



TROUBLES DE L'ALIMENTATION*

E. Gucciardi, M.Sc.S., N. Celasun, maîtrise en hygiène publique, Ph.D., F. Ahmad, MBBS, maîtrise en hygiène publique (University Health Network), D.E. Stewart, M.D., FRCPC (University of Toronto)

Historique

Les troubles de l'alimentation constituent un problème de santé publique qui ne cesse de croître parmi les jeunes filles : [1] ils peuvent produire de sérieux problèmes physiques tels que l'hypothermie, l'hypotension, le déséquilibre électrolytique, les perturbations des fonctions endocriniennes et la déficience rénale. Les femmes avec des troubles de l'alimentation courent également le risque d'avoir des problèmes psychologiques et sociaux à long terme, incluant la dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool et d'autres drogues et le suicide. Les coûts sont élevés en termes de qualité de vie, de perte de productivité, de gravité des problèmes médicaux et de mortalité. [2]

Les troubles cliniques de l'alimentation comprennent l'anorexie mentale et la boulimie. [3] L'anorexie se caractérise par un régime très maigre en calories qui produit une masse corporelle au-dessous de la norme statur pondérale d'au moins 85 %. [3] La boulimie se caractérise par de nombreuses fluctuations dans le poids et par des épisodes récurrents de frénésie compulsive suivie de vomissements auto-induits, de purge, de jeûne, de consommation de laxatifs et d'exercices physiques excessifs dans l'espoir d'éviter une prise de poids. [3] Les troubles de l'alimentation non précisés ailleurs comprennent des comportements tels que le régime chronique, la purge et la frénésie alimentaire, qui ne répondent pas à tous les critères des troubles spécifiques de l'alimentation; [3] ils sont deux à cinq fois plus courants que les troubles cliniques de l'alimentation.

Les troubles de l'alimentation constituent un grand problème qui touche les femmes. Selon les données recueillies dans le Supplément de la santé mentale à l'Enquête sur la santé en Ontario, on a estimé à 1,1 % la prévalence à vie de la boulimie (selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e révision [DSM-III-R]) en 1990 chez les femmes entre 15 et 65 ans. [4] En 1995, 95 % des cas anorexiques hospitalisés déclarés et plus de 90 % des cas boulimiques hospitalisés en Ontario étaient des femmes. [5]

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



En plus des troubles de l'alimentation, la préoccupation par le poids et l'image du corps et les troubles de concept de soi sont plus prévalents chez les femmes que chez les hommes. [4, 6-9] Les facteurs personnels, de comportement et socio-environnementaux, tels que l'image négative du corps, la sous-estimation de soi, la peur de grossir, le régime chronique et les pressions sociales pour être mince, constituent des facteurs de risque connus. [1, 6, 10-13]

Image du corps

Les filles s'inquiètent de plus en plus de l'image de leur corps et de leur poids et taille au fur et à mesure qu'elles grandissent et deviennent plus conscientes de la préférence sociétale accordée à la taille mince. [4, 6-9] Les images des femmes dans les médias et la culture populaire mettent de la pression sur les jeunes filles vulnérables, qui les pousse à être à la hauteur de ces attentes, sans égard à leur constitution corporelle naturelle. [8, 9] En Colombie-Britannique, on a constaté que vers 18 ans, 80 % des filles de tous poids ont déclaré vouloir peser moins. [15, 16] Une étude de la population en milieu scolaire incluant 1 739 adolescentes de 12 à 18 ans à Toronto, Hamilton et Ottawa a révélé que 23 % des participantes ont déclaré suivre un régime courant pour perdre du poids, 15 % avaient une frénésie alimentaire, 8,2 % adoptaient la méthode du vomissement auto-induit et 2,4 % prenaient des médicaments d'amaigrissement. [17]

Les adolescentes ne sont pas les seules à se préoccuper de leur taille et poids, les enfants aussi. Une étude canadienne récente en milieu scolaire a constaté que 34 % des filles en phase prépubertaire, 36 % des filles en phase intermédiaire de l'enfance et 76 % des filles en phase postpubertaire étaient insatisfaites de leur taille. [11] Dans une enquête sur les comportements liés à l'alimentation et à la consommation du tabac chez les filles et les garçons de la quatrième à la huitième classe dans le sud-ouest de l'Ontario et à Charlottetown, plus de 25 % des participants de chaque classe ont déclaré ne pas prendre de petits déjeuners tous les jours, avec une hausse marquée chez les filles allant en septième classe. [18] Une mauvaise alimentation des enfants peut nuire à leur santé, contribuer aux maladies chroniques plus tard et souvent, peut persister à l'adolescence et à l'âge adulte puisqu'il est difficile de changer ses habitudes alimentaires une fois celles-ci ancrées. [18]

