

Article

« Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal »

Daniel Bolduc, Howard Steiger et Freedom Leung

Santé mentale au Québec, vol. 18, n° 2, 1993, p. 183-196.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032277ar>

DOI: 10.7202/032277ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal

Daniel Bolduc*
Howard Steiger**
Freedom Leung***

La présente étude fait partie d'un projet de recherche portant sur les habitudes alimentaires des adolescentes et les facteurs de vulnérabilité aux troubles alimentaires. Nous présentons ici les résultats ayant trait à la prévalence des préoccupations et des troubles liés à l'alimentation dans un groupe, nonreprésentatif, de 1162 adolescentes de la région de Montréal. Les items de deux échelles souvent employées dans le domaine révèlent que le tiers des filles sont insatisfaites de leur corps et que 14 % d'entre elles adoptent des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation. À l'aide de différents critères, on estime la prévalence de l'anorexie nerveuse à environ 0,6 % et celle de la boulimie nerveuse entre 0,5 et 2,5 %. Ces résultats se comparent à ceux rapportés dans d'autres centres urbains occidentaux et font ressortir l'urgence de sensibiliser la population et les milieux de la santé québécois aux troubles alimentaires.

La prévalence des désordres alimentaires serait vraisemblablement en hausse depuis les deux ou trois dernières décennies (Shisslak et al., 1987). Ces troubles apparaissent dans 90 % des cas chez des personnes de sexe féminin, particulièrement durant l'adolescence ou

* Daniel Bolduc, M.A., est assistant de recherche à la Clinique des troubles de l'alimentation du Centre hospitalier Douglas.

** Howard Steiger, Ph.D., est chef de service de la Clinique des troubles de l'alimentation du Centre hospitalier Douglas et professeur adjoint de psychiatrie à l'Université McGill.

*** Freedom Leung, Ph.D., est professeur au département de psychologie de l'Université Chinoise de Hong Kong. Les auteurs désirent souligner le travail accompli par Guadeloupe Puentes-Neuman et Lucie Houle, et remercier la direction, les enseignants et les adolescentes des écoles qui ont permis la réalisation de cette recherche. Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention du Fonds de la recherche en santé du Québec (no 871398).

le début de l'âge adulte (Crisp, 1988; Shisslak et al., 1987). Selon diverses études de type épidémiologique menées dans des centres urbains occidentaux, entre 0,5 et 2,0 % des jeunes femmes manifesteraient un trouble d'anorexie nerveuse (Crisp et al., 1976; Pope et al., 1984; Withaker et al., 1989). Quant à la boulimie nerveuse, les méthodologies et critères diagnostiques utilisés diffèrent souvent d'une étude à l'autre. La prévalence peut ainsi varier entre 1 et 8 % chez les jeunes femmes lorsqu'on a recours aux critères du DSM-III (APA, 1980) (Connors et Johnson, 1987; Crowther et al., 1992) ou de 1 à 4 % si on emploie les critères plus sévères du DSM-III-R (APA, 1987) (Fairburn et Beglin, 1990). Ces troubles sont souvent associés à d'autres difficultés au plan psychologique (Laessle et al., 1989; Prather et Williamson, 1988) et à diverses complications médicales (Mitchell, 1986a; 1986b). La prévalence des désordres alimentaires sous-cliniques (présence de seulement certaines caractéristiques) est encore plus élevée dans ces populations, oscillant entre 5 et 24 % selon les critères retenus (Connors et Johnson, 1987; Fairburn et Beglin, 1990). Enfin, de nombreuses études révèlent la présence d'attitudes et de comportements inadaptés face à l'alimentation et à l'image corporelle chez un bon nombre de jeunes femmes occidentales (Connors et Johnson, 1987; Patton, 1988; Withaker et al., 1989).

À l'heure actuelle, on dispose de peu de données sur les problèmes alimentaires dans la population québécoise. La seule étude a été réalisée à l'aide du *Eating Attitude Test* (EAT-26) (Garner et al., 1982) auprès de 1 144 étudiantes de niveau collégial (Ratté et al., 1989). Le EAT-26 est un bref questionnaire très utilisé qui examine la présence d'attitudes et de comportements alimentaires inadaptés. Les résultats de cette étude révèlent que 16,2 % des étudiantes obtiennent un score total au EAT-26 signalant la présence de caractéristiques associées à la boulimie et à l'anorexie nerveuse. Les auteurs estiment également, à l'aide d'entrevues semi-structurées, qu'environ 8 % des jeunes femmes ont vécu des problèmes alimentaires d'intensité clinique au cours des trois dernières années et que 1,5 % ont manifesté de l'anorexie nerveuse.

