

Troubles alimentaires

Soins pour les personnes de tous âges

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins pour les personnes de tous âges souffrant d'anorexie mentale, de boulimie mentale ou d'hyperphagie boulimique. Elle s'applique à tous les milieux de soins.

Bien que de nombreux énoncés puissent s'appliquer au trouble de l'alimentation évitante/restrictive, ainsi qu'à d'autres troubles de l'alimentation précisés ou non précisés, cette norme de qualité ne traite pas directement de la gestion de ces affections. Cette norme de qualité ne traite pas du pica ou du mérycisme.

Les normes de qualité [Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes](#) et [Transitions entre l'hôpital et la maison](#) de Santé Ontario donnent des directives supplémentaires sur les transitions des soins et peuvent s'appliquer aux personnes atteintes de troubles alimentaires.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète

Les personnes présentant des signes et des symptômes de troubles alimentaires ont accès en temps opportun à des évaluations exhaustives de leur santé mentale et physique. L'évaluation sert à déterminer si ces personnes souffrent d'un trouble alimentaire précis, ainsi que la gravité de leurs symptômes, le degré de déficience et la présence d'autres troubles comorbides. Cela permet d'établir un plan de soins.

Énoncé de qualité 2 : Niveau de soins

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire reçoivent le niveau de soins le mieux adapté, ce qui tient compte de leurs besoins, de leurs objectifs et de leur expérience par rapport au traitement précédent.

Énoncé de qualité 3 : Transition des jeunes vers les services de santé pour adultes

Les jeunes adultes atteints d'un trouble alimentaire qui passeront d'un service pour jeunes à un service pour adultes bénéficient de soins transitoires axés sur la continuité pour les aider à acquérir de l'autonomie.

Énoncé de qualité 4 : Psychothérapie

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire bénéficient d'un accès rapide à une psychothérapie fondée sur les données probantes qui tient compte des personnes et préférences individuelles.

Énoncé de qualité 5 : Surveillance et stabilisation médicale

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire font l'objet d'une surveillance médicale continue pour prévenir et traiter les éventuels événements indésirables et complications. On leur propose une stabilisation médicale aiguë si celle-ci est indiquée.

Énoncé de qualité 6 : Soutien aux familles et aux soignants

Les familles et aidants des personnes atteintes d'un trouble alimentaire se voient offrir des ressources, un soutien structuré et de l'information de façon à répondre à leurs besoins.

Énoncé de qualité 7 : Comorbidités physiques, de santé mentale et de dépendance

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui présentent des problèmes comorbides de santé physique, de santé mentale et de toxicomanie bénéficient d'un traitement pour leur trouble alimentaire et leurs autres affections dans le cadre d'un plan de soins exhaustif.

Énoncé de qualité 8 : Promouvoir l'équité

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire bénéficient de soins offerts par des fournisseurs de soins de santé et un système de santé utilisant une approche antiracisme, antidiscrimination, antistigmatisation et anti-oppression. Les fournisseurs de soins de santé encouragent une culture fondée sur la compassion, la prise en compte des traumatismes, l'absence de préjugés et le respect de la diversité des personnes. Ils doivent établir un climat de confiance avec les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et aidants, œuvrer à faire tomber les obstacles à l'accès aux soins et fournir des soins de façon équitable.

Énoncé de qualité 9 : Soins pour les personnes ne recevant pas de traitement actif

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui ne reçoivent pas de traitement actif se voient offrir une surveillance médicale, un soutien et un suivi répondant à leurs besoins et leurs préférences.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	1
Remarque relative à la terminologie.....	5
Justification de la nécessité de cette norme.....	5
Mesure à l'appui de l'amélioration.....	7
Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales.....	7
Indicateur ne peut être mesuré qu'à l'aide de données locales.....	8
Énoncés de qualité pour améliorer les soins.....	9
Évaluation complète	10
Niveau de soins.....	17
Transition des jeunes vers les services de santé pour adultes.....	22
Psychothérapie.....	26
Surveillance et stabilisation médicale	31
Soutien aux familles et aidants.....	34
Problèmes comorbides de santé physique, de santé mentale et de toxicomanie	37
Promouvoir l'équité	40
Soins offerts aux personnes ne recevant pas de traitement.....	46
Appendices	49
Appendice 1. À propos de cette norme de qualité.....	50
Appendice 2. Mesure à l'appui de l'amélioration	53
Appendice 3. Glossaire.....	61
Appendice 4. Valeurs et principes directeurs	63
Remerciements	66
Comité consultatif	66
Références.....	68
À propos de nous	74
Équité, inclusion, diversité et antiracisme	74

Remarque relative à la terminologie

Les termes « famille et aidants » utilisés dans la présente norme de qualité englobent toutes les personnes faisant partie du réseau de soutien du patient, y compris les parents, les proches, les enfants, les frères et sœurs, des amis ou des préposés aux services de soutien, qui participeront aux soins.

En raison de l'association négative avec les pensionnats pour enfants autochtones tout au long de la période coloniale au Canada, le terme « residential treatment » n'est pas utilisé dans la version anglaise de cette norme de qualité. Pour les traitements nécessitant 24 heures de soins dans un établissement n'étant pas un hôpital de soins actifs, le terme « live-in treatment » (traitement sur place) est utilisé pour les enfants, les jeunes et les adultes.

Justification de la nécessité de cette norme

Les troubles alimentaires représentent des maladies graves entraînant des complications médicales et de santé mentale importantes, et peuvent être difficiles à traiter. Parmi ces troubles, on compte l'anorexie mentale, la boulimie mentale, l'hyperphagie boulimique, le trouble de l'alimentation évitante/restrictive et d'autres troubles de l'alimentation précisés et non précisés, comme le trouble des méthodes compensatoires ou l'anorexie mentale atypique.¹⁻³

Cette norme de qualité sera axée sur l'anorexie mentale, la boulimie mentale et l'hyperphagie boulimique, car les données probantes de directives de pratique clinique pour les autres types de troubles de l'alimentation sont insuffisantes. Les troubles alimentaires représentent le plus fort taux de mortalité parmi tous les troubles de la santé mentale rencontrés chez les jeunes femmes.^{4,5} Le suicide est la deuxième cause de décès chez les personnes souffrant d'anorexie mentale, et on constate des comportements suicidaires accrus chez les personnes atteintes de boulimie mentale et d'hyperphagie boulimique par rapport à la population générale.⁶

Des troubles alimentaires non traités peuvent devenir chroniques et entraîner des complications médicales à court et à long terme, y compris des problèmes cardiovasculaires et rénaux, des troubles gastro-intestinaux, des anomalies électrolytiques et liquidiennes, des problèmes de menstruation et de fertilité, de l'ostéoporose et de l'ostéopénie, des problèmes dentaires et dermatologiques et un grave handicap¹. Les personnes atteintes de troubles alimentaires souffrent généralement de problèmes de confiance en soi, d'anxiété, de problèmes

d'image de soi, de troubles de l'humeur, de toxicomanie, d'automutilation, d'isolement social et d'autres troubles de la santé mentale concomitants^{2,3}.

Avant la pandémie de COVID-19, les troubles alimentaires constituaient une affection courante et grave, touchant jusqu'à 4 % de la population^{4,5}. De mars à décembre 2021, les visites au service d'urgence ont augmenté de plus de 60 % et les admissions à l'hôpital ont augmenté de 37 % pour les enfants et adolescents atteints de troubles alimentaires en Ontario^{7,8}. Les hôpitaux pour enfants ont déclaré une hausse sans précédent des orientations pour troubles de l'alimentation, avec de longues listes d'attente pour les évaluations et admissions en vue d'un traitement (allant de 7 à 12 mois)⁹. De plus, les données du Canada montraient qu'en 2020 par rapport à 2019 (avant la pandémie), les enfants et jeunes adultes atteints de troubles alimentaires étaient plus instables sur le plan médical, présentaient des niveaux accrus de déficience fonctionnelle et de restriction alimentaire et étaient plus susceptibles de nécessiter une admission à l'hôpital dans les quatre semaines suivant l'évaluation initiale¹⁰. De plus, selon le National Eating Disorder Information Centre, le nombre de demandes d'aide a doublé en novembre 2020 par rapport à 2019⁹. Ces données mettent en évidence le besoin urgent de renforcer les services de traitement des troubles alimentaires en Ontario.

Dans la province, il peut être difficile d'accéder à un traitement approprié et rapide pour des troubles alimentaires, et ce, pour de nombreuses raisons. Il existe peu de programmes offrant un continuum de soins coordonné pour la transition des services pour enfants et jeunes vers les services pour adultes, et les transitions entre les niveaux de soins sont souvent décousues, il est donc difficile pour les patients de s'orienter. Des traitements de grande qualité, fondés sur les données probantes (comme les psychothérapies propres aux troubles alimentaires) sont réputés fonctionner, mais ne sont pas disponibles de la même façon dans toute la province. Des variables géographiques, démographiques et individuelles peuvent également influencer sur l'accès, les délais d'attente et la qualité des soins. Ces variables peuvent comprendre l'accès à un professionnel de la santé, les critères d'inclusion et d'exclusion des programmes, les types de psychothérapies et traitements disponibles tenant compte des troubles comorbides de la santé mentale et de la toxicomanie et le degré de soutien offert par la famille et les aidants.

Les troubles de l'alimentation sont constatés chez des personnes de différentes origines ethniques, cultures et milieux socioéconomiques, ils sont souvent perçus comme une affection qui touche principalement les jeunes femmes adolescentes, blanches, cisgenres, issues d'un milieu aisé¹¹. Les minorités ethniques et les immigrants sont moins susceptibles d'être identifiés comme ayant un trouble alimentaire dans les données des hôpitaux, et les personnes

issues de communautés racialisées sont souvent sous-diagnostiquées et généralement non traitées^{8,9}. De plus, les communautés transgenres sont victimes d'importantes iniquités en santé, y compris un risque accru de trouble de l'alimentation¹². Des études récentes ont montré que les jeunes et les adultes s'identifiant comme des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, en questionnement, intersexuées et asexuelles et autres orientations sexuelles et identités de genre (2SLGBTQIA+) présentent un risque élevé de souffrir de troubles alimentaires et que le manque de services de santé nécessaires pour cette communauté peut aggraver le problème d'insatisfaction à l'égard du corps et exacerber ce risque¹⁰. Les préoccupations concernant le sous-diagnostic des jeunes et des adultes dans tout le Canada suggèrent également qu'il est possible d'améliorer l'évaluation, le diagnostic et la surveillance continue des symptômes des troubles de l'alimentation et des comorbidités associées¹³.

L'incidence croissante des troubles alimentaires en Ontario indique qu'il s'agit d'un problème urgent pour lequel il existe de nombreuses possibilités d'amélioration. Cette norme de qualité comprend neuf énoncés de qualité portant sur les domaines déterminés par le Comité consultatif sur les normes de qualité « Troubles alimentaires » comme ayant un fort potentiel d'améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de troubles alimentaires en Ontario.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Troubles alimentaires » a cerné neuf indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux Ontariens atteints d'un trouble alimentaire.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Taux de visites au service d'urgence liées à un trouble alimentaire au cours de l'an dernier
- Taux d'admissions à l'hôpital liées à un trouble alimentaire au cours de l'an dernier
- Pourcentage de personnes s'étant rendues au service d'urgence pour un trouble alimentaire au cours de l'an dernier pour qui le service d'urgence a été le premier interlocuteur en matière de soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

Indicateur ne peut être mesuré qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui déclarent une amélioration de leur qualité de vie

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

01

Évaluation complète

Les personnes présentant des signes et des symptômes de troubles alimentaires ont accès en temps opportun à des évaluations exhaustives de leur santé mentale et physique. L'évaluation sert à déterminer si ces personnes souffrent d'un trouble alimentaire précis, ainsi que la gravité de leurs symptômes, le degré de déficience et la présence d'autres troubles comorbides. Cela permet d'établir un plan de soins.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définitions

Les signes et symptômes d'un trouble alimentaire peuvent comprendre ce qui suit^{2,3,14}:

- régime drastique ou comportements alimentaires restrictifs;
- autres comportements comme la consommation abusive de laxatifs, de diurétiques ou de pilules amaigrissantes, vomissements provoqués ou pratique excessive d'une activité physique;
- perte de poids rapide ou fluctuations pondérales;
- indice de masse corporelle (IMC = poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres carrés) inhabituel ou poids considéré comme faible pour la taille et l'âge de la personne, son développement et sa santé physique;

Remarque : L'IMC ne doit pas être le seul facteur pris en compte dans l'évaluation d'un trouble alimentaire.

- changement dans le comportement alimentaire ou un retrait social, en particulier lors de situations où il y a de la nourriture signalé par les membres de la famille ou les aidants;
- inquiétudes excessives au sujet du poids ou de la forme corporelle;

- problèmes de gestion d'une maladie chronique qui influe sur le régime alimentaire, comme le diabète sucré ou la maladie cœliaque;
- perturbations menstruelles ou du système endocrinien;
- symptômes gastro-intestinaux ou douleurs abdominales inexplicables;
- signes physiques de malnutrition, comme une mauvaise circulation, des vertiges, des palpitations, des évanouissements ou une pâleur;
- déséquilibre électrolytique ou hypoglycémie inexplicables.