Morbidité

La famine associée à l'anorexie et les vomissements chroniques souvent associés à la boulimie peuvent causer de sérieux problèmes médicaux, tels que l'hypothermie, l'hypotension, l'anémie, l'ostéoporose, les troubles des fonctions endocriniennes, la déshydratation, les calculs rénaux, l'alcalose métabolique et les caries dentaires. [1] Les filles et les femmes qui ont des troubles de l'alimentation courent également un plus grand risque d'irrégularités menstruelles telles que l'aménorrhée, la stérilité, [19, 20] les fausses couches et les complications fœtales telles que les naissances prématurées, l'insuffisance de poids à la naissance, les malformations et les faibles indices Apgar. [1, 20-23]

Les mères qui ont ou avaient connu des troubles de l'alimentation peuvent également créer des modèles de comportement anormaux lorsqu'elles nourrissent leurs enfants, entre autres des horaires d'alimentation irréguliers, des repas détachés non interactifs et l'utilisation de la nourriture à des fins non nutritives, ce qui peut donner naissance à une seconde génération avec des troubles d'alimentation. [24-27]

Morbidité psychologique

En plus de la dépression, de l'anxiété et des troubles compulsifs obsessionnels, les troubles de l'alimentation sont également associés à la réduction de la libido, au trouble du sommeil, à l'irritation et aux tentatives de suicide. [3, 28, 29] Les femmes en Ontario souffrant de boulimie ont des taux d'anxiété, de dépression et de consommation abusive d'alcool plus élevés que ceux des femmes qui ne sont pas boulimiques. [3, 4, 29, 30] L'abus d'alcool et d'autres drogues et la consommation du tabac sont beaucoup plus dominants chez les adolescentes qui ont des troubles de l'alimentation que chez celles qui ont des habitudes alimentaires saines. [3, 17, 28] Selon une récente analyse du Sondage de 1997 sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario, les adolescentes qui trouvaient qu'elles avaient un surpoids étaient presque 50 % plus susceptibles de fumer que celles qui s'estimaient moyennes ou trop minces, alors que chez les participants de sexe masculin, le poids n'était pas associé à la consommation de tabac. [31] Plusieurs études ont suggéré une association entre l'expérience traumatique (abus sexuel ou physique) et l'automutilation plus tard. Une étude récente a révélé que les patients avec des troubles de l'alimentation affichent un risque d'automutilation à vie de plus de 30 %. [32]

Mortalité

Le taux de décès à la suite d'anorexie est plus élevé que le taux de décès à la suite de boulimie en raison des complications de la famine et des troubles des fonctions électrolytes ou du suicide. [33, 34] Un examen récent a signalé un taux de mortalité de 0,6 % à la suite d'anorexie, comparativement à 0,3 % à la suite de boulimie. [35] Une étude longitudinale américaine (un suivi de 21 ans) auprès de 84 femmes souffrant d'anorexie a signalé 14 décès (16,7 %), dont 12 liés directement à l'anorexie; le taux de décès observé était 9,8 fois plus élevé que prévu. [6]

Statut socio-économique

Bien que les études réalisées auparavant au Canada et aux États-Unis aient démontré des différences en matière de niveau d'études et de statut socio-économique dans la prévalence de l'obésité, [36-38] la relation entre les troubles de l'alimentation et le statut socio-économique reste ambiguë. [17, 39] Jones et al. [17] ont remarqué que le statut socio-économique n'est pas associé de façon considérable aux troubles de l'alimentation chez une population ontarienne en milieu scolaire (n = 530), des résultats qui sont compatibles avec ceux des études antérieures et qui peuvent refléter la puissante influence des médias sur tous les groupes socio-économiques. [39]

Sous-groupes ethniques

Les croyances et les attitudes culturelles sont d'importants facteurs qui contribuent au développement des troubles de l'alimentation. [40] Toutefois, la recherche canadienne sur les troubles de l'alimentation et l'origine ethnique est extrêmement limitée.

Selon quelques études, les croyances culturelles peuvent réellement protéger les groupes ethniques contre les troubles de l'alimentation, mais leurs effets peuvent se dissiper lorsque les adolescents font face aux pressions de l'acculturation. [41] Une étude récente des femmes américaines d'origine mexicaine a révélé que la deuxième génération des femmes a affiché les troubles alimentaires les plus prononcés et le plus haut niveau d'acculturation pour s'intégrer dans la culture américaine. [42] Les changements culturels (chez les immigrants par exemple) peuvent également accroître la vulnérabilité aux troubles de l'alimentation. [43, 44]

Cette étude

Cette étude présente les données de l'ENSP et des bases de données nationales pour analyser le fardeau des troubles de l'alimentation au Canada et pour explorer les différences entre l'attitude des femmes et des hommes à l'égard du poids.