La présente étude vise à présenter un tableau plus détaillé des préoccupations et des problèmes alimentaires des jeunes québécoises. Nous allons ainsi examiner dans quelle mesure différents comportements et attitudes inadaptés face à l'alimentation sont répandus, et le degré de satisfaction des adolescentes face à leur image corporelle. De plus, la prévalence des troubles cliniques et sous-cliniques potentiels d'anorexie et de boulimie nerveuses est estimée à l'aide de

différents indices. L'étude est réalisée auprès d'adolescentes car celles-ci représentent, de par leur sexe et leur âge, le groupe qui risque le plus de développer des troubles de l'alimentation.

Méthodologie

Participant

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un plus large projet de recherche portant sur les habitudes alimentaires des adolescentes et sur les facteurs psychosociaux de vulnérabilité aux troubles de l'alimentation (Steiger et al., 1992; Steiger et al., 1991). Les données ont été recueillies entre septembre 1989 et mai 1990 auprès de 1162 filles fréquentant 11 écoles secondaires de la région de Montréal: 620 proviennent du secteur anglophone et 542 du secteur francophone. Cet échantillon n'a pas été constitué de façon aléatoire puisque le but premier de ce projet d'étude n'était pas de réaliser une enquête épidémiologique. La représentativité de notre échantillon ne peut donc être entièrement assurée. On note d'ailleurs que les adolescentes proviennent surtout de milieux socio-économiques allant de moyens à moyens-élevés. À cet égard, des études épidémiologiques récentes indiquent toutefois que la prévalence des troubles alimentaires n'est pas fortement liée au statut socio-économique (Chandarana et al., 1987; Dolan et al., 1989; Pope et al., 1987).

Le recrutement des participants s'est effectué en plusieurs étapes. Dans un premier temps, nous avons obtenu l'autorisation de la direction des écoles. Celle-ci nous a ensuite fourni une liste des enseignants disposés à participer à l'étude. Nous avons présenté brièvement la recherche à ces enseignants et leur avons remis des lettres d'introduction présentant le projet et des formulaires de consentement pour leurs élèves ainsi que leurs parents. Une assistante de recherche s'est ensuite rendue dans les classes faire remplir le questionnaire aux filles ayant consenti à participer à l'étude, avec l'autorisation de leurs parents. Environ 43 % des jeunes femmes, des classes dont le professeur avait accepté de collaborer, ont répondu au questionnaire. Ce faible taux de participation résulterait en partie du fait que la collaboration de certains professeurs s'est avérée plus ou moins fructueuse (omission de remettre les formulaires de consentement et la lettre d'introduction, refus d'interrompre les activités de la classe pour la passation du questionnaire, etc.). Certaines élèves ont aussi refusé de répondre aux questionnaires ou étaient absentes au moment de la passation.

Mesures

Un questionnaire est construit à l'aide d'échelles existantes et de questions élaborées par les auteurs afin de répondre aux différents objectifs du projet de recherche. Pour les fins de la présente étude, seules deux échelles et quelques items sont retenus. Le *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (Garner et al., 1982) est un questionnaire composé de 26 items évaluant l'adhésion à des attitudes et comportements dysfonctionnels au niveau de l'alimentation. L'échelle de réponse standard du EAT-26, allant de «jamais» (1) à «toujours» (6), est utilisée et seuls les scores supérieurs à 3 (souvent, généralement et toujours) sont ici considérés comme une réponse inadaptée. Il a été établi qu'un score total de 20 ou plus signifierait la présence de cognitions et de comportements associés à des troubles alimentaires cliniquement significatifs (Garner et al., 1982). Le EAT-26 a été traduit en français et validé auprès d'un échantillon franco-québécois par Leichner et al., (sous-presse). Cette étude montre que les versions française et anglaise sont équivalentes en ce qui a trait à la consistance interne, la structure factorielle, la validité concurrente interne ainsi que la distribution des scores chez des adolescentes francophones (n=686) et anglophones (n=279).

