire pourrait se faire le champion de la recherche dans le domaine²⁴⁸. Selon la psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, le titulaire de cette chaire pourrait s'occuper du registre national et des manques à combler en ce qui concerne la recherche dans le domaine²⁴⁹. M^{me} Beattie, coprésidente du F.E.A.S.T. Canada Task Force, a proposé que le Canada unisse ses efforts à ceux d'autres pays participant à des études mondiales sur les troubles de l'alimentation, comme la ANGI-Anorexia Nervosa Initiative (initiative génétique relative à l'anorexie mentale) visant à « détecter les variations génétiques qui contribuent à cette maladie²⁵⁰ ».

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada envisage de mettre en place un centre d'excellence ou une chaire nationale de recherche sur les troubles de l'alimentation et qu'il augmente le financement accordé pour la recherche sur cette maladie.

Recommandation 15

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour s'assurer que toutes les administrations transmettent les données sur les troubles de l'alimentation à l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces données couvriraient environ 59 % de toutes les visites dans huit administrations.

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour s'assurer que les données sur les activités des cliniques de soins primaires et des cliniques communautaires soient recueillies et transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé.

H. Populations marginalisées

Le Comité a compris qu'il est difficile, pour la plupart des Canadiens atteints de troubles de l'alimentation, d'obtenir de l'information, un diagnostic et un traitement, et la situation est encore pire pour certaines populations marginalisées. Par exemple, il n'y a presque pas de services de soutien et de centres de traitement dans les régions

248 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1635 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1600 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1640 (Jadine Cairns).

249 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1635 (D^{re} Wendy Spettigue).

250 Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

éloignées et rurales²⁵¹. On a fait remarquer que le simple placement dans des centres de traitement urbains n'est pas idéal. En effet, on ne fait que renforcer le sentiment d'isolement des patients de ces régions en les éloignant de leurs réseaux de soutien et de leur milieu familial²⁵².

Le D^r Blake Woodside, de l'Hôpital général de Toronto, a recommandé la création de « microcliniques » de deux ou trois employés ayant suivi une formation sur le traitement des troubles de l'alimentation (par exemple la thérapie cognitivo-comportementale). Ces cliniques seraient accessibles aux populations des collectivités éloignées ou rurales²⁵³.

Un des principaux obstacles au traitement des troubles de l'alimentation chez les membres des communautés des minorités ethniques et visibles est l'idée préconçue voulant que ces troubles ne touchent que les personnes de race blanche. Les membres de ces groupes ne se rendent pas compte qu'ils souffrent peut-être d'un trouble de l'alimentation; ils peuvent avoir l'impression que leur état n'est pas très sérieux ou n'avoir aucune idée de la manière de s'y prendre pour obtenir des services²⁵⁴. En outre, les médecins peuvent faire fi des symptômes parce que les membres de ces groupes ne correspondent pas au portrait stéréotype du patient souffrant d'un trouble de l'alimentation²⁵⁵. Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations, a expliqué qu'il semble y avoir un « portrait type de la femme qui souffre d'un trouble de l'alimentation. Dans la société canadienne d'aujourd'hui, qui est multiraciale et multiethnique, je pense que le portrait type de la femme souffrant d'un trouble de l'alimentation ne colle plus à la réalité²⁵⁶ ».

De plus, les gens souffrant de troubles de l'alimentation qui cherchent à obtenir de l'aide sont encore confrontés à beaucoup de préjugés tenaces dans certaines familles ayant des règles culturelles très rigides en ce qui concerne la vie privée et l'honneur de la famille²⁵⁷. Enfin, il y a très peu de recherche ou de traitements adaptés à la culture visant des minorités ethniques et visibles précises²⁵⁸.

251 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1530 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1645 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1540 (Josée Champagne); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1615 (D^r Blake Woodside).

252 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014; [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1605 (Elaine Stevenson).

253 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1615 (D^r Blake Woodside).

254 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1710 (Andrea LaMarre, candidate M. Sc., Département des relations familiales et de la nutrition appliquée, Université de Guelph).

255 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Carla Rice).

256 *Ibid.*, 1710.

257 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1650 (Andrea LaMarre).

258 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1550 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1635 (Jarrah Hodge).

Lisa LaBorde, dont la fille est atteinte d'un trouble de l'alimentation, a recommandé une collaboration directe avec les populations minoritaires afin d'aborder les questions qui leur sont propres en matière de santé mentale, plus particulièrement en ce qui a trait aux troubles de l'alimentation²⁵⁹. On a également proposé des campagnes de sensibilisation axées sur ces populations²⁶⁰.

Enfin, les personnes identifiées comme faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre sont aussi susceptibles de faire face à des difficultés bien particulières. Compte tenu de leur identité sexuelle, il peut leur être plus difficile qu'au reste de la population de reconnaître, de diagnostiquer et de traiter un trouble de l'alimentation²⁶¹.

Le Comité a appris que bien des populations marginalisées se heurtent aux mêmes obstacles :

Alors qu'il est « admis » que des membres de groupes non minoritaires (p. ex., jeunes femmes blanches) puissent souffrir de troubles de l'alimentation, ceux appartenant à des minorités (y compris des femmes, des femmes allosexuelles et des hommes issus de minorités raciales ou ethniques) sont considérés littéralement immunisés par leurs familles, leurs amis et les professionnels de la santé²⁶².

Recommandation 17

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour que les Canadiens atteints de troubles de l'alimentation, en particulier ceux habitant dans les régions rurales et éloignées ou appartenant à des populations marginalisées, puissent obtenir de l'information, un diagnostic et un traitement adéquat.

DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS

Le Comité a entendu parler d'un large éventail de problèmes qui nuisent au traitement des personnes souffrant de troubles de l'alimentation. Les témoins ont insisté sur la nécessité de régler ces problèmes étant donné la gravité de la maladie et les avantages d'une intervention rapide et adaptée²⁶³.

A. Formation inadéquate des fournisseurs de soins de santé

Obtenir un diagnostic est l'une des premières (et plus importantes) difficultés auxquelles se butent les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation qui cherchent à

259 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1550 (Merryl Bear).

260 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1600 (Lisa LaBorde).

261 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1635 (Jarrah Hodge).

262 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

263 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 (D^{re} Monique Jericho).

se faire soigner, car elles doivent s'en remettre à leurs fournisseurs de soins de santé²⁶⁴. Or, comme l'a appris le Comité, ces fournisseurs ne sont souvent pas adéquatement formés pour diagnostiquer les troubles de l'alimentation²⁶⁵. Par exemple, les médecins et autres fournisseurs de soins :

- ne cherchent pas nécessairement à vérifier l'existence de troubles de l'alimentation chez les patients qui ne sont pas trop maigres²⁶⁶;
- ne font pas de renvoi si les résultats des analyses sanguines sont normaux²⁶⁷;
- attribuent les symptômes des troubles de l'alimentation à autre chose, comme un faible rythme cardiaque ou la constitution athlétique de la personne²⁶⁸;
- ne connaissent pas les tests qu'ils peuvent demander pour certains patients atteints de troubles de l'alimentation, par exemple les tests de densité osseuse²⁶⁹;
- peuvent refuser les patients atteints en raison de la complexité de la maladie et du temps dont ces patients et leur famille ont besoin²⁷⁰.

Plusieurs témoins ont également informé le Comité de la pénurie de spécialistes compétents en matière de traitement des troubles de l'alimentation²⁷¹.

264 Noelle Martin, « Complément d'information », *Réponse écrite*, 3 mars 2014.

265 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; Noelle Martin, « Complément d'information », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1655 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1625 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1650 (Carla Rice).

266 Noelle Martin, « Complément d'information », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1635 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne).

267 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue).

268 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1530 (Carly Lambert-Crawford).

269 Wendy Preskow, « Recommandations supplémentaires et réponses faisant suite au témoignage », National Initiative for Eating Disorders, *Réponse écrite*, 5 mars 2014.