Méthodes

ENSP

Dans le cadre de cette analyse, l'ENSP, 1996-1997 (voir l'annexe qui contient les détails sur les méthodes de collecte des données de l'ENSP) a sélectionné des femmes et des hommes de 20 à 64 ans, excluant les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,9 mètre) ou plus de 6 pieds et 11 pouces (2,1 mètres). Toutes les données ont été pondérées pour représenter la population totale à la date de chaque enquête.

On a demandé aux répondants qui estiment leur poids supérieur ou inférieur à la norme de nous indiquer le poids qu'ils souhaitent avoir. On a analysé les réponses selon quatre catégories de l'indice de masse corporelle (IMC) — poids inférieur à la norme (IMC < 20), poids acceptable (IMC 20 à 25), un certain excès de poids ((IMC 25 à 27) et poids supérieur à la norme (IMC > 27).

ICIS

Nous avons extrait, à partir de la base de données de l'ICIS, toutes les sorties de 1994 à 1999 dont le code de la CIM-9 est 307.1 (anorexie mentale) et 307.5 (boulimie et autres troubles de l'alimentation non précisés), et nous avons examiné les taux bruts des hospitalisations, les taux selon l'âge et les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge par 100 000 sorties à l'échelle des provinces et des territoires. De plus, nous avons également examiné les taux selon l'âge concernant la comorbidité des troubles dépressifs (code 311 de la CIM-9) chez les cas sortis de l'hôpital en 2000 à la suite de troubles de l'alimentation.

Résultats

Prévalence

Il est difficile de déterminer la prévalence des troubles de l'alimentation, car il se peut que plusieurs personnes ne sachent même pas qu'elles ont des troubles de l'alimentation, ou elles hésitent à se faire examiner ou n'ont pas été hospitalisées. Bien que la recherche épidémiologique puisse estimer approximativement la prévalence des troubles de l'alimentation au sein d'une population, le manque de méthodologies normalisées et d'échantillons communautaires produit des estimations discordantes.

Les données sur l'hospitalisation constituent l'information la plus récente et accessible qui soit disponible. Cependant, on n'y enregistre que les cas sévères, non les individus avec des troubles de l'alimentation qui se rendent éventuellement aux cliniques ou consultent le médecin de famille, utilisent les services aux patients externes dispensés par les hôpitaux ou ne les utilisent pas du tout. Il n'existe actuellement pas de processus pour recueillir cette information de façon systématique partout au Canada. En conséquence, le nombre de cas obtenus à partir des données sur l'hospitalisation est une sous-estimation.

Entre 1994 et 1999, les sorties brutes des patientes hospitalisées au Canada à la suite d'un diagnostic d'anorexie, de boulimie ou d'autres troubles de l'alimentation non précisés semblent avoir augmenté quelque peu de 4,7 %, de 10,2 à 10,7 par 100 000 femmes (figure 1). Bien que les taux soient nettement inférieurs chez les hommes, ils ont aussi augmenté légèrement de 4,8 % au cours de la même période, de 0,6 à 0,7 par 100 000 hommes (figure 1). Ces hausses peuvent être attribuées à une plus grande sensibilisation aux troubles de l'alimentation et à leur détection ainsi qu'à de meilleurs programmes thérapeutiques spécialisés à l'intention des patients hospitalisés.

À l'échelle du Canada, les taux normalisés selon l'âge des sorties des femmes à la suite de troubles de l'alimentation étaient les plus élevés en Colombie-Britannique (15,9 par 100 000 femmes) et au Nouveau-Brunswick (15,1), et les plus bas en Saskatchewan et en Alberta (8,6) (figure 2).

Différences entre les femmes et les hommes

Les données de l'ENSP de 1996-1997 portent à croire que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à souhaiter peser moins que leur poids réel (figure 3). Les femmes dont l'IMC était acceptable (entre 20 et 25) voulaient perdre 5,3 kg en moyenne, alors que les hommes au même IMC souhaitaient gagner 2,2 kg en moyenne. Les femmes dont l'IMC se situe entre 25 et 27 ou plus voulaient perdre en moyenne encore plus de poids que les hommes (8,7 kg par rapport à 5,2 kg et 17,2 par rapport à 12,4 kg respectivement). De même, les femmes qui affichaient une insuffisance de poids (IMC inférieur à 20) voulaient gagner en moyenne moins de poids que les hommes dans la même catégorie (3,6 kg par rapport à 8,9 kg).

Dépression

En 2000, l'ENSP de 1998-1999 a révélé que la prévalence de la dépression chez les femmes hospitalisées avec un diagnostic d'anorexie (11,54 %) ou de boulimie (15,36 %) était plus de deux fois supérieure à la prévalence de la dépression chez les femmes en général (5,7 %). [45] (Veuillez vous référer au chapitre « Dépression » pour consulter les taux de dépression de la population générale.) Dans le cas de l'anorexie comme de la boulimie, la prévalence la plus élevée de la dépression était enregistrée chez les femmes entre 25 et 39 ans (figure 4).