Huit énoncés du *Body Dissatisfaction Scale* inclus dans le *Eating Disorder Inventory* (Garner et al., 1983) sont utilisés pour mesurer la satisfaction relativement à l'image corporelle (hanches, cuisses, fesses, silhouette). Quatre items additionnels sont élaborés afin d'évaluer la présence et la fréquence des orgies alimentaires (telles que défini selon le DSM-III-R) ainsi que celles des comportements visant à prévenir le gain de poids, i.e. exercice, vomissements, emploi de laxatifs ou pilules amaigrissantes (voir Appendice). Une échelle de réponse en cinq points allant de «jamais» à «toujours» est employée pour des items ainsi que pour ceux portant sur l'image corporelle. Pour les besoins de la présente recherche, seuls les scores supérieurs à 3 (souvent et toujours) ou inférieurs à 3 (rarement et jamais), lorsque l'échelle de réponse est inversée, sont considérés comme une réponse inadaptée. Enfin, des informations socio-démographiques sur la jeune femme et sa famille, son poids actuel et celui désiré ainsi que sur sa taille sont recueillies. Le poids actuel et la taille servent à calculer l'Indice de masse corporelle. (IMC) (IMC = Poids/taille). Cet indice permet d'estimer de façon relativement fiable le statut nutritionnel des adolescents (Beumont et al., 1988).

Procédure

Après avoir obtenu l'autorisation de la direction des écoles ainsi que le consentement des parents et des adolescentes, ces dernières sont invitées à répondre à un questionnaire portant sur la santé des femmes. La passation du questionnaire est réalisée en groupe d'environ 20 filles durant les heures de classe. Une assistante de recherche leur présente l'instrument de mesure, leur explique comment le remplir et répond à leurs questions. Les participantes prennent environ 60 à 75 minutes pour compléter le questionnaire.

Résultats

Données descriptives

Les adolescentes sont âgées en moyenne de 14,7 ans ($\bar{x} = 1,43$) et on n'observe aucune différence selon le groupe linguistique. Afin d'évaluer s'il existe des variations selon l'âge pour les variables étudiées, les participantes sont divisées en deux groupes: les plus jeunes, âgées entre 1 et 14 ans, composé de 48 % des filles (et théoriquement plus à risque pour l'anorexie) et les plus vieilles, âgées de 15 à 20 ans, incluant 52 % des sujets (groupe probablement plus à risque pour la boulimie nerveuse). L'IMC moyen pour l'ensemble de l'échantillon est de 20,3 ($\bar{x} = 2,79$; étude: 13 à 39) et on ne trouve pas de différence entre les groupes linguistiques. L'IMC moyen des filles plus âgées est toutefois un point plus élevé que celui des plus jeunes (20,8 vs 19,8; $t(1103) = 5,71$; $p < 0,01$). En ce qui a trait au statut socio-économique, on note que 49 % des pères et 39 % des mères ont complété un diplôme universitaire et que 62 % des pères et 37 % des mères occupent un emploi professionnel ou de direction.

Attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation

Cent soixante-et-une adolescentes (13,9 %) obtiennent un score total de 20 ou plus au EAT-26. Elles présenteraient ainsi des attitudes et comportements alimentaires qui sont associés aux troubles de l'alimentation. Ce profil apparaît davantage chez les filles âgées entre 15 et 20 ans que chez celles de 11 à 14 ans (15,9 % vs 11,6 %) ($X^2(1,1160) = 4,48$; $p < 0,03$). Ces résultats correspondent à ceux obtenus par d'autres chercheurs employant le EAT-26 (Garner et Garfinkel, 1979; Ratté et al., 1989).

De façon plus spécifique, les items du EAT-26 révèlent que 11,3 % des adolescentes évitent de manger lorsqu'elles ont faim et que 15 % se sentent coupables après avoir mangé. Ces deux caractéristi-

ques apparaissent davantage chez les plus vieilles que chez les plus jeunes ($X^2(1, 1155) = 4,57; p < 0,03$ et $X^2(1, 1158) = 7,57; p < 0,01$). On apprend également que 17,9 % des filles s'obligent à se mettre à la diète et que 10 % consomment des aliments diététiques. Le recours à ce type d'aliments est plus répandu chez les sujets âgés entre 15 et 20 ans ($X^2(1, 1155) = 4,43; p < 0,04$). Sept pour cent des répondantes avouent qu'elles ont l'impression que la nourriture domine leur vie et 10,8 % aiment avoir l'estomac vide. Enfin, 14,6 % des adolescentes évitent de manger des aliments sucrés et 18 % se sentent mal à l'aise après en avoir mangé. Ce malaise est rapporté par un plus grand nombre de filles provenant du groupe des plus vieilles ($X^2(1, 1153) = 7,34; p < 0,01$).