Accès rapide à une évaluation : Les personnes présentant des signes et symptômes de trouble alimentaire devraient faire l'objet d'une évaluation dans les meilleurs délais; idéalement, peu de temps après l'apparition des symptômes. Les évaluations doivent être réalisées dans un délai de 4 à 8 semaines après la première consultation avec un fournisseur de soins de santé (consensus du comité consultatif). Si l'état de santé d'une personne est instable, elle peut avoir besoin de soins plus urgents. Les évaluations peuvent se faire sur plusieurs visites et les résultats sont communiqués à la personne, à sa famille et aux aidants s'il y a lieu, en tenant compte des facteurs culturels pertinents et des besoins linguistiques.

Évaluation exhaustive de la santé mentale et physique : Une évaluation exhaustive comprend à la fois une évaluation complète de la santé mentale et une évaluation complète de la santé physique.

Évaluation complète de la santé mentale : Pour les personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire, l'évaluation complète de la santé mentale comprend notamment une évaluation de ce qui suit^{2,3} :

- comportements alimentaires restrictifs, évitement de la nourriture ou autres changements des habitudes alimentaires (p. ex., diminution de la variété, élimination de certains groupes alimentaires);
- préoccupations liées à la nourriture, au poids ou à la forme corporelle;
- présence d'hyperphagie boulimique, de trouble des méthodes compensatoire (vomissements provoqués, consommation abusive de laxatifs ou de diurétiques), pratique excessive ou compulsive d'une activité physique ou autres comportements symptomatiques d'un trouble alimentaire (ruminant, régurgitation, mastication avant de recracher, utilisation de médicaments pour modifier le poids);
- peurs liées à l'alimentation (p. ex., phobie alimentaire et prise de poids);

- perturbation psychologique attribuable au fait de manger ou préoccupations liées à l'image corporelle ou comportement associé;
- antécédents familiaux de troubles alimentaires ou d'autres problèmes de santé mentale ou de toxicomanie;
- traitement antérieur pour un trouble alimentaire et réponse au traitement;
- présence de comportements d'automutilation, suicidaire, symptômes liés à un traumatisme/trouble du stress post-traumatique, toxicomanie et/ou autres troubles comorbides de santé mentale.

Évaluation complète de la santé physique : Pour les personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire, l'évaluation complète de la santé physique comprend notamment ^{1,2}:

- signes vitaux, y compris la température, le rythme cardiaque au repos, la tension artérielle, le rythme orthostatique, la tension orthostatique;
- taille;
- antécédents de poids (poids le plus bas et le plus haut, récentes fluctuations du poids);
- détermination du degré selon lequel la personne est en insuffisance pondérale/perte de poids (l'IMC ou IMC médian en pourcentage, le percentile d'IMC pour les adultes, et les trajectoires des courbes de croissance pour les enfants et les jeunes sont des éléments importants de l'évaluation);
- Remarque : L'IMC ne doit pas être le seul facteur pris en compte pour déterminer les besoins en matière de soins.
- apparence physique, y compris signes de malnutrition, comportements de méthodes compensatoires ou problèmes dentaires ou aux gencives;
- analyses de laboratoire, y compris une numération de la formule sanguine;
- bilan métabolique complet, y compris :
 - électrolytes (bilan élargi comprenant le calcium, le magnésium et le phosphate);
 - enzymes hépatiques et fonction rénale;
- hormones (œstrogènes, hormone folliculostimulante, hormone lutéinisante, testostérone);

- dépistage de la maladie coéliquaue et de maladies intestinales inflammatoires;
- électrocardiogramme pour les personnes chez qui on soupçonne un trouble de l'alimentation restrictive, des comportements sévères de méthodes compensatoires et les personnes prenant des médicaments connus pour perturber les résultats des électrocardiogrammes;
- densité minérale osseuse pour les personnes souffrant d'aménorrhées depuis 6 mois ou les hommes en insuffisance pondérale depuis 6 mois.

Troubles comorbides : Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire peuvent avoir d'autres problèmes de santé physique ou de santé mentale ou de toxicomanie, qui peuvent avoir un effet sur leurs symptômes et leur réponse au traitement. Il est important d'évaluer les troubles comorbides et la présence d'un comportement d'automutilation et de risque de suicide.

Les problèmes de santé physique à évaluer peuvent comprendre ce qui suit :

- diabète sucré;
- maladies intestinales inflammatoires;
- maladie coéliquaue.

Les problèmes de santé mentale et les troubles cognitifs à rechercher et évaluer (le cas échéant) peuvent comprendre ce qui suit :

- troubles de l'anxiété;
- troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire);
- trouble obsessivo-compulsif;
- troubles de la toxicomanie;
- trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention;
- trouble du spectre autistique;
- trouble du stress post-traumatique;
- troubles de la personnalité;
- schizophrénie et autres troubles psychotiques.

Justification

Une évaluation et un traitement précoces peuvent éviter des résultats négatifs à long terme sur les plans physique et psychologique^{5,15,16}, et il est important que

les personnes présentant des signes et symptômes de troubles alimentaires soient soumises à une évaluation exhaustive dans les meilleurs délais (en particulier si la personne présente un risque de grave préjudice physique). Pour les personnes en insuffisance pondérale ou qui ont perdu beaucoup de poids, il est important de comprendre la gravité de cet état dans le cadre de l'évaluation. Les évaluations de la santé physique et de la santé mentale peuvent se dérouler sur plusieurs visites et doivent être réalisées en personne, si possible^{1,17}. Toutefois, les habitants de l'Ontario doivent souvent attendre plusieurs mois voire une année pour le rendez-vous d'évaluation, selon le lieu où ils se trouvent⁹. L'accès à une évaluation exhaustive peut être particulièrement difficile pour les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées de l'Ontario. De plus, les personnes atteintes d'un trouble alimentaire peuvent ne pas être conscientes de la présence ou de la gravité de leurs propres signes et symptômes^{4,18,19}, et les troubles alimentaires restent souvent non diagnostiqués et non détectés s'il n'y a pas d'identification et d'évaluation¹.

Les troubles alimentaires peuvent se développer à tout âge; toutefois, l'apparition des signes et symptômes survient typiquement chez les jeunes adultes. Les pédiatres et fournisseurs de soins primaires doivent interroger tous les enfants et jeunes sur leurs habitudes alimentaires et leur image corporelle et faire attention aux potentiels signes et symptômes d'un trouble alimentaire²⁰. Les personnes souffrant d'insécurité alimentaire peuvent aussi présenter les signes d'un trouble alimentaire et il peut y avoir des traumatismes liés à l'alimentation. Certaines mesures devraient être prises pour trouver des soutiens adaptés et offrir des soins tenant compte des traumatismes.

Des renseignements supplémentaires peuvent être recueillis auprès des membres de la famille ou des aidants pour éclairer l'évaluation et identifier des symptômes, comportements et pathologies comorbides des troubles alimentaires, car les personnes atteintes peuvent sous-déclarer et dissimuler des symptômes (quantité de nourriture consommée, temps consacré à la pratique d'une activité physique, fréquence des frénésies alimentaires ou des méthodes compensatoires) ou avoir une approche différente des symptômes¹. Certaines personnes peuvent développer un trouble alimentaire, notamment de l'anorexie mentale.

Concernant les enfants et les jeunes, il est important d'interroger les membres de la famille, les aidants, les membres du réseau de soutien, le personnel scolaire, les entraîneurs et les professionnels de la santé qui ont des liens étroits ou fréquents avec la personne. Certains symptômes de troubles alimentaires sont d'ordre cognitif (p. ex., crainte d'une prise de poids, surestimation du poids et de la forme corporelle) et dépendent de la capacité de raisonnement abstrait. Les enfants peuvent ne pas être en mesure de décrire de tels symptômes et il peut

être nécessaire de recueillir auprès d'autres sources de plus amples renseignements sur leurs comportements²¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire

Vos fournisseurs de soins de santé doivent vous poser des questions sur vos pensées, vos sentiments, vos comportements et votre santé physique. Cela leur servira à évaluer si vous êtes atteint d'un trouble alimentaire, et à établir un plan de soins dans les meilleurs délais. Votre famille, vos aidants et les autres membres de votre réseau de soutien peuvent participer à ces étapes.

Pour les cliniciens

Lorsqu'une personne consulte pour des symptômes de troubles alimentaires, une évaluation doit être réalisée dans les meilleurs délais (idéalement, dans les 8 semaines suivant la première consultation). Lorsqu'une personne présente des signes et symptômes que vous soupçonnez indiquer un trouble alimentaire, réalisez des évaluations exhaustives de la santé mentale et de la santé physique pour déterminer la gravité des symptômes, le degré de déficience et la nature du trouble, et identifier les pathologies comorbides pour établir un plan de traitement, au besoin. Le racisme et la discrimination peuvent compromettre une évaluation exhaustive des troubles alimentaires. Veillez à ce que les soins prodigués soient inclusifs, valorisants, accueillants et adaptés à la culture des personnes noires, autochtones et racialisées, des personnes qui s'identifient comme 2SLGBTQIA+ et d'autres groupes méritant l'équité où il existe des obstacles connus aux soins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Ces soins peuvent ne pas être disponibles en Ontario pour le moment, mais il est important de veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour permettre aux cliniciens d'identifier et d'évaluer correctement dans les meilleurs délais les personnes qui peuvent être atteintes d'un trouble alimentaire. Les évaluations des troubles alimentaires devraient être disponibles et accessibles localement. Veillez à ce que les professionnels de la santé dans les milieux des soins primaires et communautaires soient informés des évaluations disponibles localement.

Veillez à ce que les fournisseurs de soins de santé possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer correctement les troubles alimentaires.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire qui bénéficient de ce qui suit :
 - une évaluation complète de la santé mentale
 - une évaluation complète de la santé physique
- Pourcentage de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire qui ont commencé ce qui suit dans les 8 semaines après la première consultation avec leur fournisseur de soins de santé :
 - évaluation complète de la santé mentale
 - une évaluation complète de la santé physique
- Disponibilité à l'échelle locale des évaluations des troubles alimentaires dans les 8 semaines suivant la première consultation avec un fournisseur de soins de santé pour des signes et symptômes d'un trouble alimentaire

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Niveau de soins

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire reçoivent le niveau de soins le mieux adapté, ce qui tient compte de leurs besoins, de leurs objectifs et de leur expérience par rapport au traitement précédent.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | Couturier et coll., 2021¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²

Définition

Niveau de soins : Les niveaux de soins pour les traitements des troubles alimentaires comprennent les interventions autonomes, les thérapies de groupe, les thérapies individuelles, les soins ambulatoires, les soins de jour, les traitements sur place et les programmes de traitement en hôpital de soins de courte durée. Les soins peuvent aussi comprendre une hospitalisation médicale lorsque le but est la stabilisation médicale¹. Des équipes multidisciplinaires peuvent participer à tous les niveaux de soins. Les soins de jour et les soins sur place/avec admission comprennent les soins dispensés par une équipe multidisciplinaire composée de professionnels de la santé, comme des psychothérapeutes, des diététistes professionnels et d'autres professionnels paramédicaux. Les soins ambulatoires peuvent être offerts à l'hôpital ou en milieu communautaire, y compris dans les établissements de soins primaires.

Le traitement le moins intensif qui pourrait être efficace et adapté aux besoins de la personne doit être offert en premier lieu.²² Le terme « le moins intensif » désigne l'intensité du traitement, notamment le nombre d'heures de traitement, le degré de surveillance et la notion selon laquelle le traitement devrait perturber le moins possible la vie de la personne (p. ex., proximité avec le domicile, présence à l'école ou au travail). Le niveau de soins doit reposer sur l'évaluation exhaustive, notamment la gravité des symptômes, l'expérience par rapport au traitement précédent sur le plan de l'efficacité et de la tolérance (le cas échéant). La

planification des soins devrait supposer des discussions collaboratives entre l'équipe de soins de santé et la personne et s'il y a lieu, les membres de sa famille et ses aidants. Les préférences de la personne et celles des membres de sa famille et ses aidants (s'il y a lieu), doivent être prises en compte lorsque différentes options sont jugées appropriées.