270 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1540 (D^{re} Wendy Spettigue).

271 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1535 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1610 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside).

B. Manque de programmes de traitement

En ce qui a trait au traitement, des témoins étaient surtout préoccupés par le nombre insuffisant de programmes et le fait qu'ils sont inégalement répartis à l'échelle du Canada²⁷². Certains témoins ont même indiqué qu'il faut parfois envoyer des patients suivre un traitement aux États-Unis en raison de l'absence de services au Canada, précisant que les traitements offerts par nos voisins du Sud sont nettement plus coûteux²⁷³.

Wendy Preskow, fondatrice et porte-parole de NIED, a partagé les propos de sa fille, aux prises avec un trouble de l'alimentation :

Tu es en train de changer le monde des troubles alimentaires au Canada, et peut-être que ma seule raison d'exister était de te donner l'occasion de créer ce changement colossal, et moi alors? Il faudra des années avant qu'un tel centre de traitements de rêve existe au Canada [...] On prend mon poids, puis on me renvoie dans le monde, et je me retrouve exactement dans la même situation que lorsque j'étais une petite fille : j'ai peur de vivre et j'ai autant peur de mourir, j'ai peur de l'inconnu et de vieillir, de perdre et d'être abandonnée²⁷⁴.

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux, compte tenu du caractère délétère des troubles de l'alimentation et du manque de lits pour traiter les malades, soit de fournir des soins aux patients hospitalisés, selon leurs besoins et en temps opportun, soit d'envisager d'assumer le coût des traitements disponibles ailleurs, y compris aux États-Unis, afin que les patients aient accès rapidement aux soins essentiels qu'ils requièrent.

Des témoins ont également mentionné le manque de services offerts aux patients qui, bien que souffrants, ne sont pas « assez malades » pour répondre aux critères d'admissibilité à certains programmes²⁷⁵. Elaine Stevenson, dont la fille est décédée des suites d'un trouble d'anorexie mentale et qui, depuis des années, est porte-parole des personnes atteintes de troubles de l'alimentation, a fait la remarque suivante, « [i]l me

272 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1625 (D^{re} Wendy Spettigue); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 10 décembre 2013, 1655 (Joy Johnson); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1640 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1535 (D^{re} Leora Pinhas); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1615 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1540 (Josée Champagne); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1555 (Jadine Cairns).

273 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1615 (D^{re} Gail McVey).

274 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow).

275 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1640 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1545 (Lisa LaBorde); Noelle Martin, « Complément d'information », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 24 février 2014, 1620 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1710 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge).

semble qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond lorsqu'un système de santé publique n'ouvre ses portes à quelqu'un que lorsqu'il est à l'article de la mort^{276o}».

Ce manque de service, dans le cas des personnes légèrement ou modérément atteintes, est plutôt problématique, puisque la recherche montre qu'une intervention rapide donne de meilleurs résultats²⁷⁷. De plus, le fait de traiter seulement les cas les plus graves s'avère lourd pour les hôpitaux, surtout lorsque les programmes de traitement communautaires se révèlent très efficaces dans bien des cas²⁷⁸. La psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, a informé le Comité que le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario a reçu des fonds pour le « programme de traitement en clinique interne » et le « programme de jour », mais rien pour un « programme en clinique externe » et les « thérapeutes en clinique externe », même si le traitement recommandé est la thérapie familiale en clinique externe. Elle a décrit en ces termes les difficultés associées à son programme : « Si nous nous contentons de traiter les patients médicalement instables à l'hôpital et que nous leur donnons leur congé, leur état ne s'améliore pas », parce qu'il « n'y a pas de ressources communautaires » pour les aider une fois sortis²⁷⁹. Elle a ajouté que « si nous ne prenons en charge que les cas les plus graves, qui s'occupera de tous les autres²⁸⁰? »

Andrea LaMarre, candidate à la maîtrise, a mentionné qu'on manque aussi de données sur les programmes disponibles²⁸¹. Si elles étaient compilées, centralisées et publiquement accessibles, ces données pourraient brosser un portrait plus précis des services offerts et aider les personnes atteintes et leurs parents à trouver des services²⁸².

C. Programmes de traitement inappropriés

Comme on l'a mentionné précédemment, bon nombre de témoins ont indiqué qu'il faut mettre en place des programmes d'intensité variée pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation. Ils ont également précisé que les programmes de traitement s'adressant aux patients aux prises avec de graves troubles de l'alimentation devraient être adaptés selon les groupes visés. Par exemple, la D^{re} Leora Pinhas, psychiatre à l'Hôpital pour enfants de Toronto, a expliqué que des enfants d'à peine 6 ans sont parfois

276 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1605 (Elaine Stevenson).

277 D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 12 février 2014, 1540 (Joanna Anderson).

278 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1605 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1620 (Joanna Anderson).

279 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1605 (D^{re} Wendy Spettigue).

280 *Ibid.*, 1630.

281 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Andrea LaMarre).

282 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1645 (Andrea LaMarre); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1545 (Joanna Anderson).

placés avec des adolescents de 17 ans dans des unités de traitement internes²⁸³. Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations, et Andrea LaMarre, candidate M. Sc., ont affirmé que l'hospitalisation « ne devrait pas être vue comme la première option ou la seule réponse adaptée aux troubles de l'alimentation », car certains patients obtiennent de meilleurs résultats dans un autre cadre²⁸⁴. Par exemple, le Comité a appris que la plupart des patients atteints de troubles somatiques ont le choix entre différents traitements, mais que les patients souffrant de troubles de l'alimentation n'ont souvent pas le choix du traitement offert dans la région; aucune autre possibilité ne s'offre à eux si le seul traitement disponible ne fonctionne pas²⁸⁵.

D. Temps d'attente

Bien des témoins ont parlé des longues périodes d'attente avec lesquelles doivent composer les patients et leur famille. Une personne peut attendre des mois avant de voir un spécialiste après une visite chez son médecin de famille, des mois pour obtenir les résultats de l'évaluation et des mois encore avant d'être admise à un programme en milieu hospitalier²⁸⁶. La psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, a expliqué que les longues périodes d'attente ont de graves répercussions, non seulement sur les patients, mais aussi sur la viabilité des programmes de traitement :

J'ai été la directrice du programme de psychiatrie pendant 14 ans au CHEO. Il y a deux ans, nous avions une liste d'attente d'un an, ce qui est complètement inacceptable, compte tenu des graves complications médicales et psychologiques liées aux troubles de l'alimentation chez les adolescentes. Étant donné qu'une telle attente est inconcevable lorsqu'il s'agit d'enfants malades, nous avons tout simplement décidé de fermer la clinique, en désespoir de cause, et tous les cas ont été renvoyés aux pauvres médecins de famille. Nous avons entrepris ce que nous appelons un « examen de rationalisation » pour voir ce qu'il fallait supprimer afin d'être plus efficaces. À l'avenir, nous ne traiterons plus les personnes qui souffrent d'un trouble de l'alimentation de niveau léger à modéré, même s'il n'y a pas personne d'autre au sein de la communauté qui les prendra en charge. Même s'il faut deux ans à ces enfants pour se rétablir, nous réduirons la durée du traitement à neuf mois²⁸⁷.

Recommandation 19

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour réduire les longues périodes d'attente en vue de l'admission à des programmes de traitement des troubles de l'alimentation partout au pays.

283 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas).

284 Carla Rice et Andrea LaMarre, « Suivi du témoignage sur le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation au Canada », *Réponse écrite*, 10 mars 2014.

285 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1550 (D^{re} Leora Pinhas).

286 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1650 (Wendy Preskow).

287 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1625 (D^{re} Wendy Spettigue).