Image corporelle

Les items du *Body Dissatisfaction Scale* et du EAT-26 indiquent que le tiers des jeunes femmes sont rarement contentes de leur silhouette, que 42 % vivent dans la crainte d'être trop grosse et que 40,5 % sont préoccupées par le désir d'être mince. De façon plus spécifique, on constate qu'une forte proportion de filles trouvent qu'elles ont un trop gros ventre (33,7 %), ou des cuisses (42,2 %), des hanches (26,6 %) ou des fesses (27,6 %) trop grosses. Pourtant, seulement 2,2 % des adolescentes de notre échantillon présentent un IMC qui peut être associé à l'obésité ($IMC > 27$). Un indice calculé à partir de l'écart entre le poids réel et celui désiré par les adolescentes suggère une insatisfaction encore plus grande face à l'image corporelle. Seulement 17,7 % des filles seraient satisfaites de leur poids, 8,9 % aimeraient en gagner et plus de 70 % désireraient en perdre. Il est à noter que les filles âgées entre 15 et 20 ans sont plus nombreuses à manifester de l'insatisfaction à l'égard de leur corps pour tous les items examinés ($p < 0,02$), à l'exception de celui portant sur la silhouette.

Orgies et purges alimentaires

Bien que notre définition du terme «orgie alimentaire» soit assez stricte (voir Appendice), on observe tout de même que 35,8 % des jeunes femmes font à l'occasion (soit moins d'une fois par semaine) des orgies alimentaires, 4,8 % hebdomadairement et 2,8 % deux fois par semaine ou plus. Les filles de 15 à 20 ans sont plus nombreuses que celles âgées entre 11 et 14 ans à faire des orgies deux fois par semaine ou plus ($X^2(3, 1118) = 9,48; p < 0,02$). Ce résultat est consistant avec le fait que la boulimie nerveuse tend à apparaître

plus tardivement chez les jeunes femmes. En ce qui concerne les conduites visant le contrôle du poids, 1,2 % des adolescentes avouent consommer des laxatifs ou des pilules amaigrissantes, 1,6 % auraient recours au vomissement après avoir mangé, et 29,5 % rapportent faire de l'exercice dans le but de brûler des calories.

Impressions diagnostiques

Le Tableau 1 présente notre estimation de la prévalence des divers problèmes d'alimentation. La prévalence de la boulimie nerveuse est examinée en fonction des critères du DSM-III R et aussi ceux du DSM-III qui sont encore utilisés dans plusieurs études, et il nous apparaît important de pouvoir comparer un échantillon québécois aux données obtenues ailleurs en occident. Différents indices sont utilisés pour établir la présence d'un profil suggérant un trouble alimentaire chez les jeunes femmes de notre échantillon. Ces critères ne sont pas des outils diagnostiques, ils visent simplement à isoler les cas potentiels d'anorexie et de boulimie nerveuse. Le premier critère, score positif au EAT-26 (soit 20 ou plus), permet de signaler la présence de difficultés cliniquement significatives associées à l'anorexie et à la boulimie nerveuse (Garner et al., 1982). Comme il a été mentionné précédemment, 13,9 % des filles (n=161) manifestent un tel profil.