Les éléments suivants doivent être pris en compte lors de la décision sur le niveau de soins adapté^{1,23} :

- l'état de santé physique de la personne, les comorbidités médicales, l'indice de la masse corporelle (IMC)/le poids, et la détérioration de l'état de santé;
 - Remarque : L'IMC ne doit pas être le seul facteur pris en compte pour déterminer le niveau de soins.
- la nécessité d'une hospitalisation médicale pour surveiller activement les paramètres de risques médicaux (p. ex., par des analyses de laboratoire, l'observation physique, un électrocardiogramme);
- les troubles comorbides (p. ex., diabète, troubles de la toxicomanie) qui influeraient sur les besoins en matière de traitement, menant à la nécessité d'un niveau de soins plus élevé;
- la probabilité que la personne réduise ou cesse ses comportements liés au trouble alimentaire (p. ex., restriction alimentaire, frénésies alimentaires, comportements compensatoires, pratique excessive d'une activité physique) sans soutien au repas ou surveillance;
- la probabilité que la personne ait le soutien de sa famille ou d'aidants chez elle, si l'on considère des soins ambulatoires ou de jour pour un enfant ou un jeune;
- le contexte psychosocial, y compris le niveau de stress psychosocial/dans l'environnement, et les systèmes de soutien de la personne (famille et aidants, etc.);
- l'expérience par rapport au traitement précédent;
- l'accessibilité des soins et leur pertinence par rapport aux besoins et préférences de la personne (p. ex., considérations géographiques ou financières, accès au transport, logement, école, travail, garde d'enfant).

Lorsqu'il y a des transitions entre les niveaux de soins, la coordination multidisciplinaire et la collaboration entre les équipes de soins de santé sont nécessaires pour assurer une transition rapide et la continuité des soins, à l'appui

du traitement de la personne et pour prévenir le retour des symptômes. Cela peut nécessiter des études de cas coordonnées en groupe et de solides transferts des soins entre les équipes pour assurer le transfert des responsabilités en matière de soins.

Justification

Le niveau de soins le plus adapté pour une personne atteinte d'un trouble alimentaire est déterminé selon les conclusions des évaluations exhaustives de la santé mentale et de la santé physique, son expérience par rapport au traitement précédent et ses besoins et préférences en matière de soins. Une psychothérapie ambulatoire fondée sur des données probantes est probablement le traitement le plus approprié et le plus efficace pour la plupart de ces patients. Toutefois, certaines personnes doivent commencer un traitement à un plus haut niveau de soins¹.

Les traitements contre les troubles alimentaires sont généralement axés sur le changement des pensées, comportements et autres symptômes qui sont liés aux troubles par le biais de la psychothérapie. La stabilisation médicale et les interventions relatives à la nutrition peuvent également faire partie du traitement des troubles alimentaires, selon les besoins de la personne. Les interventions relatives à la nutrition comprennent l'information sur la nutrition, les recommandations alimentaires, la planification des repas et le soutien aux repas. Les soins virtuels peuvent également être bénéfiques et appropriés, selon les besoins de la personne et les ressources disponibles.

Les symptômes des troubles de l'alimentation, les troubles comorbides et la santé physique générale peuvent évoluer au fil du temps et nécessiter une nouvelle évaluation du diagnostic ou un niveau de soins plus approprié. Un niveau de soins plus élevé peut être nécessaire si une personne n'a pas bien répondu au traitement ambulatoire. Il est essentiel que des traitements ambulatoires fondés sur des données à un niveau suffisant soient disponibles et offerts avant d'envisager de passer à des traitements plus intensifs (au besoin pour les soins de la personne). Il est important que les soins soient coordonnés lorsque la personne passe à d'autres niveaux de soins, et ce, afin d'éviter des perturbations dans le traitement et le programme quotidien. Pour de plus amples renseignements sur les transitions de l'hôpital au domicile, consultez la norme de qualité [Transitions entre l'hôpital et la maison](#).

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire

Vos fournisseurs de soins de santé doivent vous proposer une option de traitement la plus susceptible d'être efficace et la moins perturbante pour votre vie (p. ex., le plus proche de chez vous possible). Si vos symptômes ne s'améliorent pas avec ce traitement, vos fournisseurs de soins de santé doivent vous proposer le traitement suivant le plus approprié. Cela doit être fait de façon coordonnée.

Pour les cliniciens

Collaborez avec les personnes atteintes d'un trouble alimentaire pour déterminer le niveau de soins le plus approprié selon la gravité de leur trouble, leur expérience par rapport au traitement précédent et leurs besoins et préférences. Proposez en premier lieu l'option de traitement la moins intensive qui est susceptible d'être efficace.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire, vérifiez que les systèmes et les processus sont organisés de façon à permettre l'accès à un traitement fondé sur les données probantes. Vérifiez que des services et des niveaux de soins appropriés sont disponibles, gratuitement, pour répondre aux besoins de la population. Les transitions doivent être encadrées et accompagnées de ressources appropriées pour aider les gens à passer d'un niveau de soins à l'autre selon leurs besoins.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui bénéficient du niveau de soins le plus approprié (voir Définition : Niveau de soins, pour connaître les considérations relatives au niveau de soins)
- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui déclarent qu'il y a eu une bonne collaboration entre les équipes de soins de santé durant une transition entre les différents niveaux de soins
- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont les symptômes ne se sont pas améliorés grâce au traitement actuel et qui font l'objet d'une nouvelle évaluation par un fournisseur de soins de santé et se voient offrir l'option de traitement suivante la plus appropriée (voir Définition : Niveau de soins, pour connaître les considérations relatives au niveau de soins)

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Transition des jeunes vers les services de santé pour adultes

Les jeunes adultes atteints d'un trouble alimentaire qui passeront d'un service pour jeunes à un service pour adultes bénéficieront de soins transitoires axés sur la continuité pour les aider à acquérir de l'autonomie.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2016²⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définitions

Soins transitoires des services pour jeunes aux services pour adultes : Cela prépare les jeunes âgés de 15 à 24 ans^{25,26} et leur famille et leurs aidants à faire la transition vers un modèle de soins pour adultes. Cela doit comprendre :

- Un plan de soins écrit décrivant le traitement actuel, le calendrier et la durée pour éviter les interruptions dans le traitement et les carences dans les soins. Cela devrait comprendre le plan de traitement et un plan pour la transition éventuelle vers des services de soins pour adultes. La personne doit posséder un exemplaire du plan, qui doit être examiné et mis à jour au besoin.^{27,28}
- Un clinicien désigné qui dirigera la coordination de la transition (coordonnateur de la transition), idéalement choisi par le jeune, et qui a accepté ce rôle. Le coordonnateur de la transition est l'interlocuteur de référence pour les problèmes liés à la transition et aux soins de la personne et il est en contact direct avec les autres fournisseurs. Le coordonnateur de la transition peut aider à organiser les rendez-vous, servir de soutien et de défenseur, atténuer les perturbations dans le traitement et orienter le jeune vers d'autres services et sources de soutien correspondant au plan de traitement, aux besoins du jeune et à sa situation.^{27,28} Il peut s'agir d'un fournisseur qui participe déjà aux soins du jeune ou d'un fournisseur spécialement nommé pour coordonner la transition.

- Une réunion collaborative sur la transition (ou plusieurs) doit être organisée virtuellement ou en personne. Y participent le jeune, ses fournisseurs actuels, ses fournisseurs de services pour adultes, afin d'examiner le plan de soins écrit et de discuter des détails de la transition vers des services de soins pour adultes. Le fournisseur de soins primaires et les membres de la famille ou aidants du jeune participent à la réunion s'il y a lieu²⁷.

Acquisition d'autonomie : Il est important de préparer le jeune à être traité comme un adulte dans le cadre des soins des troubles alimentaires. La préparation peut porter sur des éléments propres à son trouble alimentaire, comme manger sans supervision et changer son traitement (p. ex., d'un traitement en milieu familial à une thérapie cognitivo-comportementale). Cela peut aussi comprendre la promotion de l'autonomie sociale, l'autonomie, la mise en pratique des compétences (prendre un rendez-vous, etc.), l'accès à l'information et les changements dans la prise de décision, la confidentialité et le consentement.

Justification

La transition des services pour enfants et jeunes aux services pour adultes peut être accablante et difficile pour les jeunes atteints d'un trouble alimentaire et leur famille et leurs aidants. Une planification précoce et la continuité des soins offerts par le biais des services pour jeunes, comme un plan de soins écrit, un coordonnateur de la transition et une réunion avec l'équipe des services pour adultes sont importantes pour permettre au jeune de faire la transition sans carence dans son suivi ou son traitement. Un programme de soins ne doit pas être interrompu à cause d'une transition des soins. Lorsque cela est possible, la transition doit être déterminée par le niveau de préparation biopsychosocial et pas seulement par l'âge chronologique.

Un plan de transition écrit qui décrit les soins qui seront poursuivis, les responsables de l'administration des soins et les potentielles carences en matière de soins ainsi que les mesures pour y remédier, peut aider le jeune et ses parents et aidants à savoir à quoi s'attendre et à se sentir plus à l'aise dans le processus. Ce plan de transition peut aider à assurer la continuité des soins et à veiller à ce que la transition réponde aux besoins du jeune. Un coordonnateur de la transition supervise la planification et la coordination de la transition, ce qui peut mener à une expérience plus positive, un taux d'assiduité plus élevé dans les services pour adultes et de meilleurs résultats²⁷. Le fait de rencontrer les nouveaux fournisseurs de soins de santé et de communiquer avec eux peut aider à réduire les préoccupations sur la transition et renforcer la confiance envers la transition vers des services pour adultes ou un autre fournisseur. La participation à la communication entre les fournisseurs de soins actuels et les futurs fournisseurs

crée une transition collaborative, un transfert de soins où le patient est présent et participe à la conversation. Dans le cadre de ce processus, la personne peut acquérir de nouvelles compétences, assumer plus de responsabilités pour ses soins et découvrir de nouveaux traitements. Les membres de la famille et les aidants peuvent aussi profiter d'un soutien supplémentaire lorsque la personne atteinte d'un trouble alimentaire passe dans un service pour adultes.

Les services spécialisés pour les jeunes atteints de troubles alimentaires peuvent faciliter la transition vers des services pour adultes. Les services spécialisés peuvent comprendre l'élaboration d'un plan de soins, la préparation à la transition, une présentation des soins pour adultes et des services spécialisés individuels ou de groupe. La norme de qualité de Santé Ontario, [*Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes*](#) donne d'autres directives sur les transitions des soins et peut s'appliquer aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Si vous passez de services de soins pour jeunes aux services pour adultes, vous devriez bénéficier d'un soutien pour vous aider à gagner en autonomie. Vous devriez participer à vos propres soins et ne pas connaître d'interruptions dans votre traitement.

Pour les cliniciens

Travaillez avec la personne (et les membres de sa famille et ses aidants, s'il y a lieu) pour soutenir sa transition vers des services pour adultes, y compris désigner un coordonnateur de la transition, élaborer un plan de soins écrit pour appuyer le processus et organiser une présentation des services pour adultes. Il est important de faire pleinement participer le jeune et, s'il y a lieu, les membres de sa famille et ses aidants.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que les systèmes, les processus et les ressources nécessaires sont en place pour que les personnes atteintes d'un trouble alimentaire bénéficient des services transitoires appropriés afin de maintenir la continuité des soins entre les différents fournisseurs de soins de santé. Cela comprend la planification de la transition, la coordination et la présentation aux services pour adultes.

Veillez à ce que les fournisseurs de soins de santé aient suffisamment de ressources et de formation pour offrir des soins aux jeunes passant à des services pour adultes. Veillez à ce que des mécanismes soient en place pour éviter les carences dans les soins et les retards inutiles.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui feront la transition des services pour jeunes aux services pour adultes, et qui reçoivent des soins transitoires pour assurer la continuité des soins et acquérir de l'autonomie

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

04

Psychothérapie

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire bénéficient d'un accès rapide à une psychothérapie fondée sur les données probantes qui tiennent compte des personnes et préférences individuelles.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | Couturier et coll., 2021¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définitions

Accès rapide : Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire devraient se voir proposer une psychothérapie fondée sur les données probantes assurée par un professionnel de la santé réglementé dans les meilleurs délais. Idéalement, la psychothérapie commence dans les 4 à 8 semaines suivant l'évaluation exhaustive (consensus du comité consultatif).

Psychothérapie fondée sur les données probantes axée sur les troubles alimentaires : La psychothérapie dans le cadre des troubles alimentaires est généralement offerte lors de séances individuelles ou familiales. Toutefois, elle peut être offerte en groupe ou avec plusieurs familles. La durée de la psychothérapie varie, mais il y a généralement 20 séances. D'autres séances peuvent être proposées aux personnes qui sont en insuffisance pondérale importante pour les aider dans le processus de rétablissement du poids¹. En Ontario, la psychothérapie est un acte réglementé qui doit être réalisé seulement par certains professionnels réglementés autorisés à le faire²⁹.

Vous trouverez ci-dessous des exemples de psychothérapies axées sur les troubles alimentaires et qui sont considérées comme des traitements de première intention :

Psychothérapies pour enfants et jeunes de moins de 18 ans

Le traitement en milieu familial (TMF) est un traitement pour les enfants et les jeunes atteints d'anorexie mentale ou de boulimie mentale et qui consiste généralement en 18 à 20 séances sur une période d'un an. Les besoins des enfants et des jeunes doivent être réévalués après 4 semaines de traitement, puis tous les 3 mois afin de déterminer la fréquence appropriée des séances et la durée du traitement².

Si le TMF est inefficace ou inadapté, d'autres approches thérapeutiques peuvent être envisagées, comme la thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles alimentaires (TCC-TA) pour les enfants et les jeunes atteints d'anorexie mentale, de boulimie mentale et de trouble d'hyperphagie boulimique. La psychothérapie axée sur les adolescents est également adaptée aux jeunes atteints d'anorexie mentale.