Sous-groupes vulnérables

Bien que les femmes de tous âges connaissent des problèmes d'image du corps et des troubles de l'alimentation, les jeunes femmes affichent les taux d'hospitalisation les plus élevés à la suite de troubles de l'alimentation. Les adolescentes entre 15 et 19 ans affichent les taux de sorties les plus élevés selon l'âge (65,5 par 100 000 femmes), suivies des filles entre 10 et 14 ans. Les taux baissent lentement avec l'âge (figure 5). Plusieurs jeunes femmes ne répondent pas aux critères des troubles de l'alimentation, mais elles peuvent toujours avoir des symptômes subcliniques (irrégularité dans les comportements alimentaires) qui sont susceptibles de nuire à leur santé. [7-9]

Discussions

Limite des données

On a fait cas de plusieurs restrictions au cours de la révision de l'ouvrage : manque de données longitudinales, de groupes de comparaison appropriés, de grands échantillons et d'analyse des groupes ethniques. Comme la plupart des études s'appuyaient sur des échantillons cliniques, il était difficile de généraliser les résultats à toute la population. De plus, un bon nombre de ces études étaient transversales et limitées dans l'établissement des liens causals.

Les données de l'ICIS sur les sorties d'hôpitaux fournissent l'information sur le nombre de fois qu'un diagnostic est prononcé, non sur le nombre de personnes avec le diagnostic, situation qui donne lieu à des enregistrements doubles. On n'a pas pu obtenir des taux comparatifs internationaux sur les troubles de l'alimentation, mais on peut formuler deux recommandations.

Recommandations

- Il faudrait recueillir les données sur les troubles de l'alimentation chez les Canadiennes, incluant la prévalence et les facteurs de risque au sein des sous-groupes tels que les personnes handicapées, les immigrantes et les femmes des minorités visibles.
- Il faudrait réaliser des évaluations transculturelles et longitudinales des attitudes et comportements vis-à-vis des troubles de l'alimentation, et ce, en grands échantillons de la collectivité, pour surveiller les tendances, examiner les facteurs de protection et de non-protection, et assister dans l'élaboration et la planification de programmes préventifs et thérapeutiques.



Références

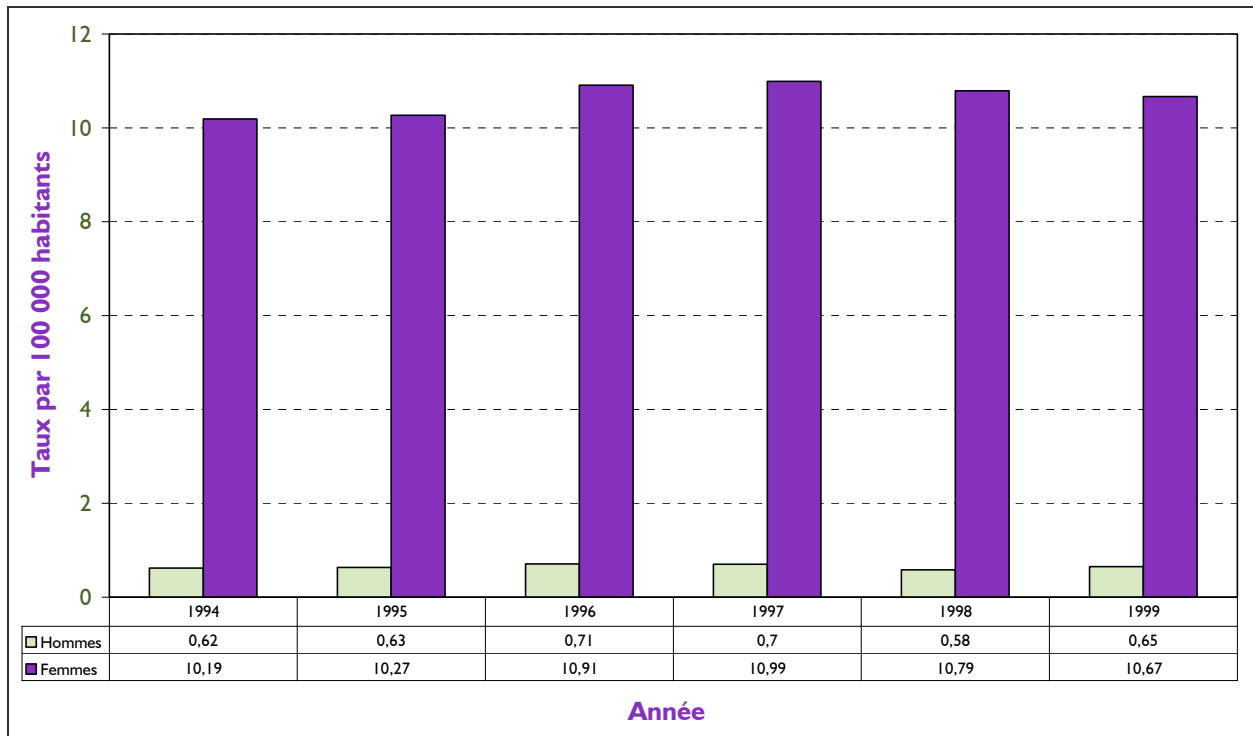
1. Affenito SG, Kerstetter J. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: women's health and nutrition. *J Am Diet Assoc* 1999;99(6):738-51.
2. Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med* 2001;31(5):881-90.
3. American Psychiatric Association. *Eating disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
4. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):1052-58.
5. Gucciardi E, Stewart DE. *Eating disorders*. In: Stewart DE, Cheung A, Ferris L et al (eds). 2002, 94-104.
6. Friedman SS. Girls in the 90s: a gender-based model for eating disorder prevention. *Patient Educ Couns* 1998;33(3):217-24.
7. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des femmes. *Un effort conjoint pour la santé des femmes*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1993.
8. Hoskins ML, Dellebuur K. *Consuming identities: young women, eating disorders and the media*. Vancouver: BC Centre for Excellence for Women's Health, 2000.
9. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(11):1184-89.
10. Jarry JL. The meaning of body image for women with eating disorders. *Revue canadienne de psychiatrie* 1998;43(4):367-74.
11. Geist R, Heinmaa M, Katzman D, Stephens D. A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program. *Revue canadienne de psychiatrie* 1999;44(4):374-78.
12. Lechky O. Epidemic of childhood obesity may cause major public health problems, doctor warns. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1994;150(1):78-81.
13. Steiger H, Gauvin L, Jabalpurwala S, Seguin JR, Stotland S. Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: relationship to binge eating. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(5):765-75.
14. Thompson AM, Chad KE. The relationship of pubertal status to body image, social physique anxiety, preoccupation with weight and nutritional status in young females. *Revue canadienne de santé publique* 2000;91(3):207-11.
15. Rosen DS, Neumark-Sztainer D. Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *J Adolesc Health* 1998;23(6):354-63.
16. The McCreary Centre Society. Adolescent health survey II: province of British Columbia. Vancouver: McCreary Centre Society, 1999.
17. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2001;165(5):547-52.