Le trouble potentiel d'anorexie nerveuse est identifié à l'aide de ce premier signe (EAT-26 \geq 20) et d'un IMC correspondant à un statut nutritionnel d'émancipation (i.e. inférieur à 15 ou 16 selon l'âge, voir Beumont et al., 1988). Seulement deux adolescentes (0,2 %) répondent à ces critères stricts et manifestent fort probablement un trouble d'anorexie nerveuse sévère. En assouplissant un peu le critère relatif au statut nutritionnel (IMC < 18, soit un indice de maigreur significatif), on recense cinq autres cas potentiels d'anorexie pour une prévalence totale de 0,6 %. Parmi ces filles, une seule fait des orgies alimentaires. Vingt-neuf autres jeunes femmes (2,6 %) obtiennent un IMC correspondant plus à la maigreur/minceur (IMC = 18 ou 19). Douze d'entre elles (1,1 % de l'échantillon total) rapportent faire des orgies alimentaires et semblent donc présenter un tableau d'anorexie sous-clinique avec composante boulimique. Les seize autres (1,5 %) n'en font jamais, ce qui suggère plutôt un profil d'anorexie sous-clinique de type « restrictif ». En se basant sur le EAT-26 et l'IMC, on observe ainsi auprès de notre échantillon une prévalence de 0,2 % de cas d'anorexie sévère et de 3,3 % si on inclut les cas plus légers.

Tableau 1
Prévalence des problèmes d'alimentation pour l'ensemble des adolescentes et selon le groupe d'âge

Problèmes alimentaires	Ensemble des filles (n=1105)	Filles âgées de 15 à 20 ans (n=580)	Filles âgées de 11 à 14 ans (n=525)
Anorexie nerveuse (IMC < 15 ou 16 selon l'âge)	0,2 % (2)	0,0 % (0)	0,4 % (2)
Anorexie nerveuse (IMC) < 18)	0,6 % (7)	0,5 % (3)	0,8 % (4)
Anorexie nerveuse sous-clinique (IMC = 18 ou 19)	2,6 % (29)	3,1 % (18)	2,1 % (11)
Boulimie nerveuse selon le DSM-III-R	0,5 % (6)	0,7 % (4)	0,4 % (2)
Boulimie nerveuse selon le DSM-III-R	2,8 % (31)	2,9 % (17)	2,7 % (14)
Orgies (DSM-III-R) sans purges	0,3 % (3)	0,2 % (1)	0,4 % (2)
Orgies (DSM-III-R) sans purges	3,7 % (41)	4,5 % (26)	2,9 % (15)
Purges sans orgies	0,8 % (9)	1,4 % (8)	0,2 % (1)
Ensemble des problèmes d'alimentation	10,6 % (117)	12,4 % (72)	8,6 % (45)
EAT-26 ≥ 20	13,9 % (161) (n=1160)	15,9 % (96) (n=602)	11,6 % (65) (n=558)

1. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de cas recensés.

APPENDICE

Items construits pour évaluer la présence et la fréquence des orgies alimentaires ainsi que des comportements visant à prévenir le gain de poids.

1. Un épisode de glotonnerie est quand on mange beaucoup, sans contrôle, pendant une courte période de temps (ex.: manger huit beignes, un demi-litre de crème glacée et quinze biscuits dans l'espace de deux heures). À quelle fréquence ces épisodes surviennent-ils?
 - a. Jamais
 - b. Moins de deux fois par mois
 - c. Deux ou trois fois par mois
 - d. Une fois par semaine
 - e. Deux fois ou plus par semaine
2. Je vomis quand je pense avoir trop mangé.
3. J'utilise des pilules amaigrissantes ou des laxatifs comme moyen pour contrôler mon poids.
4. Je fais de l'exercice dans le but de brûler des calories.

Note. Les questions 2 à 4 sont évaluées sur une échelle en 5 points, 1 correspond à «jamais» et 5 à «toujours».

Chez les adolescentes ayant un IMC relativement normal (entre 19 et 28) et un score positif au EAT-26, on recense six cas (0,5 % de l'échantillon) faisant des orgies alimentaires deux fois par semaine ou plus et se purgeant régulièrement à l'aide de vomissements, laxatifs ou pilules amaigrissantes. Ces personnes répondraient aux critères diagnostiques du DSM-III-R pour la boulimie nerveuse. Lorsqu'on a recours aux critères moins restrictifs du DSM-III (orgies et purges à n'importe quelle fréquence), la prévalence grimpe à 2,5 %. En somme, 28 adolescentes font des orgies alimentaires et se purgent à des fréquences variables. Trente-sept autres filles (3,3 %) avouent faire des orgies mais ne se purgent jamais et trois d'entre elles (0,3 %) en font deux fois par semaine ou plus. En résumé, 5,9 % des jeunes femmes de notre étude auraient des épisodes d'orgies alimentaires (qu'ils soient suivis ou non de purges) et maintiendraient un poids normal, mais moins de 1 % manifesterait un désordre de boulimie nerveuse sévère. Ces résultats correspondent assez bien à ceux obtenus ailleurs en Occident (Connors et Johnson, 1987; Fairburn et Beglin, 1990).