E. Recherche insuffisante

Selon Elizabeth Phoenix, infirmière praticienne de la FCIISM, l'efficacité des programmes de traitement repose sur la qualité des travaux de recherche²⁸⁸. Les études peuvent servir non seulement à trouver des traitements, mais aussi à mettre au point des programmes²⁸⁹. Dans le même esprit, la D^{re} Monique Jericho, psychiatre et directrice médicale du Calgary Eating Disorder Program, a fait remarquer qu'il y a peu de lignes directrices sur le traitement pharmaceutique des troubles de l'alimentation et qu'il n'existe aucune norme à ce sujet²⁹⁰. Elle a précisé que les cliniciens peuvent tenter de traiter certaines comorbidités, comme la dépression et l'anxiété, avec des médicaments, mais que des études sont nécessaires pour déterminer si ces traitements sont efficaces ou même nécessaires²⁹¹. Les témoins ont recommandé que des études soient réalisées dans le but d'établir des normes nationales fondées sur la recherche en ce qui concerne les soins cliniques appropriés²⁹².

F. Observations additionnelles

Certains témoins ont soulevé d'autres problèmes qui font grandement obstacle aux traitements. Par exemple, selon certains, l'utilisation du poids en tant que critère d'admission à des programmes de traitement peut avoir pour effet d'exacerber l'obsession du patient quant à son poids²⁹³. D'autres ont expliqué qu'en raison de la nature même des troubles de l'alimentation, il est difficile pour les personnes atteintes de demander un traitement. Ces témoins ont décrit la profonde ambivalence quant au traitement que ressentent les personnes atteintes²⁹⁴. Conscientes qu'elles ont besoin d'aide, certaines personnes peuvent s'en abstenir, car la maladie les encourage à conserver leurs mauvaises habitudes alimentaires. Noelle Martin, professeure et diététiste ayant survécu à un trouble de l'alimentation, a donné l'explication suivante :

Pour les gens atteints de troubles de l'alimentation, le choix est difficile. Il est dur pour eux de prendre conscience que la maladie est en train de les tuer, puisqu'elle leur donne,

288 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix).

289 *Ibid.*

290 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1700 (D^{re} Monique Jericho).

291 *Ibid.*

292 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1540 (D^r Blake Woodside); Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014.

293 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1630 (Jarrah Hodge); Noelle Martin, « Complément d'information », *Réponse écrite*, 3 mars 2014.

294 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1545 (D^{re} Lisa Votta-Bleeker); D^{re} Gail McVey, « Les lacunes dans les services de troubles de l'alimentation et recommandations », Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, *Mémoire*, 4 mars 2014; [Témoignages](#), 5 février 2014, 1640 (D^{re} April S. Elliott).

du moins au début, une impression de contrôle. La perte de contrôle qui s'ensuit peut les plonger dans le désespoir et les laisser sans ressources pour trouver la voie à suivre²⁹⁵.

Recommandation 20

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour éliminer les obstacles touchant l'accès au traitement, comme l'absence de bases de données centralisées sur les programmes de traitement, le manque de formation des fournisseurs de soins de santé, le nombre insuffisant de programmes, la distribution inégale des programmes à l'échelle du pays, les longues périodes d'attente avant d'obtenir un traitement, les programmes de traitement inappropriés et l'absence de normes canadiennes de traitement fondées sur la recherche.

Recommandation 21

Que le gouvernement du Canada envisage d'établir des normes cohérentes en ce qui concerne les soins cliniques et les délais d'attente d'un traitement pour les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation.

G. Approches de traitement suggérées

Des témoins ont proposé des solutions pour pallier les difficultés auxquelles font face les personnes souffrant de troubles de l'alimentation qui cherchent à accéder à un traitement. En voici quelques exemples :

- s'assurer que les fournisseurs de soins ont reçu la formation nécessaire pour reconnaître les symptômes des troubles de l'alimentation ainsi qu'aiguiller ou traiter les patients au besoin²⁹⁶;
- inclure suffisamment d'informations sur les troubles de l'alimentation dans les programmes de cours pour les élèves en médecine, en soins infirmiers, en psychologie, en psychiatrie et autres professions du domaine de la santé²⁹⁷;

295 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1535 (Noelle Martin).

296 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1640 (Wendy Preskow); [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1700 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1635 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1540 (Lisa LaBorde); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1545 (Josée Champagne); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1535 (Carly Lambert-Crawford).

297 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1545 (D^{re} Gail McVey); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1550 (Elizabeth Phoenix); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 et 1725 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1640 (D^{re} April S. Elliott).

- établir des normes nationales de traitement des troubles de l'alimentation²⁹⁸;
- faire en sorte qu'un traitement fondé sur la recherche soit accessible en temps opportun aux patients partout au pays²⁹⁹.

PRATIQUES DE TRAITEMENT PROMETTEUSES

Les troubles de l'alimentation sont des maladies très complexes. Des témoins ont avancé qu'il n'y a pas de traitement universellement efficace pour l'anorexie mentale, la boulimie mentale ou la frénésie alimentaire. Ils ont toutefois mentionné des traitements qui s'avèrent prometteurs auprès de certaines populations. Giorgio Tasca, titulaire de la chaire de recherche en psychothérapie, a résumé les pratiques actuelles en matière de traitement en ces termes :

Les interventions psychologiques sont axées sur les meilleures données scientifiques pour traiter les troubles de l'alimentation. La plupart des directives internationales demandent d'appliquer ces traitements en priorité pour les troubles alimentaires. Il est possible de fournir ces traitements aux patientes non hospitalisées qui représentent des cas moins graves. Cependant, il faut donner des soins spécialisés aux patientes atteintes de troubles graves, dont la vie est menacée, qui suivent un programme de jour et qui sont hospitalisées.

Pour connaître du succès, le traitement des troubles alimentaires doit s'appuyer sur un plan exhaustif qui comprend le suivi continu des symptômes et la stabilisation de l'état nutritionnel, des interventions psychologiques mettant à profit la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie et la thérapie familiale, ainsi que la médication dans certains cas³⁰⁰.

A. Thérapie cognitivo-comportementale

Selon le D^r Blake Woodside, directeur médical du programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital général de Toronto, la thérapie cognitivo-comportementale (ou TCC) constitue « l'étalon de référence » en matière de traitement de la boulimie mentale³⁰¹. Des témoins ont indiqué que la TCC est le traitement de première ligne pour les adultes atteints de troubles de l'alimentation³⁰². La TCC vise à amener les patients à comprendre quel est leur raisonnement et comment celui-ci contribue au trouble

298 Laura Beattie, « Étude sur les troubles alimentaires chez les filles et les femmes à l'intention du Comité permanent de la condition féminine », *Mémoire*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1540 (D^r Blake Woodside).

299 [Témoignages](#), 10 février 2014, 1605 (D^{re} Leora Pinhas); Elaine Stevenson, « Troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes », *Réponse écrite*, 3 mars 2014; [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1640 (D^{re} Monique Jericho).

300 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1540 (Giorgio A. Tasca).

301 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1610 (D^r Blake Woodside).

302 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1550 (Carly Lambert-Crawford); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1610 (Giorgio A. Tasca).

de l'alimentation, et à apprendre à changer ce raisonnement pour modifier leurs comportements³⁰³. Certains témoins ont également signalé que la thérapie comportementale dialectique peut être utilisée de pair avec la TCC, surtout auprès des personnes souffrant de boulimie nerveuse³⁰⁴.

Pour un grand nombre de patients, la TCC est un traitement complexe généralement offert par des psychologues, dont les services en pratique privée ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux³⁰⁵. Autrement dit, à moins d'avoir une assurance privée, les personnes doivent payer de leur poche, ce qui représente un obstacle important pour un grand nombre d'entre elles.

Le D^r Woodside a expliqué comme suit la base théorique du traitement de la boulimie nerveuse et de l'anorexie nerveuse :

La frénésie alimentaire qui caractérise la boulimie nerveuse n'est pas une dépendance alimentaire. Il s'agit plutôt d'une réaction à un jeûne, semblable à celle que vous auriez si votre reteniez votre souffle pendant une minute ou deux — vous cherchiez ensuite à respirer pour combler votre manque d'oxygène. Une certaine proportion de la population — environ 5 % — connaîtra de tels épisodes de frénésie alimentaire par suite de jeûne — c'est ce qui rend les gens de ce groupe différents des autres.