Psychothérapies pour les adultes de 18 ans et plus

- La thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles alimentaires cible l'hyperphagie boulimique, les comportements compensatoires, les restrictions alimentaires, l'insuffisance pondérale et l'obsession concernant le poids et la forme corporelle. La TCC-TA aide également les personnes à établir des habitudes alimentaires régulières et un plan thérapeutique approprié pour la surveillance du poids. Elle comprend la psychoéducation, l'autosurveillance de l'alimentation et des comportements associés, l'exposition aux aliments évités, et des stratégies pour réduire les préoccupations concernant le poids et la forme. La TCC-TA comprend également des stratégies pour éviter les rechutes et peut être offerte en séances individuelles ou de groupe¹. Le traitement dure généralement 20 séances, mais un nombre moins important de séance peut aussi être efficace.³⁰

La TCC-TA doit être offerte ^{1-3,14}:

- aux adultes atteints d'anorexie mentale ou de boulimie mentale;
 - aux adultes atteintes d'hyperphagie boulimique.
- La psychothérapie interpersonnelle (PTI) consiste à repérer et travailler sur des problèmes interpersonnels précis touchant actuellement la personne, y compris les conflits de rôles, les transitions de rôles, les déficits interpersonnels et le deuil non surmonté. La PTI est axée sur liens entre les comportements d'hyperphagie boulimique et les problèmes interpersonnels actuels et comprend la prévention de la rechute. Le traitement consiste généralement en 20 séances et peut être offert en séances individuelles ou de groupe.¹

La PTI pour les troubles de l'alimentation est recommandée^{1,3} :

- aux adultes atteints d'hyperphagie boulimique.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires indiquent d'autres approches thérapeutiques possibles selon la situation de la personne. Il existe moins de données probantes sur ces approches selon la population et le type de trouble alimentaire. Voici des exemples :

- thérapie psychodynamique focale (TPF), méthode Maudsley pour le traitement de l'anorexie mentale (MANTRA) et gestion clinique de soutien spécialisée (SSCM) pour l'anorexie mentale¹⁻³;
- PTI, thérapie cognitivo-affective intégrative et la schémathérapie pour la boulimie mentale^{1,3};
- thérapie stratégique brève, thérapie comportementale dialectique, thérapie cognitivo-affective intégrative, et schémathérapie pour l'hyperphagie boulimique.³

Pour de nombreuses thérapies, la base de données probantes est fondée sur une population limitée et ces thérapies peuvent ne pas avoir fait l'objet d'études à l'échelle de toutes les personnes pour qui elles pourraient être bénéfiques. Il est important que toutes les psychothérapies pour les troubles alimentaires tiennent compte des traumatismes et respectent la culture des personnes.

Justification

Les psychothérapies fondées sur des données probantes pour les troubles alimentaires sont recommandées sous forme d'interventions pour tous les groupes d'âge¹⁻³ et sont appropriées à tous les stades du traitement, y compris le rétablissement du poids et la prévention de la rechute. La surveillance médicale pendant la psychothérapie est un élément important des soins pour les personnes atteintes de troubles alimentaires. L'accès à ce type de psychothérapies peut être difficile en raison d'un manque de programmes offrant ces traitements, de la forte demande, du coût de la thérapie et des longues listes d'attente. La plupart des psychothérapies fondées sur des données probantes visent l'instauration d'habitudes alimentaires régulières, l'arrêt des comportements de contrôle du poids, le rétablissement du poids et l'amélioration de l'image corporelle.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

On devrait vous proposer un type de traitement appelé psychothérapie. Elle doit être proposée dès que possible après votre évaluation. La psychothérapie a les avantages suivants :

- vous aider à établir des habitudes alimentaires régulières;
- vous donner de l'information sur les troubles alimentaires et les façons d'aller mieux;
- améliorer vos pensées et sentiments au sujet de l'alimentation, de votre poids et de votre forme corporelle.

Si vous acceptez de suivre une psychothérapie, vous ne devriez pas avoir à attendre longtemps pour commencer le traitement.

Pour les cliniciens

Proposez une psychothérapie fondée sur les données probantes aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire qui concorde avec leurs besoins et leurs préférences. Ces personnes devraient commencer à suivre une psychothérapie axée sur les troubles alimentaires dès que possible, idéalement dans les 4 à 8 semaines suivant l'évaluation exhaustive.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, processus et ressources sont en place pour permettre aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire d'avoir rapidement accès à une psychothérapie fondée sur les données probantes, gratuite et adaptée au type de trouble et à leurs besoins et préférences. Veillez à ce que les fournisseurs de soins de santé possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires pour assurer une psychothérapie pour les personnes atteintes de troubles alimentaires. Veillez à ce que les professionnels de la santé dans les milieux des soins primaires et communautaires soient informés sur les psychothérapies disponibles localement.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui suivent une psychothérapie fondée sur des données probantes assurée par un professionnel de la santé, dans les 8 semaines suivant la réalisation de l'évaluation exhaustive
- Disponibilité à l'échelle locale d'une psychothérapie fondée sur des données probantes assurée par un professionnel de la santé dans les 8 semaines suivant la réalisation de l'évaluation exhaustive

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Surveillance et stabilisation médicale

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire font l'objet d'une surveillance médicale continue pour prévenir et traiter les éventuels événements indésirables et complications. On leur propose une stabilisation médicale aiguë si celle-ci est indiquée.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définitions

Surveillance : Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire devraient faire l'objet d'une surveillance par leur équipe de soins de santé selon la gravité de leur trouble. Cela peut comprendre la surveillance des signes vitaux, des analyses de laboratoire et des paramètres de croissance (taille et poids). Pour les personnes en insuffisance pondérale ou qui ont perdu beaucoup de poids, il est important de comprendre la gravité de cet état. Il faut s'appuyer sur l'évaluation du stage prémorbide de la personne en fonction de sa taille et son poids, de ses antécédents de menstruation (pour les personnes présentant une aménorrhée secondaire), de leur stade pubertaire (pour les enfants et les jeunes) et de leur bien-être psychosocial. Selon la situation clinique, il peut être important d'établir un poids cible individualisé.

Stabilisation médicale : Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire en insuffisance pondérale peuvent nécessiter une stabilisation médicale dans un milieu hospitalier de soins aigus lorsqu'il y a un risque d'instabilité hémodynamique, d'importantes anomalies électrolytiques, des carences nutritionnelles et une défaillance multiviscérale. Tous ces éléments peuvent contribuer à la morbidité ou la mortalité.^{2,3,14} Les objectifs de la stabilisation médicale pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire en insuffisance pondérale, en malnutrition ou dont l'état de santé est instable sont de rétablir la stabilité médicale et revenir à la normale dans les signes vitaux, les électrolytes et l'équilibre liquidien. Les personnes de toute taille ou de tout poids peuvent présenter une instabilité hémodynamique si elles sont en dessous de leur poids biologiquement approprié ou si elles ont perdu beaucoup de poids en peu de temps.

Événements indésirables et complications : Les personnes qui font l'objet d'une récupération nutritionnelle aiguë présentent des risques de complications médicales, en particulier au cours de la première semaine de réalimentation. Le syndrome de renutrition inappropriée est la complication la plus grave et peut entraîner divers symptômes cliniques, comme des convulsions, de l'arythmie cardiaque, un arrêt ou une insuffisance cardiaque, le coma et la mort subite. Toutefois, ce syndrome peut être évité par une surveillance étroite. Cette surveillance doit comprendre un protocole de mesure des électrolytes, des fluctuations quotidiennes du poids et des signes vitaux¹. Les fournisseurs de soins de santé qui traitent les personnes atteintes d'un trouble alimentaire doivent avoir suivi une formation pour être en mesure de reconnaître les symptômes du syndrome de renutrition inappropriée. En règle générale, la prise de poids permet d'améliorer la plupart des complications physiologiques dues à la dénutrition, et le risque de complications médicales diminue au fil des semaines de réalimentation^{1,2}.

Les troubles alimentaires peuvent entraîner une complication chronique courante, qui est la faible densité osseuse. Les personnes de tous les genres souffrant de troubles alimentaires peuvent présenter une perte de la densité minérale osseuse. Pour réduire le risque d'ostéopénie, d'ostéoporose et de fractures osseuses (hanches ou vertèbres), il est important que les personnes atteignent et maintiennent un poids approprié sur le plan médical par rapport à leur âge et leur taille. S'il y a lieu, la densité minérale osseuse doit être mesurée^{1,2}.

Justification

La surveillance garantira que les personnes souffrant de troubles de l'alimentation et dont la santé est compromise sont identifiées et orientées vers les soins dont elles ont besoin. Les personnes atteintes de troubles de l'alimentation dont la santé est gravement menacée peuvent avoir besoin de soins d'urgence et/ou d'une hospitalisation. Les signes indiquant que la santé d'une personne peut être gravement menacée comprennent, sans toutefois s'y limiter, une perte de poids importante et rapide, des signes vitaux instables, des déséquilibres électrolytiques, des anomalies cardiaques, une instabilité hémodynamique, des complications médicales liées à la malnutrition, des pensées ou des comportements suicidaires, un risque de décès ou un risque imminent de complications médicales graves. La stabilisation médicale est une composante importante du traitement, axée sur le rétablissement de la stabilité médicale. Les personnes en insuffisance pondérale sévère peuvent présenter une déficience cognitive entraînant une incapacité à prendre des décisions. La stabilisation médicale est une première étape importante de l'intervention visant à rétablir les fonctions cognitives pour permettre à la personne de prendre d'autres décisions relatives au traitement. La surveillance est un processus continu qui doit être adapté aux besoins de la personne¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Vos fournisseurs de soins de santé devraient vérifier régulièrement comment vous vous sentez (physiquement et émotionnellement). Ils peuvent aussi suggérer la stabilisation médicale pour traiter votre trouble alimentaire. Pour cela, vous serez admis à l'hôpital jusqu'à ce que vous soyez en meilleure santé physique. Vos fournisseurs doivent prendre de vos nouvelles régulièrement pendant votre séjour à l'hôpital.

Pour les cliniciens

Assurez la surveillance des personnes atteintes d'un trouble alimentaire pour prévenir les complications. Proposez la stabilisation médicale aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire en insuffisance pondérale, en malnutrition ou dont l'état de santé est instable, et assurez leur surveillance pour prévenir les complications et les événements indésirables. Les personnes de toute taille ou de tout poids peuvent présenter une instabilité hémodynamique et nécessiter une stabilisation médicale.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, processus et ressources sont en place pour permettre aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire de bénéficier d'une surveillance appropriée continue et d'une stabilisation médicale, s'il y a lieu. Veillez à ce qu'il y ait des ressources communautaires adéquates et des options de traitement en ambulatoire pour soutenir les personnes avant qu'une stabilisation médicale soit nécessaire et après qu'elle soit terminée.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui font l'objet d'une surveillance médicale continue à chaque rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé
- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont l'état de santé est instable et qui bénéficient par la suite d'une stabilisation médicale aiguë

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Soutien aux familles et aidants

Les familles et aidants des personnes atteintes d'un trouble alimentaire se voient offrir des ressources, un soutien structuré et de l'information de façon à répondre à leurs besoins.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définition

Ressources, soutien structuré et information : Cela devrait comprendre des renseignements sur la nature du trouble alimentaire diagnostiqué chez la personne et les risques associés, les traitements disponibles et les bénéfices et limites probables de ces traitements. Ces renseignements doivent être donnés dans un format répondant aux besoins des familles et aidants (p. ex., capacité de lecture, langue, format [oral, écrit ou vidéo]). Si nécessaire, des ressources et de l'information devraient être fournies pour répondre aux idées fausses sur les troubles alimentaires. S'il y a lieu, des ressources et de l'information écrites devraient être fournies aux familles et aidants qui ne sont pas présents lors des évaluations ou des séances de traitement². Les transitions des soins peuvent être des moments particulièrement difficiles pour les familles et les aidants. Ces derniers peuvent avoir besoin de soutiens et de ressources supplémentaires pendant cette période.

Les groupes de soutien peuvent être bénéfiques et être proposés lorsqu'il y a lieu et qu'ils sont disponibles. Par exemple, des forums dirigés en ligne pour les aidants, le soutien par les pairs¹ ou le modèle Experienced Carers Helping Others (*ECHO*)^{2,3,17}. D'autres ressources devraient être proposées si nécessaire, comme les interventions de développement personnel guidées fondées sur la TCC et la psychoéducation non guidées pour les familles et les aidants d'enfants et de jeunes atteints de troubles alimentaires^{2,17}.

Justification

Les familles et les aidants d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire peuvent ressentir une importante détresse; une évaluation de leurs propres

besoins pourrait être bénéfique pour déterminer les soutiens qui devraient leur être offerts^{2,31}.