On observe un profil atypique chez neuf adolescentes (0,8 %) de poids normal et ayant un score positif au EAT-26. Ces filles ne font pas d'orgies alimentaires, mais ont recours aux laxatifs et aux pilules amaigrissantes ($n=7$) ou au vomissement ($n=2$) de façon plus ou moins régulière. Elles représentent ainsi un groupe particulier de jeunes femmes par leur image corporelle ayant décidé d'utiliser des méthodes assez radicales pour contrôler leur poids. L'exercice demeure néanmoins le moyen le plus répandu pour éviter le gain de poids chez les adolescentes obtenant un score de 20 ou plus au EAT-26; 93 % d'entre elles y ont recours. Enfin, neuf jeunes femmes obtiennent un IMC associé à l'obésité ($IMC > 27$) et un score positif au EAT-26. Trois d'entre elles répondent aux critères du DSM-III pour la boulimie nerveuse et quatre autres font des orgies alimentaires, mais ne se purgent pas.

Si on additionne les cas recensés pour chacun de ces profils alimentaires dysfonctionnels, on obtient une prévalence globale de 10,6 %. Comme le suggère les résultats au EAT-26, on trouve davantage de troubles d'alimentation chez les filles âgées entre 15 et 20 ans (12,4 %) que chez celles de 11 à 14 ans (8,6 %). En fait, plus de 60 % des jeunes femmes manifestant un désordre alimentaire proviennent du groupe des plus vieilles, bien qu'elles représentent 52 % de l'échantillon. Enfin, on remarque aussi en examinant le Tableau 1 que la prévalence des difficultés associées à la boulimie est un peu plus

importante chez les adolescentes de 15 à 20 ans, tandis que les profils anorexiques cliniques sont légèrement plus fréquents chez les plus jeunes.

Discussion

En plus d'estimer la prévalence des troubles alimentaires auprès d'un large échantillon d'adolescentes vivant en milieu urbain, la présente étude permet d'esquisser un tableau de leurs préoccupations face à l'alimentation et à leur image corporelle. Il faut cependant rappeler que la représentativité de notre échantillon n'est pas acquise et qu'il est possible qu'il existe un écart entre nos résultats et la prévalence de ces préoccupations et troubles dans la population. Les données de cette étude indiquent qu'environ le tiers des jeunes femmes sont insatisfaites de leur corps et qu'approximativement 15 % d'entre elles adoptent diverses attitudes et comportement inadaptés face à l'alimentation. L'étude révèle aussi que 70 % des filles aimeraient perdre du poids bien que la vaste majorité d'entre elles obtiennent un IMC ne les justifiant pas. Par ailleurs, même si peu d'adolescentes font régulièrement des orgies alimentaires, un peu plus du tiers avouent en faire à l'occasion. D'autres chercheurs constatent également que ce comportement est répandu, tant chez les personnes ayant un problème d'alimentation que chez celles qui n'en ont pas (Crowther et al., 1992). Bien que moins sévères que le trouble de boulimie nerveuse, les orgies alimentaires sans purges demeurent fort dommageables et la prévalence de cette conduite est d'autant plus préoccupante. Au niveau des comportements purgatifs, le recours aux laxatifs, aux pilules amaigrissantes ou au vomissement dans le but de contrôler son poids est assez rare. L'exercice, réalisé dans le but de brûler des calories, est toutefois pratiqué par 30 % des filles. Il est à noter que la plupart de ces conduites et attitudes semblent davantage répandues chez les adolescentes plus âgées.