Pour traiter une personne boulimique, on doit la nourrir. À notre hôpital de jour, nous lui faisons manger un dîner, une collation d'après-midi et un souper, et nous lui enseignons des stratégies lui permettant de résister aux impulsions de goinfrerie et de purgation, car les impulsions de ce genre, les facteurs de stress et d'autres éléments finissent par s'emmêler. Le traitement consiste essentiellement à nourrir le patient. De manière assez paradoxale, on traite une personne boulimique en la faisant manger. Les personnes qui reçoivent des soins à notre hôpital de jour cessent de vivre des épisodes d'alimentation impulsive au bout d'une ou deux semaines, si elles parviennent à faire ce que nous leur demandons de faire.

À certains égards, pour la plupart, nous traitons l'anorexie nerveuse de la même façon. Les personnes boulimiques n'aiment pas vivre des épisodes de frénésie alimentaire, et feront tout ce qu'elles peuvent pour se débarrasser de cette manie. Toutefois, dans le cas de l'anorexie nerveuse, l'équilibre décisionnel est bien souvent beaucoup plus subtil, car la maladie présente non seulement des désavantages pour la personne malade, mais également des avantages. Ce qui est essentiel, c'est d'aider les gens à s'alimenter et à prendre du poids. Il s'agit du premier changement comportemental que l'on doit susciter.

Par la suite, on doit s'attaquer aux facteurs cognitifs sous-jacents — les points de vue sur le poids, la forme du corps, la nourriture et l'alimentation — qui touchent également les personnes boulimiques, puis on doit se pencher sur les autres problèmes d'ordre

303 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1610 (D^r Blake Woodside).

304 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1725 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1700 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1550 (Carly Lambert-Crawford).

305 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1605 (D^r Blake Woodside).

psychologique qui sont à l'origine de la maladie ou qui y sont liés. Selon leur nature, ce travail peut prendre de nombreuses années³⁰⁶.

Bien que la TCC soit prometteuse, le Comité a appris qu'il n'y a pas d'« approche universelle » pour le traitement des troubles de l'alimentation³⁰⁷. Giorgio Tasca, titulaire de la chaire de recherche en psychothérapie, a expliqué au Comité qu'environ la moitié des patients atteints de boulimie « se portaient mieux grâce à une thérapie cognitivo-comportementale », mais que ce taux se situait autour de 25 ou 30 % pour les patients souffrant d'anorexie mentale³⁰⁸. Selon le D^r Woodside, si elles ont accès à un traitement, de 65 à 70 % des personnes atteintes d'anorexie nerveuse et de 70 à 80 % des personnes atteintes de boulimie nerveuse finiront par guérir³⁰⁹.

B. Thérapie familiale (approche Maudsley)

De nombreux témoins ont informé le Comité que la forme de traitement la plus efficace pour les enfants et les adolescents atteints de troubles de l'alimentation est la thérapie familiale ou l'approche Maudsley³¹⁰, qui tire son nom de l'hôpital Maudsley de Londres, en Angleterre, où le traitement a été mis au point³¹¹. Jadine Cairns, présidente de l'EDAC-ATAC, débordait d'enthousiasme pour cette thérapie, car « cela arrête vraiment la progression » de certains troubles de l'alimentation³¹². Le traitement semble très efficace pour bien des jeunes³¹³, bien que 25 à 30 % des jeunes n'y répondent pas, selon des témoins³¹⁴.

D'après la psychiatre D^{re} Wendy Spettigue, de l'ACPEA, la thérapie familiale a pour avantage d'être peu coûteuse par rapport au traitement en milieu hospitalier³¹⁵. Bien que les coûts soient nettement inférieurs, les parents qui ont fait appel à la thérapie familiale pour aider un enfant à surmonter un trouble de l'alimentation ont indiqué que ce traitement

306 *Ibid.*, 1545.

307 [Témoignages](#), 12 février 2014, 1650 (Andrea LaMarre).

308 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1610 (Giorgio A. Tasca).

309 [Témoignages](#), 28 novembre 2013, 1535 (D^r Blake Woodside).

310 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1700 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1720 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 12 février 2014, 1725 (D^{re} Monique Jericho); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1625 (Merryl Bear); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1635 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1555 (Jadine Cairns); [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1555 (Carly Lambert-Crawford); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1720 (Laura Beattie).

311 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1655 (Laura Beattie).

312 [Témoignages](#), 26 février 2014, 1550 (Jadine Cairns).

313 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1700 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 5 février 2014, 1700 (D^{re} April S. Elliott); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1605 (D^{re} Wendy Spettigue); [Témoignages](#), 26 février 2014, 1555 (Jadine Cairns).

314 [Témoignages](#), 5 février 2014, 1710 (D^{re} Debra Katzman); [Témoignages](#), 24 février 2014, 1635 (D^{re} Wendy Spettigue).

315 [Témoignages](#), 24 février 2014, 1605 (D^{re} Wendy Spettigue).

représentait un lourd fardeau financier pour eux³¹⁶. Malgré leur emballement pour l'efficacité du traitement, les parents, y compris Lisa LaBorde, ont précisé qu'ils avaient à supporter un fardeau encore plus lourd sur le plan émotif :

[Les parents doivent] être des murs de brique incontournables, fort de [leur] amour, de [leur] compassion et de [leur] force. Le rôle de parents prend une tournure différente et rien dans votre passé ne vous prépare à cela. Cela va à l'encontre de tous nos instincts, car plutôt que de cajoler son enfant nous devons lui tenir tête dans une situation de détresse extrême. Avec le temps, on obtient des résultats et le poids grimpe. Ainsi, au fur et à mesure de la guérison, on voit revenir l'enfant à ce qu'il était. La vigilance doit être constante. Ma fille a dormi dans mon lit pendant huit mois. Je l'ai observée au cours de chaque repas pendant des mois. La courbe d'apprentissage est raide. L'expérience est dure pour une famille. Tout le monde la ressent: les frères et sœurs, les conjoints, les grands-parents. L'expérience isole les familles. On constate une stigmatisation et on ressent de la honte. La plupart des gens ne comprennent tout simplement pas. Votre monde alors se rétrécit [...] Les parents sont capables de faire cela, mais il leur faut un réseau d'appui. Ils ne peuvent pas y parvenir seuls et ils ne devraient pas avoir à le faire³¹⁷.

Un autre parent, Laura Beattie, présidente du F.E.A.S.T. Canada Task Force, a décrit en ces termes le processus de réalimentation, un des volets les plus difficiles de la thérapie familiale :

Premièrement, j'aimerais que vous pensiez à ce qui vous fait le plus peur au monde. Vous pouvez probablement éviter cette situation anxiogène. Nous exposons notre fille à ce qui lui fait le plus peur, mais elle ne pouvait pas refuser la nourriture, car elle en serait morte. Notre fille pleurait, hurlait, crachait, frappait, égratignait, criait que c'était trop de nourriture, qu'elle avait mal au ventre, qu'elle voulait mourir. Elle lançait des assiettes pleines de nourriture. Ensuite, elle devenait catatonique. On aurait dit une scène du film *L'Exorciste*. Les repas pouvaient durer des heures, mais la nourriture est un remède. Nous avons appris à distinguer le trouble de l'alimentation de notre propre fille. Notre instinct nous dicte d'éviter de mettre en colère ou de faire souffrir notre enfant, mais pendant la réalimentation, nous n'avons pas le choix. On ne peut pas faire entendre raison à un trouble de l'alimentation. Ce n'était pas du gavage, ce n'était pas punitif. C'était simplement un besoin, et nous faisons tout en notre pouvoir pour y répondre. La vie s'arrête tant que la personne ne mange pas. Il n'y a pas d'alternative : la solution passe par l'alimentation. Et si la personne refuse de manger, le plan B est mis en branle: une visite à l'urgence pour procéder à l'alimentation par sonde naso-gastrique, ou encore un appel à l'unité de crise mobile³¹⁸.