Les familles et les aidants doivent obtenir des renseignements exhaustifs (par voie orale et écrite) sur le trouble alimentaire de la personne, ses causes probables, le plan de traitement prévu ainsi que le plan de traitement pour tout problème comorbide de santé mentale ou physique ou tout problème de toxicomanie, le cas échéant. Il est particulièrement important d'évaluer et de soutenir les besoins des familles et des aidants d'enfants et de jeunes, y compris un soutien pratique et un plan d'urgence si la personne atteinte d'un trouble alimentaire présente un risque médical élevé, ou un risque de santé mentale ou de suicide. Pour les adultes, la participation des membres de la famille et des aidants est déterminée par les préférences, les valeurs et les besoins de la personne, tout en reconnaissant que tout le monde ne souhaite pas forcément faire participer sa famille et ses aidants à ses soins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Si votre famille et vos aidants participent à vos soins, vos fournisseurs de soins de santé doivent prendre de leurs nouvelles et leur proposer des services de soutien, au besoin. Voici le soutien qui peut être offert :

- fournir de l'information sur votre trouble alimentaire, dans la langue de leur choix, si possible;
- les aider à trouver un groupe de soutien où ils peuvent parler avec d'autres personnes qui s'occupent d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire;
- des interventions de développement personnel guidées fondées sur la TCC et la psychoéducation non guidées pour les familles et les aidants.

Pour les cliniciens

Veillez à ce que les familles et aidants se voient offrir des ressources, des soutiens structurés et de l'information sur les troubles alimentaires. Une évaluation psychosociale pourrait leur être bénéfique selon leurs besoins. Les familles et aidants devraient participer aux soins et à la planification du traitement, en particulier pour les enfants et les jeunes. Pour les adultes, la participation des familles et aidants se fait selon les souhaits de la personne atteinte d'un trouble alimentaire.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, processus et ressources sont en place pour permettre aux familles et aidants de personnes atteintes d'un trouble alimentaire de bénéficier des ressources, du soutien structuré et de l'information nécessaires de façon à répondre à leurs besoins. Veillez à ce que les fournisseurs de soins de santé possèdent les compétences et les ressources nécessaires pour évaluer les besoins psychosociaux des familles et aidants et y répondre. Veillez à ce que des renseignements et soutiens pertinents soient disponibles et accessibles pour les familles et aidants.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'enfants et de jeunes atteints d'un trouble alimentaire dont les familles et les aidants reçoivent des ressources, du soutien structuré et de l'information de la part d'un fournisseur de soins de santé
- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont les familles et les aidants participent aux soins et déclarent se sentir soutenus et informés sur les troubles alimentaires

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Problèmes comorbides de santé physique, de santé mentale et de toxicomanie

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui présentent des problèmes comorbides de santé physique, de santé mentale et de toxicomanie bénéficient d'un traitement pour leur trouble alimentaire et leurs autres affections dans le cadre d'un plan de soins exhaustif.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définitions

Problèmes comorbides de santé physique, de santé mentale et de toxicomanie :

Les problèmes comorbides de santé, comme la dépression et l'anxiété, sont courants chez les personnes atteintes d'un trouble alimentaire^{1,2} et certaines comorbidités peuvent découler d'un trouble alimentaire. Il est important de repérer la présence de comorbidités dans le cadre de l'évaluation d'une personne qui pourrait souffrir d'un trouble alimentaire (voir l'énoncé de qualité 1).

Traitement : Les traitements pour un trouble alimentaire et un problème comorbide de santé peuvent être administrés en même temps ou l'un après l'autre. Les traitements peuvent être d'ordre médical (médicaments) et psychologique et doivent être en harmonie avec les recommandations des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Les facteurs suivants doivent systématiquement être pris en compte lors des décisions relatives au traitement :

- le type et la gravité du trouble alimentaire;
- le type et la gravité du problème de santé comorbide;
- le degré de déficience de la personne;
- les options de traitement disponibles pour les problèmes de santé comorbides;

- les préférences de traitement de la personne et, s'il y a lieu, ceux de sa famille et de ses aidants.

Les fournisseurs de soins de santé devraient collaborer pour soutenir le traitement le plus efficace pour le trouble alimentaire et les problèmes de santé comorbides de la personne. Dans le cadre de cette collaboration, les équipes devraient utiliser les mesures des résultats pour le trouble alimentaire et le(s) problème(s) de santé comorbide(s) afin de surveiller l'efficacité de chaque traitement et l'effet potentiel d'un traitement sur l'autre^{2,3,14}. Une solide coordination multidisciplinaire peut être nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins de la personne quant à son trouble alimentaire et à ses comorbidités.

Justification

Les problèmes comorbides de santé physique ou de santé mentale ou de toxicomanie sont fréquents. Il est important de les repérer dans le cadre de l'évaluation d'une personne qui pourrait souffrir d'un trouble alimentaire (voir l'énoncé de qualité 1)¹. La présence de problèmes de santé comorbides ne devrait pas empêcher les gens de recevoir un traitement pour leur trouble alimentaire et ne doit pas les exclure des soins pour leurs comorbidités. Certains problèmes comorbides de santé physique peuvent découler d'un trouble alimentaire (reflux gastro-œsophagien pathologique, syndrome du côlon irritable, autres troubles de la motilité gastrique), alors que d'autres peuvent affecter les comportements et les apports alimentaires (diabète sucré, maladie coéliquaue, maladies intestinales inflammatoires). Dans certains cas, les restrictions alimentaires peuvent augmenter la probabilité de développer un trouble alimentaire.^{32,33} Même si un problème de santé comorbide n'est pas lié au trouble alimentaire, il peut influencer sur le choix de traitement ou la nécessité d'une stabilisation médicale.

Il est important pour la planification du traitement de repérer les problèmes de santé comorbides et d'évaluer leur lien. Lorsqu'il y a un autre problème de santé mentale, le trouble alimentaire et l'autre problème peuvent s'aggraver³⁴⁻³⁶. Une évaluation complète de la santé mentale est importante pour déterminer si les symptômes et comportements comme la toxicomanie, la dépression, l'anxiété, les obsessions ou les comportements compulsifs représentent un trouble indépendant concomitant ou se sont développés à cause du trouble alimentaire. Il est important de tenir compte de la personne dans son ensemble lors de la planification du traitement pour un trouble alimentaire ou toute comorbidité.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Si vous présentez d'autres problèmes de santé physique, mentale ou de toxicomanie, vos fournisseurs de soins de santé devraient vous proposer un traitement à la fois pour le trouble alimentaire, mais aussi pour tout autre trouble présent. S'ils ne sont pas en mesure de traiter vos autres troubles, ils devraient vous orienter vers un autre fournisseur qui le peut, et collaborer avec ce dernier. Vos fournisseurs de soins de santé doivent vous faire participer (et votre soignant, selon les circonstances) aux décisions relatives à vos soins.

Pour les cliniciens

Déterminez le plan de traitement le plus approprié pour le trouble alimentaire et tout autre problème comorbide de santé physique, mentale ou de toxicomanie, en tenant compte de la gravité de chaque trouble et des besoins et préférences de la personne. Les soins pour tous les troubles devraient être intégrés au même plan de traitement. Ils peuvent être fournis simultanément ou successivement.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, processus et ressources sont en place pour permettre aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire de recevoir un traitement pour leur trouble alimentaire et pour tout autre problème comorbide de santé physique, mentale ou de toxicomanie. Cela peut nécessiter une collaboration multidisciplinaire.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ayant des problèmes comorbides de santé physique, mentale ou de toxicomanie, qui reçoivent un traitement pour leur trouble alimentaire dans le cadre du même plan de traitement

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Promouvoir l'équité

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire bénéficient de soins offerts par des fournisseurs de soins de santé et un système de santé utilisant une approche antiracisme, antidiscrimination, antistigmatisation et anti-oppression. Les fournisseurs de soins de santé encouragent une culture fondée sur la compassion, la prise en compte des traumatismes, l'absence de préjugés et le respect de la diversité des personnes. Ils doivent établir un climat de confiance avec les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et aidants, œuvrer à faire tomber les obstacles à l'accès aux soins et fournir des soins de façon équitable.

Sources : Consensus du comité consultatif | American Psychiatric Association, 2023¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2022³

Définitions

Système de santé utilisant une approche antiracisme, antidiscrimination, antistigmatisation et anti-oppression : Un système de santé qui reconnaît l'intersectionnalité historique et actuelle de la race, la colonisation, du genre et des effets de l'accès aux soins de santé doit répondre aux facteurs structurels du racisme, de la discrimination, des préjugés et de la stigmatisation qui limitent de façon disproportionnée l'accès aux soins pour certains groupes de personnes (voir l'annexe 4, Principes directeurs, *Déterminants sociaux de la santé*). Un tel système de santé veille à assurer des soins sans danger, accessibles et équitables pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire, ainsi que pour leurs familles et aidants. Cela comprend une pratique tenant compte des traumatismes et répondant de façon proactive aux problèmes structurels de racisme, de discrimination et de préjugés (en particulier les préjugés sur le poids) qui influent sur l'accès et la participation au traitement. Les soins sont offerts à tous, peu importe l'âge, le poids, la taille, le genre, l'orientation sexuelle, la

situation socioéconomique, la religion, l'origine ethnique, les pratiques culturelles, l'emplacement géographique et toute comorbidité ou tout handicap existant. Les soins sont fournis de façon à reconnaître le vécu des personnes atteintes d'un trouble alimentaire. Les fournisseurs de soins de santé travaillant dans un tel système de santé prennent des mesures proactives pour éliminer les effets des préjugés sur les soins qu'ils offrent et assurer des résultats équitables pour tous en matière de qualité de vie.

Une culture fondée sur la compassion, la prise en compte des traumatismes, l'absence de préjugés et le respect de la diversité de personnes : Une culture établie dans un milieu de soins :

- **fondée sur la compassion** : les soins sont fournis par des fournisseurs de soins de santé qui ne se laissent pas influencer par les préjugés, qui ont des connaissances sur les troubles alimentaires et qui écoutent activement leurs patients, font en sorte de comprendre leurs besoins et d'offrir des soins de grande qualité en temps opportun;
- **tenant compte des traumatismes** : les soins sont fournis par des fournisseurs de soins de santé qui comprennent les effets potentiels des traumatismes sur les pensées, les croyances et les comportements des gens, ainsi que sur leurs liens avec les troubles alimentaires et le système de santé³⁷;
- **respectant la diversité des personnes** ³⁸: les soins sont fournis par des fournisseurs de soins de santé qui vont au-delà des idées préconçues et des stéréotypes sur les personnes atteintes d'un trouble alimentaire (préjugés sur le poids, sur le genre, etc.) pour percevoir la personne pour ce qu'elle est en tant qu'individu. Les fournisseurs cherchent à :
 - comprendre la situation de la personne (p. ex., soins d'affirmation de genre);
 - respecter l'identité de la personne;
 - respecter les traditions culturelles et religieuses de la personne, ses heures de repas et ses pratiques alimentaires, ses valeurs et ses croyances;
 - s'assurer que les soins sont fournis dans la langue de préférence de la personne;
 - s'assurer que les soins sont adaptés à la culture de la personne;
 - respecter le souhait de la personne de faire participer sa famille ou ses aidants à ses soins.

Soins équitables : Pour des soins équitables, chaque personne atteinte d'un trouble alimentaire doit avoir la même occasion d'atteindre son plein potentiel de santé grâce à l'accès sans obstacle à des soins cliniques de grande qualité. Pour cela, il faut surmonter les obstacles au sein des milieux de soins et au-delà, y compris prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (p. ex., racisme, discrimination, préjugés économiques). Des soins équitables sont offerts lorsque la personne atteinte d'un trouble alimentaire bénéficie d'interventions rapides, appropriées et sans complications évitables dues aux préjugés ou à la discrimination.

Justification

Les personnes de tous les âges, les genres et les origines culturelles peuvent développer un trouble alimentaire, et le tableau clinique d'un trouble alimentaire peut être influencé par des facteurs culturels³⁹⁻⁴¹. Pour assurer des résultats de santé équitables, il est important de déterminer les situations dans lesquelles les personnes atteintes d'un trouble alimentaire sont victimes d'iniquité en matière d'accès, d'évaluation, de traitement et de résultats en raison de facteurs comme l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, la culture, le poids et la masse corporelle, ainsi que les déterminants sociaux de la santé, y compris le statut socioéconomique. Par exemple, les jeunes transgenres et non binaires peuvent adopter des comportements symptomatiques d'un trouble alimentaire comme moyen d'interrompre des transformations corporelles non désirées, notamment l'apparition de la puberté. Les interventions d'affirmation du genre contribuent à prévenir la restriction alimentaire et les comportements connexes^{42,43}. Pour les jeunes et les adultes qui s'identifient comme des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, en questionnement, intersexuées et asexuelles et d'autres orientations sexuelles et identités de genre (2SLGBTQIA+), l'effet des facteurs de stress externes comme la discrimination, les préjugés et la violence peut s'accumuler au fil du temps et entraîner un plus grand risque de développer un trouble alimentaire que les jeunes hétérosexuels ou cisgenres⁴⁴. De même, le stress accumulé à cause de facteurs externes peut aggraver l'effet des facteurs de stress internes. Il est important de savoir si les personnes atteintes d'un trouble alimentaire ont bénéficié d'interventions médicales d'affirmation du genre, comme l'hormonothérapie ou des interventions chirurgicales⁴⁵⁻⁴⁷.