En ce qui concerne la prévalence des troubles alimentaires, on obtient des résultats semblables à ceux trouvés ailleurs en Occident. Les travaux antérieurs indiquent une prévalence variant entre 0,5 et 2,0 % pour l'anorexie nerveuse. Cela correspond assez bien à ce qu'on note dans la présente recherche, i.e. de 0,6 à 2,6 % selon la sévérité des critères employés. La prévalence du trouble de boulimie nerveuse observée ici est un peu inférieure à celle obtenue par plusieurs chercheurs (DSM-III: 2,5 % vs à 8 %; DSM-III-R: 0,5 % vs 1,0 à 4,0 %). Cependant, la définition du terme «orgies alimentaires» que nous avons utilisée est plus restrictive car elle décrit avec précision,

et à l'aide d'un exemple, ce qu'est une orgie alimentaire. Par le passé, plusieurs études n'ont pas défini ce comportement de façon aussi précise et certaines ne le définissaient même pas. Cette différence pourrait en bonne partie expliquer l'écart observé entre les résultats de ces études et les nôtres. De plus, nos résultats concordent avec ceux de chercheurs employant aussi des critères de définition plus rigoureux (Connors et Johnson, 1987; Fairburn et Beglin, 1990). Enfin, il importe de souligner l'existence de deux petits groupes d'adolescentes présentant des troubles alimentaires atypiques: l'un fait des orgies alimentaires sans avoir recours à des purges, tandis que l'autre fait l'inverse. Ces deux profils peuvent représenter des difficultés relativement sévères et mériteraient d'être mieux décrits et situés par rapport à l'anorexie et à la boulimie nerveuse.

La présente recherche ne prétend pas être une enquête épidémiologique rigoureuse et, à cet égard, elle comporte certaines limites. D'une part, la taille de l'échantillon et le taux de participation auraient pu être plus élevés tandis que la représentativité de la population aurait pu être accrue (groupes ethniques, classes socio-économiques, etc.) en ayant recours à un échantillon aléatoire. D'autre part, le recours exclusif à des questionnaires a pu fournir une information de moindre qualité que l'emploi conjoint d'entrevues semi-structurées. Néanmoins, la présente étude dresse un tableau qui se compare assez bien à ce qu'on observe ailleurs en Occident, tant au niveau des préoccupations liées à l'alimentation que des troubles cliniques (voir notamment Connors et Johnson, 1987; Patton, 1988; Whitaker et al., 1989). Cette similitude n'est pas étonnante si l'on considère que les adolescentes des pays occidentaux sont soumises à des pressions socio-culturelles relativement semblables en ce qui a trait à l'image corporelle et à l'alimentation. Les troubles alimentaires représentent donc ici comme ailleurs des problèmes psychosociaux graves qui exigent une intervention précoce et peut-être davantage des programmes de prévention auprès des groupes à risque (voir Crisp, 1988; Garner et Garfinkel, 1984; Shisslak et al., 1987; Steiger et al., 1987). À cet effet, il serait aussi important d'examiner dans quelle mesure les attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation sont déjà répandus chez les pré-adolescentes.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., American Psychiatric Association, Washington (DC).

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd. rev., American Psychiatric Association, Washington (DC).
- BEUMONT, P. AL-ALAMI, M., TOUYZ, S., 1988, Relevance of a Standard Measurement of Undernutrition to the Diagnostic of Anorexia Nervosa: Use of Quetelet's Body Mass Index, *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- CHANDARANA, P., HELMES E., BENSON, N., 1987, Eating Attitudes as Related to Demographic and Personality Characteristics: a High School Survey, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 834-837.
- CONNORS, M.E., JOHNSON, C.L., 1987, Epidemiology of Bulimia and Bulimic Behaviors, *Addictive Behaviors*, 12, 165-179.
- CROS, A.H., 1988, Some Possible Approaches to Prevention of Eating and Body Weight/Shape Disorders, with Particular Reference to Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 7, 1-17.
- CRISP, A.H., PALMER, R.L., KALUCY, R.S., 1976, How Common is Anorexia? A Prevalence Study, *British Journal of Psychiatry*, 128, 549-554.
- CROWTHER, J.H., WOLF, E.M., SHERWOOD, N.E., 1992, Epidemiology of Bulimia Nervosa in Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E., Parris Stephens, M.A., eds, *The Etiology of Bulimia Nervosa: the Individual and Familial Context*, Hemisphere, Washington (DC), 1-26.
- DOLAN, B.M., EVANS, C., LACEY, J.H., 1989, Family Composition and Social Class in Bulimia: a Catchment Area Study of a Clinical and a Comparison Group, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 267-272.
- FAIRBURN, C.G., BEGLIN, S.J., 1990, Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa, *The American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., 1979, The Eating Attitudes Test: an Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa, *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., 1984, *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guilford Press, New York.
- GARNER, D.M., OLMSTED, M.P., BOHR, Y., GARFINKEL, P.E., 1982, The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates, *International Journal of Eating Disorders*, 3, 15-34.
- GARNER, D.M., OLMSTED, M.P., POLIVY, J., 1983, Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- LEASSLE, R.G., TUSCHL, R.J., WAADT, S., PIRKE, K.M., 1989, The Specific Psychopathology of Bulimia Nervosa: a Comparison with Restrained and Unrestrained Eaters, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 772-775.