18. Evers S, Taylor J, Manske S, Midgett C. Eating and smoking behaviours of school children in southwestern Ontario and Charlottetown, PEI. *Revue canadienne de santé publique* 2001; 92(6):433-36.
19. Girardon N, Corcos M. Eating disorders. Osteoporosis and infertility after anorexia nervosa. *Presse Medicale* 1999;28(2):103-5.
20. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163(4 Pt 1):1196-99.
21. Aneshensel C, Frerichs R, Clark V. Family roles and sex differences in depression. *J Health and Social Behaviour* 1981;22:379-93.
22. Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia nervosa during pregnancy: a review. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(4):448-54.
23. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE et al. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1194-98.
24. Agras WS, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders* 1999;25(3):253-62.
25. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1999;25(2):123-33.
26. Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychol Med* 2000;30(169):69-77.
27. Stewart DE. Reproductive functions in eating disorders. *Ann Med* 1992;24(4):287-91.
28. Goldbloom DS, Garfinkel PE. Anorexia nervosa and bulimia nervosa—diagnostic issues and risk factors. In: Kennedy S (ed). *Handbook of eating disorders*. Toronto: University of Toronto, 1993.
29. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S et al. Purging and nonpurging forms of bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders* 1996;20(3):231-38.
30. Toner BB, Garfinkel PE, Garner DM. Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *Int J Psychiatry Med* 1988;18(4):357-64.
31. Winter A, de Guia NA, Ferrence R et al. The relationship between body weight perceptions, weight control behaviors and smoking status among adolescents. *Revue canadienne de santé publique* 2002.;93(5):362-65.
32. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:408-11.
33. Crow S, Praus B, Thuras P. Mortality from eating disorders—a 5- to 10-year record linkage study. *Int J Eat Disord* 1999;26:97-101.
34. Vitiello B, Lederhendler I. Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biolog Psychiatry* 2000;47:777-86.
35. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154:321.
36. Lauderdale DS, Rathouz PJ. Body mass index in a US national sample of Asian Americans: effects of nativity, years since immigration and socioeconomic status. *Int J Obes Related Metabol Dis* 2000;24(9):1188-94.