Très franche lorsqu'elle racontait le stress lié à la thérapie familiale, M^{me} Beattie était tout aussi candide en parlant de la réussite de sa fille : « Notre fille souriait et était moins repliée sur elle-même à l'école. Elle avait recommencé à chanter. Pendant les cinq mois suivants, grâce à l'appui du Programme de traitement familial et à notre participation

316 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1605 (Lisa LaBorde); [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1550 (Laura Beattie).

317 [Témoignages](#), 5 mars 2014, 1545 (Lisa LaBorde).

318 [Témoignages](#), 3 mars 2014, 1550 (Laura Beattie).

subséquente à un programme de traitement multifamilial d'un an, nous avons réussi à rétablir le poids de ma fille et à la mettre sur la voie de la guérison³¹⁹. »

Recommandation 22

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants afin que les programmes communautaires misent sur des approches intégrées en matière de traitement, à titre de pratiques exemplaires reconnues, qui incluent les membres de la famille et les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation.

Recommandation 23

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants afin d'envisager de considérer comme une pratique exemplaire le traitement des patients par des équipes médicales multidisciplinaires possédant une expérience et une expertise en matière de traitement des troubles de l'alimentation.

Recommandation 24

Que le gouvernement du Canada envisage d'améliorer la recherche sur le traitement des troubles de l'alimentation, notamment par la stimulation cérébrale profonde et la stimulation magnétique transcrânienne.

Recommandation 25

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants afin d'encourager les autorités compétentes à examiner les programmes d'hospitalisation en résidence, de manière à ce que les patients soient traités assez longtemps pour contrôler leur trouble de l'alimentation, avant d'être renvoyés chez eux, contribuant ainsi à favoriser une guérison optimale et durable.

319 *Ibid.*, 1600.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada envisage d'appuyer la recherche sur l'impact des messages véhiculés par les médias et de la publicité destinée aux enfants, de même que sur l'incidence et les conséquences de la définition actuelle restreinte de la beauté dans la société. 18

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada encourage les établissements d'enseignement à promouvoir la littératie des médias auprès des enfants afin que ces derniers soient mieux à même de jeter un regard critique sur les contenus et messages véhiculés et de les remettre en question. 18

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires dans le but d'envisager une révision des critères médicaux pour la définition du poids normal, afin d'aller plus loin que les mesures quantitatives telles que l'indice de masse corporelle. 21

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada revoie l'information qu'il fournit en matière nutritionnelle pour permettre une plus grande ouverture dans l'interprétation des lignes directrices sur les « bons » et les « mauvais » aliments, dans le but de contribuer à prévenir les conséquences imprévues, comme le développement de troubles de l'alimentation chez des enfants dès l'âge de cinq ans, que l'on soupçonne d'être attribuables aux directives actuelles. 21

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires afin d'envisager la possibilité d'élaborer une campagne d'information et de sensibilisation axée sur la santé et le bien-être, destinée à la fois aux écoles et aux médias sociaux, pour favoriser une bonne estime de soi dans le but de se prémunir contre les troubles de l'alimentation; et que cette campagne inclue une composante sur la littératie médiatique pour contrer les images projetées par les médias grand public. 25

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada envisage d'établir un cadre fédéral, appuyé par un registre public central en ligne qui servirait à recueillir de l'information, des données statistiques et des pratiques exemplaires sur les symptômes, les diagnostics et les traitements auprès des provinces et territoires, ainsi qu'à leur transmettre ces renseignements, et à sensibiliser les gens à la prévalence des troubles de l'alimentation au Canada. Ceci permettrait d'éliminer les lacunes touchant la collecte et l'analyse de données sur les troubles de l'alimentation et d'obtenir une vue d'ensemble de l'incidence et de la prévalence de ces maladies et des services offerts au Canada. 26

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec la Commission de la santé mentale, envisage de faire participer les personnes atteintes de troubles de l'alimentation, leur famille et les intervenants concernés aux discussions et aux tables rondes sur la santé mentale. 28

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour veiller à ce que les programmes de formation médicale (médecine, soins infirmiers, psychologie, psychiatrie et autres) comprennent suffisamment d'information sur les troubles de l'alimentation, afin de sensibiliser les gens à ces troubles et de combattre les stéréotypes et la stigmatisation qui y sont associés. 28

Recommandation 9

Le Comité reconnaît la nécessité d'avoir un groupe, comme la National Initiative for Eating Disorders, qui se porte à la défense des intérêts des personnes atteintes de troubles de l'alimentation et sensibilise la population à ce problème. 29

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada reconnaisse comme étant une pratique exemplaire la disponibilité des ressources sur les troubles de l'alimentation qui permettent de naviguer dans le système de soins de santé physique et mentale afin de trouver des services de qualité en temps opportun, et aussi pour aider les personnes malades et les familles à se retrouver dans le système. 31

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour mieux faire comprendre les troubles de l'alimentation dans le domaine des soins de santé. L'Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, qui offre de l'information et du soutien aux professionnels de la santé et qui les encourage et les aide à prendre soin des personnes souffrant de troubles de l'alimentation, est un modèle à suivre. 37

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés afin de reconnaître qu'il y a, dans la société canadienne et dans le milieu de la santé, un manque de compréhension et une stigmatisation des troubles de l'alimentation. 37

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour encourager la mise en place d'équipes multidisciplinaires, qui pourraient se composer, entre autres, de diététistes, de psychiatres, de psychologues et d'autres thérapeutes, pour assurer un traitement de qualité, notamment pour les troubles concomitants. 41

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada envisage de mettre en place un centre d'excellence ou une chaire nationale de recherche sur les troubles de l'alimentation et qu'il augmente le financement accordé pour la recherche sur cette maladie. 44

Recommandation 15

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour s'assurer que toutes les administrations transmettent les données sur les troubles de l'alimentation à l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces données couvriraient environ 59 % de toutes les visites dans huit administrations. 44

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour s'assurer que les données sur les activités des cliniques de soins primaires et des cliniques communautaires soient recueillies et transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé. 44

Recommandation 17

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour que les Canadiens atteints de troubles de l'alimentation, en particulier ceux habitant dans les régions rurales et éloignées ou appartenant à des populations marginalisées, puissent obtenir de l'information, un diagnostic et un traitement adéquat..... 46

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux, compte tenu du caractère délétère des troubles de l'alimentation et du manque de lits pour traiter les malades, soit de fournir des soins aux patients hospitalisés, selon leurs besoins et en temps opportun, soit d'envisager d'assumer le coût des traitements disponibles ailleurs, y compris aux États-Unis, afin que les patients aient accès rapidement aux soins essentiels qu'ils requièrent. 48

Recommandation 19

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour réduire les longues périodes d'attente en vue de l'admission à des programmes de traitement des troubles de l'alimentation partout au pays. 50

Recommandation 20

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés pour éliminer les obstacles touchant l'accès au traitement, comme l'absence de bases de données centralisées sur les programmes de traitement, le manque de formation des fournisseurs de soins de santé, le nombre insuffisant de programmes, la distribution inégale des programmes à l'échelle du pays, les longues périodes d'attente avant d'obtenir un traitement, les programmes de traitement inappropriés et l'absence de normes canadiennes de traitement fondées sur la recherche..... 52

Recommandation 21

Que le gouvernement du Canada envisage d'établir des normes cohérentes en ce qui concerne les soins cliniques et les délais d'attente d'un traitement pour les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation..... 52