Les fournisseurs de soins de santé qui traitent des personnes atteintes d'un trouble alimentaire doivent tout faire pour offrir des services accessibles et équitables aux populations les plus touchées par les déterminants sociaux de la santé en prenant les mesures suivantes :

- Veiller à ce que l'équipe suive régulièrement une formation sur la diversité, l'équité, l'inclusion et la lutte contre le racisme, et en particulier, la compréhension des répercussions du racisme, du colonialisme, de la xénophobie, du sexisme et de la transphobie sur l'accès à des soins sûrs et adaptés à la culture pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire. La formation doit aussi mettre l'accès sur les services offerts aux personnes noires, autochtones et racialisées et à celles qui s'identifient comme 2SLGBTQIA+.
- S'assurer que tous les documents cliniques sont rédigés en tenant compte des personnes les plus touchées par les déterminants sociaux de la santé, de préférence en recueillant des commentaires de ces groupes.
- Veiller à ce que les discussions sur la planification des repas et les choix alimentaires soient adaptées à la culture de la personne et soient pertinentes.
- Faire participer aux comités consultatifs et aux conseils des personnes de divers horizons.
- Intégrer des principes tenant compte des traumatismes dans les programmes et les soins et donner aux personnes l'occasion de faire part de leurs commentaires sur leur expérience en matière de prestation des soins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Vous devriez avoir le sentiment d'être traité avec respect, dignité et compassion par vos fournisseurs de soins de santé. Vous devriez recevoir des soins d'une façon qui respecte votre identité et sans préjugés. Vos fournisseurs de soins devraient travailler avec vous pour comprendre votre trouble alimentaire et les effets du traitement sur votre identité unique. Ils doivent respecter vos différences culturelles (entre autres choses) et y être attentifs. Vous devriez pouvoir bénéficier de soins de grande qualité lorsque vous en avez besoin, peu importe l'établissement où vous vous rendez (le cabinet de votre médecin, l'hôpital, etc.).

Pour les cliniciens

Traitez les personnes atteintes d'un trouble alimentaire (et leurs familles et aidants, s'il y a lieu) avec respect, dignité et compassion, et faites en sorte d'établir un climat de confiance entre vous. Veillez à posséder la formation, les compétences et les connaissances nécessaires pour offrir des soins tenant

compte des traumatismes d'une façon adaptée à la culture, antiraciste et anti-oppression qui reconnaît l'intersectionnalité (voir l'annexe 4, Principes directeurs, Intersectionnalité) des identités des personnes atteintes d'un trouble alimentaire. Percevez la personne pour ce qu'elle est en tant qu'individu, écoutez-la activement, faites en sorte de comprendre ses besoins et offrez-lui des soins de grande qualité en temps opportun⁴⁸.

Soyez le promoteur et l'agent du changement si des facteurs structurels de discrimination sont observés et doivent être réglés.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Aux échelles provinciale et locale, vérifiez que les soins de santé et d'autres services sont offerts par du personnel compétent, capable de répondre aux nombreux besoins des personnes atteintes d'un trouble alimentaire. Cela comprend les échanges avec d'autres secteurs, comme les services éducatifs et ceux en milieu communautaire. Les organismes de soins de santé ont la responsabilité de mettre en œuvre les changements de la prestation des soins pour réduire les obstacles structurels à l'accès et à la participation au traitement.

Veillez à ce que les fournisseurs de tous les milieux de soins de santé reçoivent une éducation et formation continues, que le personnel représente la diversité de la population desservie en matière d'origine ethnique et culturelle, et que les soins tiennent compte des traumatismes, soient antiracistes et anti-oppression et adaptés sur le plan culturel.

Veillez à ce que les services de traitement des troubles alimentaires soient créés en partenariat avec les groupes les plus touchés par les déterminants sociaux de la santé, y compris les populations racialisées, pour répondre à leurs préoccupations et établir des soins de santé et des services communautaires et sociaux adaptés à la culture. Ce processus doit être accompagné d'un examen des politiques et procédures visant à éliminer les barrières systémiques intrinsèques à l'accès aux soins et aux services, pour faire progresser l'équité et éliminer les systèmes de déclenchement de l'oppression sociale et reconnaître l'intersectionnalité des identités des personnes atteintes d'un trouble alimentaire (voir l'annexe 4, Principes directeurs, Intersectionnalité)^{48,49}. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le document [Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario](#). De plus, pour vous aider dans l'élaboration de services personnalisés, vous pouvez utiliser l'[outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé de Santé Ontario](#) comme outil pratique d'aide à la décision qui vous aidera dans votre analyse de l'équité afin de régler les problèmes de racisme et de racisme anti-Noirs.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire déclarant recevoir des soins de leurs fournisseurs de soins primaires et dans un système de santé où on applique une approche antiracisme, antidiscrimination, antistigmatisation et anti-oppression
- Disponibilité locale des ressources et formations pour les fournisseurs de soins de santé de personnes atteintes d'un trouble alimentaire afin de leur apporter les connaissances et compétences nécessaires pour offrir des soins fondés sur la compassion, la prise en compte des traumatismes, exempts de préjugés et respectueux de la diversité des personnes

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Soins offerts aux personnes ne recevant pas de traitement

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui ne reçoivent pas de traitement actif se voient offrir une surveillance médicale, un soutien et un suivi répondant à leurs besoins et leurs préférences.

Sources : American Psychiatric Association, 2023¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2017²

Définitions

Personnes ne recevant pas de traitement actif : Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire peuvent ne pas recevoir de traitement actif parce qu'elles sont sur liste d'attente, parce que le traitement est terminé, parce qu'il n'a pas aidé par le passé ou parce qu'elles l'ont refusé². Les personnes ne recevant pas de traitement actif devraient être mises en relation avec des services de soins primaires et de soutien communautaire pour bénéficier d'une surveillance continue et d'une orientation vers un traitement des troubles alimentaires, tel qu'indiqué.

Surveillance médicale, soutien et suivi : La surveillance médicale est décrite dans l'énoncé de qualité 5. Le soutien peut consister en des interventions de développement personnel guidées^{2,17} (p. ex., manuels, interventions en ligne), un soutien par les pairs¹ et des interventions pour aider à se préparer au traitement. Des vérifications régulières de l'état de la personne et un suivi de ses comportements symptomatiques d'un trouble alimentaire sont assurés par un fournisseur de soins de santé.

Justification

Le traitement d'un trouble alimentaire peut être une expérience difficile sur les plans physique et psychologique. Certaines personnes peuvent trouver que les traitements intensifs sont intolérables ou inacceptables. D'autres peuvent ne pas avoir vu de bénéfices à la suite d'un traitement malgré de nombreuses tentatives

et peuvent refuser un autre traitement. La surveillance garantira que les personnes souffrant de troubles de l'alimentation et dont la santé est compromise sont identifiées et orientées vers les soins dont elles ont besoin. Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont l'état de santé est très précaire mais qui refusent le traitement, leur capacité à prendre une décision relative à leurs soins devrait être prise en compte selon la *Loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario*⁵⁰ et la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui de l'Ontario*.⁵¹ Les signes indiquant que la santé d'une personne peut être gravement menacée comprennent, sans toutefois s'y limiter, une perte de poids importante et rapide, des signes vitaux instables, des déséquilibres électrolytiques, des anomalies cardiaques, une instabilité hémodynamique, des complications médicales liées à la malnutrition, des pensées ou des comportements suicidaires, un risque de décès ou un risque imminent de complications médicales graves.^{1,52-54} Le renforcement des soins primaires et des soins de santé communautaires offerts peut aider les personnes ne recevant pas de traitement actif à atteindre leurs objectifs en matière de santé. Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et aidants peuvent avoir accès à des renseignements utiles via des sites Web, des bavardoirs et les médias sociaux¹. Toutefois, dans certains cas, les renseignements indiqués peuvent être erronés, et il est important d'être conseillé par des professionnels. Les professionnels de la santé devraient se renseigner sur le soutien par les pairs ou sur Internet et discuter des renseignements, idées et approches qui ont été recueillis à partir de ces sources et du niveau de données probantes à l'appui des décisions éclairées¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Il se peut que vous ne receviez pas de traitement actif pour votre trouble alimentaire, pour l'une des raisons suivantes :

- vous êtes sur liste d'attente pour un traitement;
- vous avez fini un traitement;
- le traitement préalable n'a pas aidé;
- vous refusez le traitement ou vous n'êtes pas prêt.

Si c'est le cas, vos fournisseurs de soins de santé devraient continuer à vous offrir un soutien répondant à vos besoins et vos préférences, et vous mettre en relation avec d'autres ressources disponibles.

Pour les cliniciens

Soutenez les personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas un traitement actif et collaborez avec elles et leurs familles et aidants pour déterminer quel type de suivi et de soutien répondra le mieux à leurs besoins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, processus et ressources sont en place pour permettre aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas un traitement actif de bénéficier d'une surveillance médicale continue, d'un suivi et d'un soutien selon leurs besoins.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas de traitement actif, mais faisant l'objet d'une surveillance médicale continue à chaque rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé
- Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas de traitement actif, mais déclarant se sentir soutenues par leur fournisseur de soins de santé

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Appendices

Appendice 1. À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire et leurs familles et leurs aidants

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient, membre de la famille ou aidant.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ces [guides des patients et des aidants](#) sur les troubles alimentaires pour vous aider à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'un trouble alimentaire. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions (appendice 2). La mesure est la clé de

l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Nos [guides des patients et des aidants](#) sur les troubles alimentaires, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), qui comprennent notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme de qualité, et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- [L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé](#), qui peut aider votre organisation à examiner comment les programmes et les politiques ont un impact différent sur les groupes de population. Cet outil peut aider à maximiser les effets positifs et à réduire les effets négatifs, dans le but de réduire les inégalités en matière de santé entre les groupes de population.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de

conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2. Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur les normes de qualité « Troubles alimentaires » a établi quatre indicateurs pour cette norme de qualité. Ces indicateurs peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins offerts aux personnes atteintes d'un trouble alimentaire ou qui présentent un risque de développer un tel trouble. La plupart des indicateurs peuvent être mesurés à l'échelle provinciale, et un des indicateurs peut être mesuré seulement à l'aide des données locales.

Les données tirées de ces indicateurs serviront à évaluer la qualité des soins que vous offrez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité. Nous sommes conscients que cette norme contient une longue liste d'indicateurs propres aux énoncés. Ces indicateurs sont fournis à titre d'exemples. Vous pourriez décider de créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité selon les besoins de la population desservie. Nous vous recommandons de déterminer des domaines d'intérêt sur lesquels axer la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs indicateurs associés pour orienter et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Les organismes peuvent se servir de ces utilisateurs dans le cadre de leurs initiatives d'amélioration de la qualité en lien avec les types de troubles alimentaires et les catégories d'âge (enfants et jeunes, adultes) qui intéressent leur équipe. Il n'est pas prévu que des données soient collectées au sujet des types de troubles et des groupes d'âge au-delà du domaine d'intérêt d'une équipe.

Pour évaluer si une prestation de soins est équitable, vous pouvez recueillir des données sur des indicateurs mesurés à l'échelle locale en fonction des caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, notamment l'âge, l'éducation, le genre, le niveau de revenu, la langue, l'origine ethnique et le sexe.

Notre [guide d'évaluation](#) présente des renseignements et des mesures concrètes sur la façon d'intégrer l'évaluation à votre planification et au travail d'amélioration de la qualité.

Évaluation à l'appui de la mise en œuvre

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Taux de visites au service d'urgence liées à un trouble alimentaire au cours de l'an dernier

- Dénominateur : population totale
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui se sont rendues au service d'urgence pour un trouble alimentaire au cours de l'an dernier
- Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), estimation de la population appropriée (Base de données sur les personnes inscrites, BDPI, tableaux sur la population de Statistique Canada).

Taux d'admissions à l'hôpital liées à un trouble alimentaire au cours de l'an dernier

- Dénominateur : population totale
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont été admises à l'hôpital pour un trouble alimentaire au cours de l'an dernier
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients (BDPCP), estimation de la population appropriée (Base de données sur les personnes inscrites, BDPI, tableaux sur la population de Statistique Canada).