37. Reeder BA, Chen Y, Macdonald SM et al. Regional and rural-urban differences in obesity in Canada. Canadian Heart and Health Surveys Research Group. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;157(suppl):1510-16.
38. Robinson TN, Chang JY, Haydel KF et al. Overweight concerns and body dissatisfaction among third-grade children: the impacts of ethnicity and socioeconomic status. *J Pediatrics* 2001;138(2):181-187.
39. Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE et al. The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1997;22:15-23.
40. Farrales L, Chapman GE. Filipino women living in Canada: constructing meaning of body, food and health. *Health Care Women Int* 1999;20:179-94.
41. Pumariega AJ. Acculturation and eating attitudes in adolescent girls: a comparative and correlational study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:276-79.
42. Chamorro R, Flores-Ortiz Y. Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American women. *Int J Eat Disord* 2000;28:125-29.
43. Cairney J, Ostbye T. Time since immigration and excess body weight. *Revue canadienne de santé publique* 1999;90:120.
44. Van den BS, Vandereycken W. Risk factors for the development of eating disorders in adolescent exchange students: an exploratory survey. *J Adolesc* 1986;9:145-50.
45. Statistique Canada. *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa : Ministère de l'industrie, 2000.

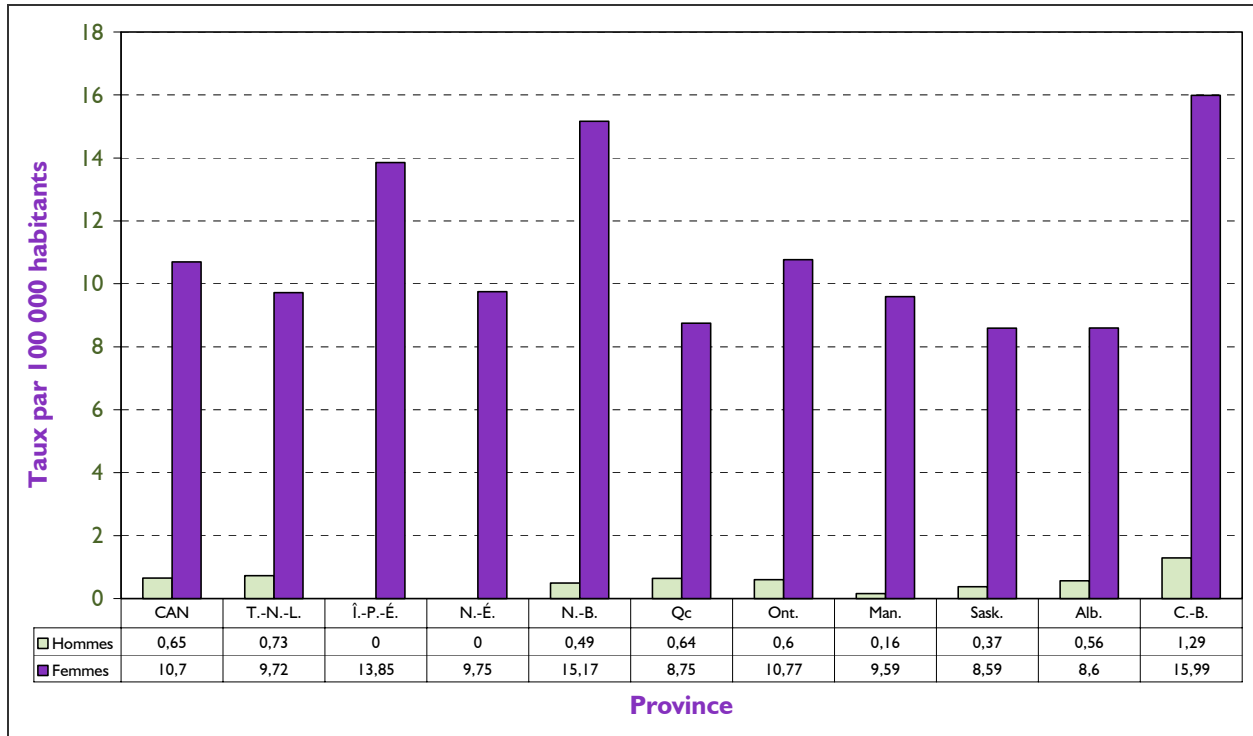
Figure 1 : Taux brut canadien de sortie des patients hospitalisés par 100 000 habitants à la suite d'anorexie, de boulimie ou de troubles de l'alimentation non précisés ailleurs, de 1994 à 1999