Recommandation 22

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants afin que les programmes communautaires misent sur des approches intégrées en matière de traitement, à titre de pratiques exemplaires reconnues, qui incluent les membres de la famille et les personnes souffrant d'un trouble de l'alimentation..... 57

Recommandation 23

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants afin d'envisager de considérer comme une pratique exemplaire le traitement des patients par des équipes médicales multidisciplinaires possédant une expérience et une expertise en matière de traitement des troubles de l'alimentation. 57

Recommandation 24

Que le gouvernement du Canada envisage d'améliorer la recherche sur le traitement des troubles de l'alimentation, notamment par la stimulation cérébrale profonde et la stimulation magnétique transcrânienne..... 57

Recommandation 25

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants afin d'encourager les autorités compétentes à examiner les programmes d'hospitalisation en résidence, de manière à ce que les patients soient traités assez longtemps pour contrôler leur trouble de l'alimentation, avant d'être renvoyés chez eux, contribuant ainsi à favoriser une guérison optimale et durable..... 57

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Hôpital général de Toronto D^r Blake Woodside, directeur médical Programme des troubles de l'alimentation</p>	2013/11/28	5
<p>Instituts de recherche en santé du Canada Joy Johnson, directrice scientifique Institut de la santé des femmes et des hommes</p> <p>Ministère de la Santé Hasan Hutchinson, directeur général Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments</p> <p>Agence de la santé publique du Canada Marla Israel, directrice générale par intérim Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques</p> <p>Condition féminine Canada Sébastien Goupil, directeur général Politiques et relations extérieures</p> <p>Linda Savoie, directrice générale Programme de promotion de la femme et des opérations régionales</p>	2013/12/10	8
<p>National Eating Disorder Information Centre Merryl Bear, directrice</p> <p>University of Calgary D^{re} April S. Elliott, professeure agrégée en pédiatrie, chef de médecine de l'adolescence Département de pédiatrie et psychiatrie</p> <p>University of Toronto D^{re} Debra Katzman, professeure en pédiatrie Division de la médecine de l'adolescence, Département de la pédiatrie</p>	2014/02/05	10
<p>Hospital for Sick Children D^{re} Gail McVey, chercheure associée agrégée Community Health Systems Resource Group, directrice, Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders</p> <p>D^{re} Leora Pinhas, psychiatre Département de psychiatrie</p>	2014/02/10	11

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>National Initiative for Eating Disorders Wendy Preskow, fondatrice et représentante</p>	2014/02/10	11
<p>Women, Action and the Media Vancouver Jarrah Hodge</p>		
<p>Alberta Health Services D^{re} Monique Jericho, psychiatre et directrice médicale Calgary Eating Disorder Program</p>	2014/02/12	12
<p>Registered Dietitian Services Noelle Martin, présidente Professeure, Brescia University College, Western University</p>		
<p>Sheena's Place Joanna Anderson, directrice exécutive</p>		
<p>University of Guelph Andrea LaMarre, candidate m.sc. Department of Family Relations & Applied Nutrition Carla Rice, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins, le sexe et les relations Department of Family Relations & Applied Nutrition</p>		
<p>Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent D^{re} Wendy Spettigue, psychiatre</p>	2014/02/24	13
<p>Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale Elizabeth Phoenix, infirmière praticienne et infirmière clinicienne spécialisée</p>		
<p>Société canadienne de psychologie Giorgio A. Tasca, Chaire de recherche en psychothérapie Université d'Ottawa et Hôpital d'Ottawa Lisa Votta-Bleeker, adjointe à la chef de la direction et directrice Direction générale de la science</p>		
<p>Anorexie et boulimie Québec Josée Champagne, directrice générale</p>	2014/02/26	14
<p>Réseau d'action des femmes handicapées du Canada Bonnie L. Brayton, directrice nationale</p>		
<p>Association des troubles alimentaires du Canada Jadine Cairns, présidente</p>		

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel Arthur Boese	2014/02/26	14
Alyssa Stevenson Eating Disorder Memorial Trust Elaine Stevenson, coadministratrice	2014/03/03	15
Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders Canada Task Force Laura Beattie, vice-présidente		
Université d'Ottawa Valerie Steeves, professeure associée		
À titre personnel Patricia Lemoine		
À titre personnel Lisa LaBorde Carly Lambert-Crawford	2014/03/05	16

ANNEXE B

LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et individus

Commission canadienne de la santé mentale

Families Empowered and Supporting Treatment of Eating Disorders Canada Task Force

Institut canadien d'information sur la santé

Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders

Société canadienne de psychologie

WaterStone Clinic for Eating Disorders

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents ([réunions n^{os} 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30, 31 et 32](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Hélène LeBlanc

Rapport dissident : Étude sur les troubles de l'alimentation du FEWO

À l'été 2014, l'Institut canadien d'information sur la santé a publié un rapport indiquant que les taux d'hospitalisation chez les jeunes filles âgées de 10 à 19 ans avaient augmenté de 42 % en l'espace de seulement deux ans. Les témoignages recueillis tout au long de l'étude sur les troubles de l'alimentation réalisée par le Comité permanent de la condition féminine ont révélé une hausse de la prévalence et de la gravité de la maladie au Canada, tant chez les hommes que les femmes. Pourtant, il y a très peu de fonds pour le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation. Résultat : les gens sont mal informés, des cas ne sont pas diagnostiqués et les temps d'attente pour obtenir un traitement sont inacceptables. **Les néo-démocrates déplorent la situation de crise qui semble nuire au traitement des troubles de l'alimentation au Canada et estiment qu'il faut agir.**

Absence de leadership du gouvernement fédéral

Tout en reconnaissant que les soins de santé relèvent surtout de la compétence des provinces, les néo-démocrates estiment que le gouvernement fédéral doit travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour protéger et élargir le régime universel et public de soins de santé. L'étude révèle que le gouvernement fédéral n'exerce presque pas de leadership pour défendre les victimes de troubles de l'alimentation. Aucun ministère ou organisme ne finance directement les activités de sensibilisation, de prévention et de traitement. Un financement modeste a été offert, par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé, afin d'appuyer deux projets de recherche depuis 2006. En fait, le gouvernement fédéral fait preuve de si peu d'initiative que les ministères et les organismes hésitaient à comparaître devant le Comité et n'avaient presque rien à dire. De toute évidence, il est possible, et même nécessaire, d'en faire plus pour améliorer le soutien offert aux personnes qui souffrent de troubles de l'alimentation, aux professionnels de la santé qui les soignent et aux membres de la famille qui prennent soin d'eux, ainsi que pour améliorer l'accès aux services. **Les néo-démocrates recommandent que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces, les territoires, les communautés autochtones, les patients et les organismes concernés afin d'accroître et d'améliorer les ressources consacrées au traitement des troubles de l'alimentation et aux activités de sensibilisation connexes.**

Marginalisation fondée sur le sexe nuisant à la santé des femmes

Les néo-démocrates redoutent que le peu de ressources consacrées à la lutte contre les troubles de l'alimentation comparativement à celles dédiées à des maladies ayant des taux de mortalité semblables soit révélateur du manque de programmes ciblés pour les femmes dans le secteur des soins de santé et dans la société en général. Pour reprendre les propos de D^r Blake Woodside, un médecin de renom spécialisé dans le traitement des troubles de l'alimentation qui a comparu devant le Comité, « si l'anorexie touchait les hommes d'âge moyen, il y aurait une clinique dans tous les hôpitaux du pays, mais parce qu'il s'agit d'un trouble mental chez les jeunes femmes, cette maladie fait l'objet de discrimination ».