Pourcentage de personnes s'étant rendues au service d'urgence pour un trouble alimentaire au cours de l'an dernier pour qui le service d'urgence a été le premier interlocuteur en matière de soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

- Dénominateur : nombre de personnes qui se sont rendues au service d'urgence pour un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur pour qui le service d'urgence a été le premier interlocuteur en matière de soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie au cours de l'an dernier
- Sources de données : BDPC, SNISA, base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), BDPI

Indicateur ne peut être mesuré qu'à l'aide de données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui déclarent une amélioration de leur qualité de vie

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur déclarant une amélioration de leur qualité de vie
- Sources de données : collecte des données locales

Comment mesurer l'amélioration pour des énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète

Pourcentage de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire qui bénéficient de ce qui suit :

- une évaluation complète de la santé mentale
- une évaluation complète de la santé physique
- Dénominateur : nombre de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire
- Numérateur :
 - nombre de personnes du dénominateur ayant bénéficié d'une évaluation complète de la santé mentale
 - nombre de personnes du dénominateur ayant bénéficié d'une évaluation complète de la santé physique
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire qui ont commencé ce qui suit dans les 8 semaines après la première consultation avec leur fournisseur de soins de santé :

- une évaluation complète de la santé mentale
- une évaluation complète de la santé physique
- Dénominateur :
 - nombre de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire qui ont commencé l'évaluation complète de la santé mentale

- nombre de personnes présentant des signes et symptômes d'un trouble alimentaire qui ont commencé l'évaluation complète de la santé physique
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont commencé cette évaluation exhaustive de la santé dans les 8 semaines après la première consultation avec leur fournisseur de soins de santé
- Sources de données : collecte des données locales

Disponibilité à l'échelle locale des évaluations des troubles alimentaires dans les 8 semaines suivant la première consultation avec un fournisseur de soins de santé pour des signes et symptômes d'un trouble alimentaire

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 2 : Niveau de soins

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui bénéficient du niveau de soins le plus approprié (voir Définition : Niveau de soins, pour connaître les considérations relatives au niveau de soins)

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui bénéficient du niveau de soins le plus approprié
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui déclarent qu'il y a eu une bonne collaboration entre les équipes de soins de santé durant une transition entre les différents niveaux de soins

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent qu'il y a eu une bonne collaboration entre les équipes de soins de santé durant une transition entre les différents niveaux de soins
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont les symptômes ne se sont pas améliorés grâce au traitement actuel et qui font l'objet d'une nouvelle évaluation par un fournisseur de soins de santé et se voient offrir l'option de traitement suivante la plus appropriée (voir Définition : Niveau de soins, pour connaître les considérations relatives au niveau de soins)

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont les symptômes ne se sont pas améliorés grâce au traitement actuel
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui font l'objet d'une nouvelle évaluation par un fournisseur de soins de santé et se voient offrir l'option de traitement suivante la plus appropriée
- Sources de données : collecte des données locales
- Stratification potentielle : enfants et adolescents, adultes

Énoncé de qualité 3 : Transition des jeunes vers les services de santé pour adultes

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui feront la transition des services pour jeunes aux services pour adultes, et qui reçoivent des soins transitoires pour assurer la continuité des soins et acquérir de l'autonomie

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui feront la transition des services pour jeunes aux services pour adultes
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent des soins transitoires pour assurer la continuité des soins et acquérir de l'autonomie
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 4 : Psychothérapie

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui suivent une psychothérapie fondée sur des données probantes assurée par un professionnel de la santé, dans les 8 semaines suivant la réalisation de l'évaluation exhaustive

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui suivent une psychothérapie fondée sur des données probantes assurée par un professionnel de la santé, dans les 8 semaines suivant la réalisation de l'évaluation exhaustive
- Sources de données : collecte des données locales

Disponibilité à l'échelle locale d'une psychothérapie fondée sur des données probantes assurée par un professionnel de la santé dans les 8 semaines suivant la réalisation de l'évaluation exhaustive

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 5 : Surveillance et stabilisation médicale

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire qui font l'objet d'une surveillance médicale continue à chaque rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur faisant l'objet d'une surveillance médicale continue à chaque rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont l'état de santé est instable et qui bénéficient par la suite d'une stabilisation médicale aiguë

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont l'état de santé est instable
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui bénéficient d'une stabilisation médicale aiguë
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 6 : Soutien aux familles et aux soignants

Pourcentage d'enfants et de jeunes atteints d'un trouble alimentaire dont les familles et les aidants reçoivent des ressources, du soutien structuré et de l'information de la part d'un fournisseur de soins de santé

- Dénominateur : nombre d'enfants et jeunes atteints d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les familles et les aidants reçoivent des ressources, du soutien structuré et de l'information de la part d'un fournisseur de soins de santé
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont les familles et les aidants participent aux soins et déclarent se sentir soutenus et informés sur les troubles alimentaires

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire dont les familles et les aidants participant à leurs soins
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les familles et les aidants déclarent se sentir soutenus et informés sur les troubles alimentaires
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 7 : Comorbidités physiques, de santé mentale et de dépendance

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ayant des problèmes comorbides de santé physique, mentale ou de toxicomanie, qui reçoivent un traitement pour leur trouble alimentaire dans le cadre du même plan de traitement

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ayant des problèmes comorbides de santé physique, mentale ou de toxicomanie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent un traitement pour leur trouble alimentaire dans le cadre du même plan de traitement que celui pour leurs problèmes comorbides de santé physique, mentale ou de toxicomanie
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 8 : Promouvoir l'équité

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire déclarant recevoir des soins de leurs fournisseurs de soins primaires et dans un système de santé où on applique une approche antiracisme, antidiscrimination, antistigmatisation et anti-oppression

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur déclarant recevoir des soins de leurs fournisseurs de soins primaires et dans un système de santé où on applique une approche antiracisme, antidiscrimination, antistigmatisation et anti-oppression
- Sources de données : collecte des données locales

Disponibilité locale des ressources et formations pour les fournisseurs de soins de santé de personnes atteintes d'un trouble alimentaire afin de leur apporter les connaissances et compétences nécessaires pour offrir des soins fondés sur la compassion, la prise en compte des traumatismes, exempts de préjugés et respectueux de la diversité des personnes

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 9 : Soins pour les personnes ne recevant pas de traitement actif

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas de traitement actif, mais faisant l'objet d'une surveillance médicale continue à chaque rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas de traitement actif
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur faisant l'objet d'une surveillance médicale continue à chaque rendez-vous avec leur fournisseur de soins de santé
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas de traitement actif, mais déclarant se sentir soutenues par leur fournisseur de soins de santé

- Dénominateur : nombre de personnes atteintes d'un trouble alimentaire ne recevant pas de traitement actif
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur déclarant se sentir soutenues par leur fournisseur de soins de santé.
- Sources de données : collecte des données locales

Appendice 3. Glossaire

Adultes : Personnes âgées de 18 ans et plus

Aidant : Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'un trouble alimentaire. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « partenaires de soins », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».

Enfants et jeunes : Personnes de moins de 18 ans.

Soins adaptés sur le plan culturel : Des soins qui tiennent compte des traditions culturelles ou religieuses, des valeurs et des croyances de la personne; qui sont offerts dans la langue de préférence de la personne; qui tiennent compte des conseils propres à la culture et qui intègrent les souhaits de la personne de faire participer les membres de sa famille et de sa communauté.

Famille : Les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne désigne les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.

Professionnel de la santé : Les professionnels de la santé ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels.

Équipe de soins de santé : Tous les fournisseurs, les fournisseurs de soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que les autres professionnels de la santé offrant des soins et un soutien à la personne (et à ses parents et aidants, s'il y a lieu).

Soins primaires : Un milieu où les personnes reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) par un professionnel de la santé réglementé que la personne peut consulter directement sans être orientée par un autre professionnel. Il s'agit généralement d'un médecin de soins primaires, d'un médecin de famille, d'un infirmier praticien ou d'autres professionnels de la santé ayant le pouvoir d'orienter les patients, de demander des examens biologiques et de prescrire des médicaments.^{55,56}

Fournisseur de soins primaires : Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaire) ou un infirmier praticien.

Transition des soins : Une transition survient lorsqu'un patient est transféré d'un milieu de soins (hôpital, établissement de soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et en milieu communautaire, etc.) à un autre, ou entre différents fournisseurs de soins de santé dans le cadre du traitement d'une maladie aiguë ou chronique.

Appendice 4. Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement.⁵⁷

Soins intégrés

Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire devraient bénéficier de soins selon une approche intégrée qui facilite l'accès à des services interprofessionnels de plusieurs fournisseurs de soins de santé issus de différents horizons professionnels et dans tous les milieux de soins pour offrir des services complets^{58,59}. Les fournisseurs de soins de santé devraient collaborer avec les patients, leurs familles et aidants et les communautés pour offrir des soins de la plus grande qualité possible dans tous les milieux. La collaboration interprofessionnelle, la prise de décisions partagée, la coordination des soins et la continuité des soins (y compris des soins de suivi) sont des éléments clés de cette approche axée sur le patient⁵⁹.

Intersectionnalité

L'intersectionnalité désigne les différences dans les expériences de discrimination et d'injustice fondées sur les catégorisations sociales comme l'origine ethnique, la classe sociale, l'âge et le genre. Ces catégorisations interreliées sont connues pour créer des systèmes de discrimination ou de défavorisation interdépendants et se chevauchant.^{60,61} Par exemple, les préjugés dont sont victimes les personnes atteintes d'un trouble alimentaire peuvent varier selon leur origine ethnique, leur âge, les barrières linguistiques, leur genre, leur orientation sexuelle, leur apparence ou leur classe sociale présumée, mais ils peuvent aussi varier selon la situation clinique et d'autres caractéristiques démographiques. Par conséquent, il faut comprendre de quelle façon divers aspects des identités d'une personne se recoupent pour connaître les complexités des processus qui entraînent les iniquités en santé, et comment différentes personnes sont victimes de préjugés et de discrimination.

Reconnaissance et soutien du rôle des parents, membres de la famille et aidants

La reconnaissance et le soutien du rôle des parents, membres de la famille et aidants consistent à créer des conditions et une culture où ces personnes sont respectées pour leur expertise et accueillies en tant que partenaires des soins du jeune^{62,63}. Cela commence par reconnaître l'influence positive qu'elles ont sur les résultats de santé au niveau individuel et systémique. Parmi les autres composantes clés pour développer des relations collaboratives entre le jeune, les

membres de sa famille/ses aidants et ses fournisseurs de soins de santé, on compte notamment la participation constante, la confiance mutuelle et la prise en compte des besoins des parents, des membres de la famille et des aidants.

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influent sur la santé de la personne. On appelle cela des déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé, on compte le chômage et les conditions de travail, l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le genre, le logement, le statut d'immigration, l'exclusion sociale et le fait de vivre dans une région rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir d'importants effets sur la santé d'une personne et celle de la population; ils jouent un rôle important pour comprendre les causes profondes des problèmes de santé. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui peuvent aggraver l'état de leur santé mentale, y compris les préjugés sociaux, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à l'emploi, à des revenus et au logement.

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions des expériences traumatiques sur les gens³⁷. Cette approche ne vise pas nécessairement à traiter le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels. Cette approche insiste sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme⁶⁴.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Jennifer Couturier (coprésidente)

Psychiatre, Programme pédiatrique sur les troubles de l'alimentation
Hôpital pour enfants McMaster

Kathryn Trottier (coprésidente)

Psychologue et responsable des programmes cliniques, Programme sur les troubles de l'alimentation
Hôpital général de Toronto, Réseau universitaire de santé

Shubpreet Aujla

Diététiste professionnelle,
Programme sur les troubles de l'alimentation
Réseau de santé William Osler

Christina Bartha

Directrice exécutive principale,
Systèmes de santé mentale des étudiants, Politique et stratégie,
Université de Toronto

Lisa Boniferro

Travailleuse sociale, cabinet privé

Karen DeGagne

Gestionnaire, Programme sur les troubles de l'alimentation, St. Joseph's Care Group, Thunder Bay

Marla Engelberg

Psychologue clinicienne, cabinet privé

Natalie Florence

Gestionnaire, Équipe chargée des troubles de l'alimentation
Association canadienne pour la santé mentale – Waterloo Wellington

Amy Gajaria

Psychiatre, Services pour les enfants, les jeunes et les familles
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Chloe Grande

Conseillère en expériences vécues
Blogueuse, rédactrice et conférencière sur le rétablissement d'un trouble alimentaire

Natasha Johnson

Pédiatre, médecine des adolescents
Présidente, équité, diversité et inclusion
Hôpital pour enfants McMaster

Linda Liu

Infirmière clinicienne spécialisée, psychiatrie médicale
Hôpital général de Toronto, Réseau universitaire de santé

Techiya Loewen

Aidante avec une expérience directe
Personne-ressource d'entraide-
familles

Mark Norris

Pédiatre, médecine des adolescents
Directeur médical, Programme
régional sur les troubles de
l'alimentation
Centre hospitalier pour enfants de
l'est de l'Ontario, Université d'Ottawa

Wendy Preskow

Aidante avec une expérience directe
Présidente, National Initiative for
Eating Disorders

Genevieve Proulx

Psychiatre, Réseau universitaire de
santé

Sterling Renzoni

Conseiller en expériences vécues

Jill Riva

Gestionnaire clinique et responsable
régionale, Programme régional sur
les troubles de l'alimentation
Horizon Santé-Nord

Alene Toulany

Pédiatre, médecine des adolescents
The Hospital for Sick Children (hôpital
pour enfants malades), Institute for
Clinical Evaluative Sciences