Source : Institut canadien d'information sur la santé

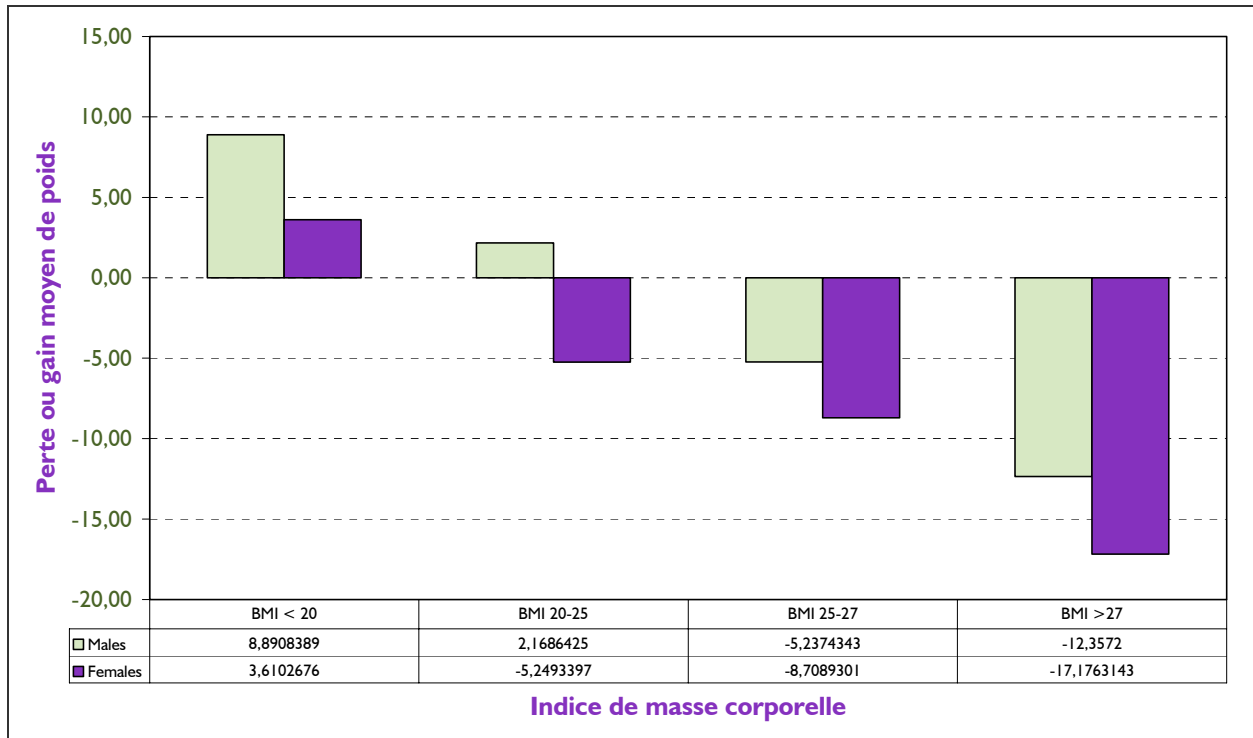


Figure 2 : Taux brut canadien de sortie des patients hospitalisés par 100 000 habitants à la suite d'anorexie, de boulimie ou de troubles de l'alimentation non précisé ailleurs, par province, de 1994 à 1999



Source : Institut canadien d'information sur la santé

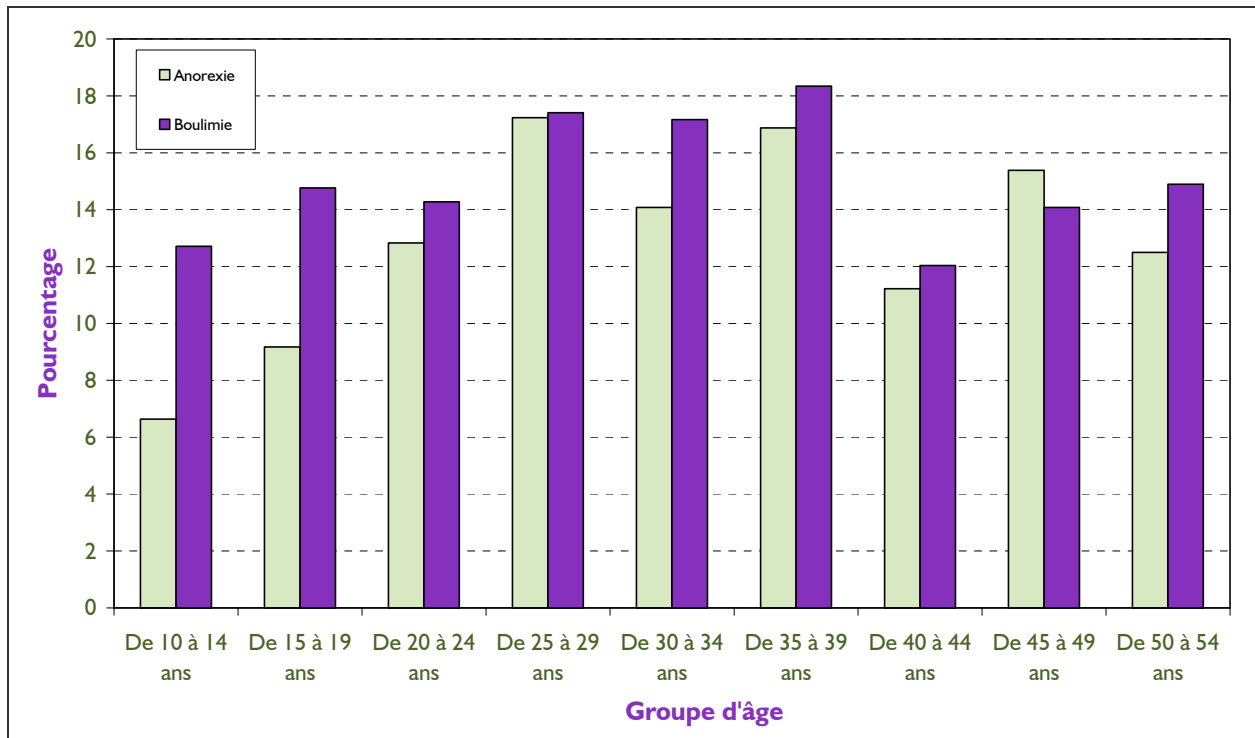
Figure 3 : Perte ou gain moyen de poids souhaité selon la catégorie de l'indice de masse corporelle et le sexe