- LEICHNER, P., STEIGER, H., PUENTES-NEWMAN, G., PERREAULT, M., GOTTHEIL, N., sous-presse, Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone, *Revue canadienne de psychiatrie*.
- MITCHELL, J.E., 1986, Anorexia Nervosa: Medical and Physiological Aspects in Brownell, K.D., Foreyt, J.P., eds, *Handbook of Eating Disorders*, Basic Books, New York, 247-265.
- MITCHELL, J.E., 1986, Bulimia: Medical and Physiological Aspects in Brownell, K.D., Foreyt, J.P., eds, *Handbook of Eating Disorders*, Basic Books, New York, 379-388.
- PATTON, G.C., 1988, The Spectrum of Eating Disorder in Adolescent, *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- POPE, H.G., CHAMPOUX, R.F., HUDSON, J.I., 1987, Eating Disorders and Socioeconomic Class. Anorexia Nervosa and Bulimia in Nine Communities, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 620-623.
- POPE, H.G., HUDSON, J.L., YURGELUN-TODD, D., HUDSON, M.S., 1984, Prevalence of Anorexia Nervosa and Bulimia in Three Student Population, *International Journal of Eating Disorders*, 3 45-51.
- PRATHER, R.C., WILLIAMSON, D.A., 1988, Psychopathology Associated with Bulimia, Binge Eating, and Obesity, *International Journal of Eating Disorders*, 7, 177-184.
- RATTÉ, C., POMERLEAU, G., LAPOINTE, C., 1989, Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez une population d'étudiantes de niveau collégial: corrélation avec deux caractéristiques psychosociales, *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 892-897.
- SHISLAK, C.M., CRAGO, M., NEAL, M.E., SWAIN, B., 1987, Primary Prevention of Eating Disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.
- STEIGER, H., LEICHNER, P., GHADIRIAN, A.M., 1987, Perspectives on the Prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia, *Canadian Family Physician*, 33, 145-149.
- STEIGER, H., LEUNG, F.Y.K., PUENTES-NEUMAN, G., GOTTHEIL, G., 1992, Psychosocial Profiles of Adolescent Girls with Varying Degrees of Eating and Mood Disturbances, *International Journal of Eating Disorders*, 11, 121-131.
- STEIGER, H., PUENTES-NEUMAN, G., LEUNG, F.Y.K., 1991, Personality and Family Features of Adolescent Girls with Eating Symptoms: Evidence for Restrictor/Binger Differences in a Nonclinical Population, *Addictive Behaviors*, 16, 303-314.
- WITHAKER, A., DAVIES, M., SHAFFER, D., JOHNSON, J., ABRAMS, S., WALSH B.T., KALIKOW, K., 1989, The Struggle to be Thin: a Survey of Anorexic and Bulimic Symptoms in a Non-referred Adolescent Population, *Psychological Medicine*, 19, 143-163.

ABSTRACT**Prevalence of Unhealthy Attitudes and Behaviours of Adolescent Girls in the Montréal Region in Regard to Eating Habits**

The following study is part of a research project on the eating habits of adolescent girls and on the vulnerability factors concerning eating disorders. Here the authors focus on the prevalence of various concerns and problems linked to eating habits within a non-representative group of 1,162 adolescents in the Montréal region. Two parameters frequently used in the field reveal that a third of the girls are unhappy with their body and that 14 % of the sampling adopts unhealthy attitudes and behaviours in regard to eating habits. Based on several criteria, the prevalence of nervous anorexia is estimated at approximately 0.6 % and that of nervous boulimia at between 0.5 and 2.5 %. These results are comparable to those obtained in other major urban centres of the Western world. In addition, they point to the urgent need to increase awareness among the population and the Québec healthcare field on the subject of eating disorders.