Deborah Wilkes-Whitehall

Médecin de famille avec la
désignation de pratique en
psychothérapie axée sur le médecin
généraliste
Niagara Eating Disorder Outpatient
Program

Santé Ontario tient également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de cette norme de qualité à titre de membres d'office :

Sanober Diaz

Directrice générale, Provincial Council for Maternal and Child Health (Conseil provincial pour la santé maternelle et pédiatrique)

Catherine Ford

Directrice, Stratégie et Transformation, Eating Disorders Ontario

Purnima Sundar

Directrice générale, Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes

Références

- (1) Association AP. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders [Internet]. Washington (DC): The Association; 2023 [cited 2023 Feb]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890424865>
- (2) National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. London: The Institute; 2017 [cited 2021 Jul]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- (3) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Eating disorders: a national clinical guideline [Internet]. Edinburgh (Scotland): The Network; 2022 [cited 2022 Jan]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/eating-disorders/>
- (4) Konstantakopoulos G, Tchanturia K, Surguladze SA, David AS. Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychol Med*. 2011;41(9):1951-61.
- (5) Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2015;48(7):946-71.
- (6) Smith AR, Zuromski KL, Dodd DR. Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:63-7.
- (7) Toulany A, Yu W, Lebenbaum M, Strauss R, Chen S, Guttman A, et al. Impact of COVID-19 on adolescent and young adult acute mental health care utilization in Ontario, Canada. Toronto (ON): ICES; 2022.
- (8) Toulany A, Kurdyak P, Guttman A, Stukel TA, Fu L, Strauss R, et al. Acute care visits for eating disorders among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic. *J Adolesc Health*. 2022;70(1):42-7.
- (9) Martinson J. In the shadow of a pandemic, demand soars for eating disorder treatment [Internet]. Vancouver (BC): CBC News; 2020 Dec 9 [cited 2022 Aug]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/anorexia-shadow-pandemic-1.5833677>
- (10) Spettigue W, Obeid N, Erbach M, Feder S, Finner N, Harrison ME, et al. The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. *J Eat Disord*. 2021;9(1):65.
- (11) Romano KA, Lipson SK, Beccia AL, Quatromoni PA, Gordon AR, Murgueitio J. Changes in the prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder symptoms from 2013 to 2020 among a large national sample of U.S. young adults: a repeated cross-sectional study. *Int J Eat Disord*. 2022;55(6):776-89.
- (12) Sonnevile KR, Lipson SK. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *Int J Eat Disord*. 2018;51(6):518-26.
- (13) Pedram P, Patten SB, Bulloch AGM, Williams JVA, Dimitropoulos G. Self-reported lifetime history of eating disorders and mortality in the general population: a Canadian

- population survey with record linkage. *Nutrients*. 2021;13(10).
- (14) The American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders [Internet]. United States: The Association; 2022 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Practice-Guidelines-Eating-Disorders.pdf>
- (15) Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):340-5.
- (16) O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181104.
- (17) Couturier J, Pellegrinin D, Miller C, Bhatnagar N, Boachie A, Bourret K, et al. The COVID-19 pandemic and eating disorders in children and adolescents: recommendations from the Canadian Consensus Panel [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Institutes of Health Research; 2021 Jan 22 [cited 2021 Jul]. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/52053.html>
- (18) Arbel R, Latzer Y, Koren D. Revisiting poor insight into illness in anorexia nervosa: true unawareness or conscious disagreement? *J Psychiatr Pract*. 2014;20(2):85-93.
- (19) Gorwood P, Duriez P, Lengvenyte A, Guillaume S, Criquillion S. Clinical insight in anorexia nervosa: associated and predictive factors. *Psychiatry Res*. 2019;281:112561.
- (20) Hornberger LL, Lane MA. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2021;147(1):e2020040279.
- (21) Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(5):412-25.
- (22) Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2020;8(4).
- (23) National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders [Internet]. London: The Institute; 2018 [cited 2021 Jul]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs175>
- (24) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2022 Jun]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- (25) Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8.
- (26) Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence ... and young adulthood. Authors' reply. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(4):e7.
- (27) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2022 Jun]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs140>
- (28) Colver A, McConachie H, Le Couteur A, Dovey-Pearce G, Mann

- (29) KD, McDonagh JE, et al. A longitudinal, observational study of the features of transitional healthcare associated with better outcomes for young people with long-term conditions. *BMC Med.* 2018;16(1):111.
- (29) College of Registered Psychotherapists of Ontario. *Controlled Act of Psychotherapy: Everything you need to know* [Internet]. Toronto (ON): The College; 2020 [cited 2022 Nov 8]. Available from: <https://www.crpo.ca/controlled-act-of-psychotherapy/>
- (30) Waller G, Tatham M, Turner H, Mountford VA, Bennetts A, Bramwell K, et al. A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *Int J Eat Disord.* 2018;51(3):262-9.
- (31) National Institute for Health and Care Excellence. *Supporting adult carers* [Internet]. London: The Institute; 2020 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng150>
- (32) Nikniaz Z, Beheshti S, Abbasalizad Farhangi M, Nikniaz L. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and odds of eating disorders in patients with celiac disease and vice-versa. *Int J Eat Disord.* 2021;54(9):1563-74.
- (33) Peters JE, Basnayake C, Hebbard GS, Salzberg MR, Kamm MA. Prevalence of disordered eating in adults with gastrointestinal disorders: a systematic review. *Neurogastroenterol Motil.* 2022;34(8):e14278.
- (34) Keshishian AC, Tabri N, Becker KR, Franko DL, Herzog DB, Thomas JJ, et al. Eating disorder recovery is associated with absence of major depressive disorder and substance use disorders at 22-year longitudinal follow-up. *Compr Psychiatry.* 2019;90:49-51.
- (35) Franko DL, Tabri N, Keshaviah A, Murray HB, Herzog DB, Thomas JJ, et al. Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: data from a 22-year longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2018;96:183-8.
- (36) Himmerich H, Hotopf M, Shetty H, Schmidt U, Treasure J, Hayes RD, et al. Psychiatric comorbidity as a risk factor for mortality in people with anorexia nervosa. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;269(3):351-9.
- (37) Ministry of Children, Community and Social Services. *Ontario's quality standards framework: a resource guide to improve the quality of care for children and young persons in licensed residential settings* [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2022 Jul]. Available from: <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/childrens-aid/MCCSS-Residential-Resource-Guide.pdf>.
- (38) Diabetes Canada. *2018 Clinical practice guidelines* [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; 2018 [cited 2022 Aug]. Available from: <https://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf>.
- (39) George JB, Franko DL. Cultural issues in eating pathology and body image among children and adolescents. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(3):231-42.
- (40) Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biol Psychiatry.* 2018;84(5):345-54.

- (41) Perez M, Ohrt TK, Hoek HW. Prevalence and treatment of eating disorders among Hispanics/Latino Americans in the United States. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):378-82.
- (42) Avila JT, Golden NH, Aye T. Eating disorder screening in transgender youth. *J Adolesc Health*. 2019;65(6):815-7.
- (43) Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, Lam PY. Eating disorder diagnoses and symptom presentation in transgender youth: a scoping review. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(11):107.
- (44) Rainbow Health Ontario. Health in focus: eating disorders in LGBT2SQ adults and adolescents [Internet]. Toronto (ON): Sherbourne Health; 2021 [cited 2022 Aug]. Available from: https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2021/03/Health-in-focus_Eating-Disorders.pdf
- (45) Jones BA, Haycraft E, Bouman WP, Brewin N, Claes L, Arcelus J. Risk factors for eating disorder psychopathology within the treatment seeking transgender population: the role of cross-sex hormone treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(2):120-8.
- (46) Nowaskie DZ, Filipowicz AT, Choi Y, Fogel JM. Eating disorder symptomatology in transgender patients: differences across gender identity and gender affirmation. *Int J Eat Disord*. 2021;54(8):1493-9.
- (47) Uniacke B, Glasofer D, Devlin M, Bockting W, Attia E. Predictors of eating-related psychopathology in transgender and gender nonbinary individuals. *Eat Behav*. 2021;42:101527.
- (48) Canadian Nurses Association. CNA's key messages on anti-Black racism in nursing and health [Internet]. Ottawa (ON): The Association; 2020 [cited 2022 Aug]. Available from: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Anti-Racism-key-messages_e.pdf
- (49) Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2993.
- (50) Health Care Consent Act, S.O. 1996, c. 2, Sched. A (1996).
- (51) Substitute Decisions Act, S.O. 1992, c. 30 (1992).
- (52) Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders [Internet]. Australia: The Australian and New Zealand journal of psychiatry; 2014 [cited 2021 Jan]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25351912/>
- (53) Joel Jahraus BQ-R, Barton Blinder, Carolyn Costin, Luke Einerson, Rich Levine Connie Roberts, Janet Treasure, Joel Yager Academy for Eating Disorders Clinical Practice Recommendations for Residential and Inpatient Eating Disorders Programs [Internet]: Academy for Eating Disorders Clinical Practice Recommendations for Residential and Inpatient Eating Disorders Programs 2012 [cited 2023 February 15, 2023]. Available from: https://eatingdisorderhope.com/wp-content/uploads/2014/04/AED-Residential-InpatientStandardsBoardapproved_WEBSITE-1212.pdf#:~:text=The%20guidelines%20

- [20were%20developed%20by%20the%20Academy%20for%20recommendations%20for%20residential%20and%20inpatient%20eating%20disorder%20programs.](#)
- (54) Geller J, Goodrich S, Chan K, Cockell S, Srikameswaran S. Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of services [Internet]. British Columbia (Canada): British Columbia Ministry of Health; 2012 [cited 2012 Sept]. Available from: <https://mh.providencehealthcare.org/sites/default/files/BC%20Eating%20Disorders%20Clinical%20Practice%20Guidelines.pdf>
- (55) Management of Substance Use Disorders Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2015 [cited 2019 Sep 30]. Available from: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDC_PGRevised22216.pdf.
- (56) National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. London: The Institute; 2011 [updated 2014 Oct; cited 2018 Sep]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG115/>.
- (57) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 Jan]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (58) Adams-Graves P, Bronte-Jordan L. Recent treatment guidelines for managing adult patients with sickle cell disease: challenges in access to care, social issues, and adherence. *Expert Rev Hematol.* 2016;9(6):541-52.
- (59) Organization WH. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: The Organization; 2010 [cited 2017 Mar 31]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- (60) Crenshaw K. Demarginalising the intersection of race and sex: A Black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory, and anti-racist politics. *University of Chicago Legal Forum.* 2011;140:25-42.
- (61) Alani Z. Exploring intersectionality: an international yet individual issue. *Orphanet J Rare Dis.* 2022;17(1):71.
- (62) Legislative Assembly of Ontario. Bill 59, Caregiver Recognition Act, 2018 [Internet]. Toronto (ON): The Assembly; 2018 [cited 2021 Aug]. Available from: <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-42/session-1/bill-59>.
- (63) Ontario Caregiver Organization. Caregiver ID: formal recognition of the caregiving role [Internet]. Toronto (ON): The Organization; 2021 [cited 2021 Aug]. Available from: <https://ontariocaregiver.ca/caregiver-id-formal-recognition-of-the-caregiving-role/>
- (64) Sickle-Cell.com editorial team. Coping with mental health: trauma-informed care [Internet]. Philadelphia: Health Union, LLC; 2022 Mar 18 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://sickle-cell.com/living/trauma-informed-care?fbclid=IwAR3HiW2fvvfJWx5C>

RÉFÉRENCES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

[mWO4lQyzZ4RugSaMNt2mQd8DC
Sg3aUoAcGckkMet8h4&utm_sourc
e=facebook.com&utm_medium=org
anic](https://www.facebook.com/mWO4lQyzZ4RugSaMNt2mQd8DCSg3aUoAcGckkMet8h4&utm_source=facebook.com&utm_medium=organic)

À propos de nous

Santé Ontario

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être. Nous nous employons à améliorer les résultats en matière de santé, l'expérience des patients et des fournisseurs et à soutenir l'optimisation des ressources allouées aux soins de santé.

Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances

Le Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances a été créé au sein de Santé Ontario et a servi de base pour élaborer et maintenir la stratégie pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances. Cette stratégie reconnaît que les soins pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances sont une composante essentielle d'un système de soins intégré. Le Centre a pour rôle d'assurer que les soins pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances sont :

- offerts de façon uniforme dans l'ensemble de la province;
- intégrés au système de santé dans son ensemble;
- plus facilement accessibles;
- adaptés aux divers besoins des personnes vivant en Ontario et de leurs familles.

Le Centre contribuera également à la mise en œuvre de la Feuille de route vers le mieux-être, le plan provincial visant à bâtir un système complet et connecté pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : "Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait,

elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société."

Pour plus d'informations, visitez : OntarioHealth.ca/fr/a-propos-de-nous/notre-personnel

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario
60 rue Bloor Ouest, 5^e étage
Toronto, Ontario
M4W 3B8

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype: 1-800-855-0511
Courriel :
QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site Web : hqontario.ca

ISBN 978-1-4868-6778-3 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