Le gouvernement conservateur a manifesté un profond mépris pour la santé des femmes à plusieurs reprises. En 2012, les conservateurs ont éliminé le financement du Programme de contribution pour la

santé des femmes, abolissant ainsi une source de soutien financier pour le traitement de maladies qui touchent surtout les femmes, comme les troubles d'alimentation. Autre exemple : en avril 2012, le ministre de la Santé a décidé unilatéralement d'éliminer le financement accordé à des programmes axés sur la santé des femmes autochtones. **Les néo-démocrates recommandent au gouvernement du Canada d'annuler ces compressions et de prendre d'autres mesures, par l'entremise de Santé Canada, de Condition féminine Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, afin de veiller à ce que la santé des femmes soit assurée grâce à des ressources adéquates, à des projets de recherche, des programmes financés et des campagnes de sensibilisation.**

Les néo-démocrates sont particulièrement troublés par la recommandation 18, à savoir que le gouvernement encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à payer les coûts des traitements offerts aux États-Unis. Les conservateurs ont réduit par des milliards de dollars le financement des services de soins de santé, obligeant les provinces à en faire plus avec moins d'argent. Il est inacceptable de penser à encourager les provinces à envoyer les patients à l'étranger après des compressions aussi terribles. Ces services doivent être offerts dans les collectivités canadiennes. **Nous devons travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de nous assurer qu'ils ont les ressources nécessaires pour offrir des soins de qualité accessibles aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation.**

De plus, le lien entre l'image négative qu'une personne se fait de son corps, les messages malsains véhiculés par la société et les troubles de l'alimentation est bien connu. Plusieurs témoins ont émis de graves préoccupations au sujet des industries de plusieurs milliards de dollars qui exploitent l'insécurité et la haine de soi des jeunes filles et des femmes. On a aussi recommandé de revoir les campagnes fédérales de promotion d'une saine alimentation pour qu'elles n'aient pas pour effet malencontreux de « condamner » les rondeurs chez les jeunes filles et garçons, qui développeront plus tard des troubles de l'alimentation. Les nouveaux médias doivent être intégrés aux pratiques de sensibilisation, qui doivent s'étendre aux communautés ethniques et autochtones. **Selon les néo-démocrates, le gouvernement fédéral doit assumer un rôle de leadership solide par l'entremise de Condition féminine Canada pour s'attaquer aux causes profondes des troubles de l'alimentation et de l'inégalité entre les sexes.**

Les conservateurs ne font rien pour améliorer les soins de santé mentale

Les troubles de l'alimentation sont des maladies mentales aux taux de mortalité extrêmement élevés. Or, comme c'est le cas pour tous les autres troubles de santé mentale, le manque d'attention porté par le gouvernement, en combinaison avec d'autres facteurs, comme les préjugés, a pour effet d'isoler les patients souffrant de troubles de l'alimentation. Un très faible nombre d'entre eux reçoivent en fait des services de santé mentale au Canada. La Commission de la santé mentale du gouvernement a créé une stratégie en matière de santé mentale en 2012, mais le gouvernement conservateur n'a pas encore pleinement mis en œuvre ses recommandations. **Les néo-démocrates demandent au gouvernement du Canada d'agir dès maintenant pour mettre en œuvre les recommandations faites par la Commission de la santé mentale du Canada dans la Stratégie en matière de santé mentale de 2012 et de suivre les six orientations stratégiques mentionnées dans la Stratégie.**

Aucun accès, aucune information

Plusieurs des témoins ayant comparu devant le Comité ont mentionné l'absence totale d'activités ciblées de sensibilisation, de prévention et de traitement des troubles alimentaires à l'échelle communautaire. Les troubles de l'alimentation touchent des personnes de toutes les origines ethniques et classes socio-économiques. Pourtant, il n'y a pas de services axés sur les Autochtones, les minorités raciales, les nouveaux immigrants ou la communauté LGBTQ. Le traitement doit être rendu accessible à toutes les personnes au Canada, peu importe leur identité ou leur classe. **Les néo-démocrates recommandent que les programmes de sensibilisation, de prévention et de traitement soient établis en tenant compte des besoins culturels particuliers de toutes les minorités au Canada, en collaboration avec ces groupes grâce à des campagnes ciblées.**

Il y a trop peu de ressources pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation à l'extérieur des grands centres urbains du Canada. Pour les femmes à faible revenu ou les parents de jeunes enfants en particulier, il est presque impossible d'obtenir un traitement. Il n'y a aucun centre de traitement dans les régions du Nord, au Labrador ou à l'Île-du-Prince-Édouard. **Les néo-démocrates recommandent que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces, les territoires et les collectivités autochtones pour que des services de traitement des troubles de l'alimentation soient offerts dans toutes les provinces, notamment dans les régions isolées du Nord et les régions rurales.**

RAPPORT DISSIDENT DU PARTI LIBÉRAL DU CANADA :
LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES AU CANADA

Kirsty Duncan, députée d'Etobicoke-Nord

INTRODUCTION

Par le présent rapport dissident, nous tenons d'abord à remercier tous les témoins ayant comparu devant le Comité. Plusieurs d'entre eux vivaient ou avaient vécu avec un trouble de l'alimentation, et beaucoup prodiguaient des soins. Ils ont aussi été nombreux à partager des moments souvent difficiles de leur vie dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie d'autres Canadiens. Avec ce rapport, nous rendons hommage à la compassion et au courage dont ils ont fait preuve ainsi qu'à leur désir profond de changements réels.

Nous voulons aussi exprimer notre gratitude aux nombreux travailleurs et organismes œuvrant dans le domaine de la santé, venus témoigner au nom de ceux qu'ils traitent et avec qui ils travaillent afin de réclamer plus d'aide pour les Canadiens souffrant de troubles de l'alimentation.

Il est regrettable que, dès le début, cette étude ait pris la forme d'un exercice politique destiné à amadouer un certain électorat – pour faire croire que des mesures allaient être prises. Les Canadiens sont en droit de demander pourquoi le gouvernement, qui a la majorité au Comité permanent de la condition féminine, a relégué les troubles de l'alimentation au second plan. En effet, les troubles de l'alimentation constituent de graves problèmes de santé mentale et ils auraient dû être étudiés par le Comité permanent de la santé. La triste réalité, c'est que l'anorexie mentale est associée au taux de mortalité le plus élevé parmi toutes les maladies mentales. Les femmes souffrant d'anorexie courent 12 fois plus de risques de mourir que les autres femmes du même âge qui ne sont pas atteintes de ce trouble.

Les Canadiens devraient aussi savoir que même si les jeunes femmes sont exposées à un risque élevé et qu'elles ont tendance à être plus touchées par les troubles de l'alimentation,

un nombre croissant de garçons et d'hommes souffrent des mêmes maux. En effet, une vaste étude américaine portant sur des enfants âgés de 9 à 14 ans a révélé que 13,4 % des filles et 7,1 % des garçons présentaient des troubles du comportement alimentaire.

Bien que le rapport reflète fidèlement les témoignages, il est profondément frustrant de voir qu'il fait l'impasse sur les recommandations majeures formulées par les témoins, à savoir : 1) que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés afin d'élaborer une stratégie pancanadienne de lutte contre les troubles de l'alimentation prévoyant, entre autres, le diagnostic précoce et l'accès à la gamme complète des soins requis; 2) d'établir un registre national; 3) de lancer un programme de recherche exhaustif.

Qui plus est, trois verbes ressortent souvent dans ce rapport : « envisager », « encourager » et « reconnaître ». En effet, sur les 25 recommandations, huit appellent le gouvernement à « envisager » et six autres lui demandent soit d'« encourager » soit de « reconnaître »; autant dire que dans 14 des 25 recommandations – soit dans 56 % d'entre elles –, on demande au gouvernement de ne prendre absolument aucune mesure. Cela ne reflète pas du tout les déclarations des témoins qui ont sollicité instamment de vrais changements.