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

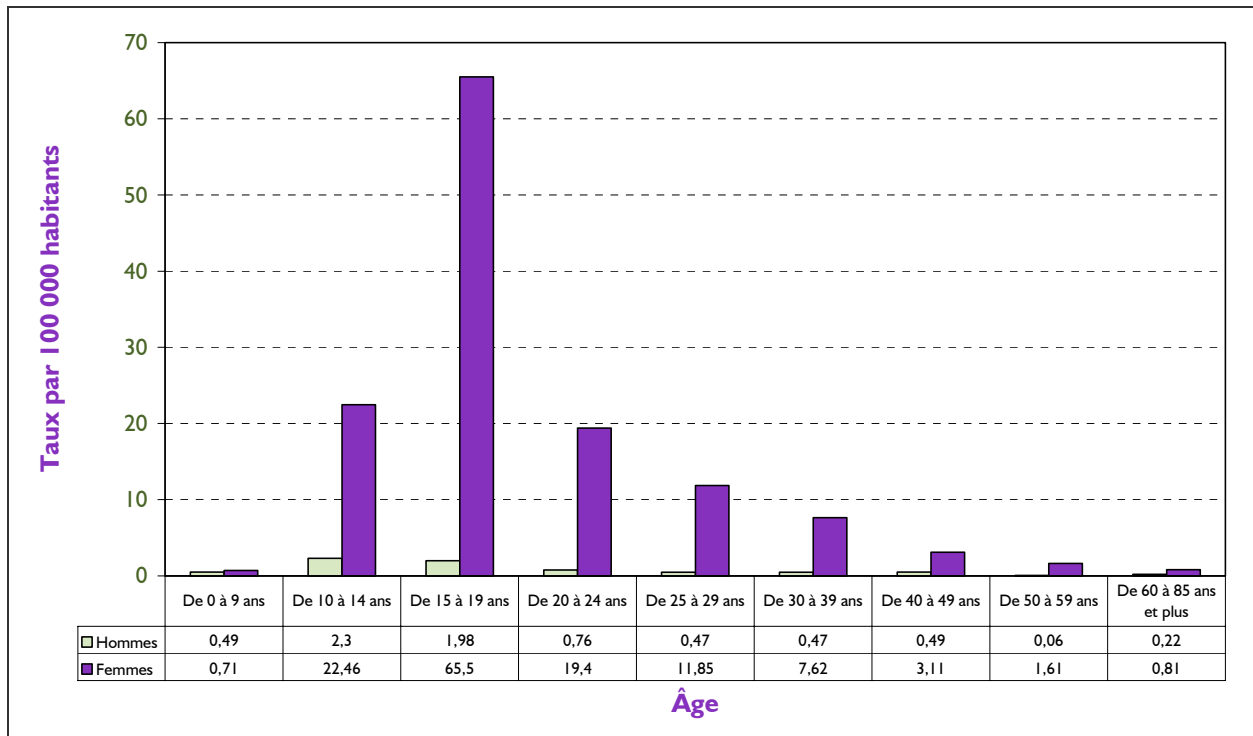


Figure 4 : Prévalence de la dépression spécifique selon l'âge des Canadiennes hospitalisées souffrant d'anorexie, de boulimie ou d'autres troubles de l'alimentation non précisés ailleurs, 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé

Figure 5 : Taux brut canadien de sortie spécifique selon l'âge par 100 000 habitants à la suite d'anorexie, de boulimie ou de troubles de l'alimentation non précisés ailleurs, de 1994 à 1999



Source : Institut canadien de l'information sur la santé