La recommandation 4 est tout simplement redondante, puisqu'elle demande au gouvernement de faire quelque chose dont les fonctionnaires ont déjà pleinement conscience. La recommandation 7 aussi est redondante, car j'ai informé le Comité que j'avais appelé personnellement la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), l'été dernier, lorsque j'ai appris que les processus de consultation ne prévoyaient rien sur la question des troubles de l'alimentation. La CSMC s'est engagée à prendre contact avec les organismes œuvrant en faveur des personnes atteintes de troubles de l'alimentation, et elle a d'ailleurs assuré un suivi téléphonique. La recommandation 9 est purement politique, parce qu'elle ne reconnaît qu'un seul groupe de défense des intérêts des personnes souffrant de troubles de l'alimentation. Mais ce qu'il y a de plus déconcertant encore, c'est qu'on ne reconnaît pas, dans cette recommandation, que les groupes de défense ont besoin de financement, ce que les témoins nous ont pourtant répété à de multiples reprises.

Ce gouvernement invoque toujours les obstacles juridictionnels pour justifier son inaction en matière de santé, bien qu'il ait la capacité de réunir les provinces et les territoires afin de discuter de moyens d'action. Pourtant, il veut : 1) encourager les établissements d'enseignement à promouvoir la littératie des médias auprès des enfants, alors qu'il n'en a pas la compétence (recommandation 2); 2) veiller à ce que les programmes de formation médicale comprennent suffisamment d'information sur les troubles de l'alimentation (recommandation 8), alors que, là non plus, il n'a pas compétence en la matière; 3) mieux faire comprendre les troubles de l'alimentation dans le domaine des soins de santé (recommandation 11).

Il est extrêmement décevant que les recommandations 13, 23 et 25, qui pourraient toutes permettre d'aider véritablement les personnes atteintes de troubles de l'alimentation et leur famille, aient été édulcorées pour n'être réduites respectivement qu'à « encourager », « envisager de considérer » et « encourager à examiner ».

Bref, le rapport maintient le statu quo et omet de reprendre les recommandations des témoins, d'où la nécessité du présent rapport dissident.

Si, selon le gouvernement, le statu quo est acceptable et fonctionne, pourquoi, alors, une si longue étude et un rapport aussi volumineux ont-ils été nécessaires? À quoi a-t-il servi que je passe mon été à m'occuper de cas de personnes souffrant de troubles de l'alimentation en danger de mort qui m'avaient été signalés par des organismes de défense et des parents ayant désespérément besoin d'aide?

Ce rapport aurait pu être beaucoup plus percutant s'il avait contenu des recommandations visant à s'attaquer véritablement aux troubles de l'alimentation – au lieu de se contenter de « formules ambiguës » qui n'appellent pas à des interventions absolument nécessaires.

Dans sa forme actuelle, le rapport ne renferme que 6 recommandations sur 25 (soit les recommandations 15, 16, 17, 19, 20 et 22) susceptibles de briser le statu quo et d'enclencher de vrais changements.

CE QUE LES TÉMOINS ONT DEMANDÉ

Les Canadiens atteints de troubles de l'alimentation et les professionnels de la santé ont demandé que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants concernés au développement d'une base de données centralisée de programmes de traitement. Ils ont aussi demandé qu'il travaille avec ses homologues provinciaux et territoriaux afin de relever les défis liés au traitement des troubles de l'alimentation, comme le nombre insuffisant et la distribution inégale des programmes à l'échelle du pays, les délais d'attente excessifs et l'absence de normes canadiennes de traitement fondées sur la recherche.

Les Canadiens vivant avec un trouble de l'alimentation et leur famille ont demandé des ressources pour les aider à naviguer et à s'orienter dans le monde déroutant et écrasant dans lequel ils sont pris. Les familles et les professionnels de la santé ont réclamé la création d'équipes multidisciplinaires et des solutions pour faire face au coût très élevé des traitements.

Les praticiens et les chercheurs en santé ont plaidé en faveur de l'établissement d'un registre national sur les troubles de l'alimentation et de l'élimination des lacunes touchant la collecte et l'analyse des données afin d'obtenir une bonne vue d'ensemble de l'incidence et de la prévalence de ces graves problèmes de santé mentale.

Les familles réclament une campagne d'information afin de sensibiliser les professionnels et d'autres groupes désignés par les intervenants à ces problèmes. Leur but est de mieux faire comprendre les troubles de l'alimentation ainsi que les difficultés et les conditions auxquelles les personnes concernées sont confrontées, et de combattre les stéréotypes et la stigmatisation associés à ces troubles. Partout au Canada, des parents s'inquiètent pour la santé de leurs enfants, mais ils craignent aussi de perdre leur emploi et même leur logement.

De plus, tous les intervenants ont demandé la mise sur pied d'une campagne d'information sur la santé et le bien-être afin de promouvoir une image positive de soi pour se protéger contre les troubles de l'alimentation, campagne qui inclurait un volet sur la littératie médiatique pour contrer un idéal inatteignable de beauté et de minceur.

Les praticiens et les chercheurs en santé ont demandé également que le gouvernement envisage la création d'une chaire nationale de recherche sur les troubles de l'alimentation et qu'il augmente le financement de la recherche dans ce domaine.

En février, le gouvernement de l'Ontario a annoncé le lancement dans la province du premier programme à long terme financé par des fonds publics de traitement en clinique interne des troubles de l'alimentation – qui prévoit pour l'instant la mise à disposition de 12 lits pour traiter des enfants et des adolescents. Cela signifie qu'au moins quelques Ontariens souffrant de ce genre de troubles ne seront plus forcés d'aller à l'étranger pour obtenir des soins privés et de revenir ensuite au pays sans pouvoir bénéficier d'un suivi adéquat. Mais qu'en est-il, par exemple, des provinces de l'Atlantique et des Prairies?

QUESTIONS EN SUSPENS

Les Canadiens se demanderont pourquoi les coûts économiques et humains astronomiques des troubles de l'alimentation (et la façon dont ils se comparent aux maigres investissements en recherche) ne sont pas mentionnés dans le rapport. Cela inclut les coûts hebdomadaires non couverts des rendez-vous chez les psychologues et les nutritionnistes, et le fait de ne pouvoir travailler ou se loger correctement. Quels coûts les troubles de l'alimentation font-ils peser sur le système de soins de santé?

Les Canadiens sont aussi en droit de se demander pourquoi sur les 4 100 psychiatres que compte le Canada, seulement 12 sont spécialisés dans les troubles de l'alimentation; et pourquoi chaque province canadienne n'offre pas un ensemble complet de soins pour traiter les troubles de l'alimentation – depuis les soins ambulatoires jusqu'aux soins à long terme d'hospitalisation en résidence.

CONCLUSION

Malheureusement, peu de choses ont changé depuis 25 ans. Les Canadiens souffrant de troubles de l'alimentation et leur famille sont toujours aux prises avec des difficultés. Les garçons et les filles, les jeunes hommes et femmes s'entendent dire encore qu'ils ont le choix et qu'ils n'ont qu'à se nourrir. On continue de blâmer les parents, et les familles ne cessent de réclamer des programmes de sensibilisation qui permettraient aux professionnels de la santé de première ligne de reconnaître les troubles de l'alimentation, d'intervenir rapidement et de donner accès aux soins.

Il est impensable que de nos jours les familles se demandent encore vers qui se tourner pour trouver de l'aide, alors que nous savons qu'un diagnostic et un accès précoces aux soins de santé permettent d'accroître considérablement les chances de guérison. Si les troubles de l'alimentation ne sont pas détectés ou traités dès leurs premières manifestations, ils deviennent chroniques, débilissants et peuvent même engager le pronostic vital.

Pour toutes ces raisons, les Canadiens atteints de troubles de l'alimentation et leur famille attendent beaucoup du rapport du Comité permanent de la condition féminine sur les troubles de l'alimentation. Ils veulent savoir si leurs plaidoyers ont bien été entendus et si des recommandations concrètes seront émises pour aider les familles en difficulté — parce que le statu quo est inacceptable.

On ne peut réaliser de progrès tangibles, dans la lutte contre les troubles de l'alimentation, sans une volonté politique d'agir. Or, ce rapport manque de recommandations de fond donnant une orientation claire au gouvernement.