



**Critères diagnostiques F50.0
Anorexie Mentale (6B80.Z)**

- Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant à reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.

Critères diagnostiques F50.0 **Anorexie Mentale (6B80.Z)**

(F50.01) Anorexie mentale restrictive : pendant les trois derniers mois

(F50.02) Anorexie mentale boulimique avec purge : pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou à des comportements purgatifs.

Chez les adultes, la sévérité minimum est basé sur l'indice de masse corporel (IMC) réel et chez les enfants et les adolescents sur le percentile d'IMC. Les chiffres suivant sont ceux de l'OMS :

- Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Modéré : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave : $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extrême: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

En rémission partielle

En rémission complète

Critères diagnostiques DSM-V pour **l'Anorexie Mentale Atypique (F50.8)**

- Répond à tous les critères pour l'anorexie mentale sauf que le poids se maintient dans, ou au-dessus, des normes, malgré le fait qu'il y ai eu une perte de poids significative.

Critères diagnostiques F50.2 Boulimie (6B81)

1. **Survenue récurrente d'accès d'hyperphagie** (crises de glotonnerie) (*binge-eating*). Un épisode d'hyperphagie répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - **Manger, en une période de temps limité** (p. ex., moins de 2 heures), une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une même période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Sentiment **d'une perte de contrôle de l'alimentation** pendant la crise.
2. **Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids**, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, ou autres médicaments; jeûne ou exercice physique excessif.
3. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires surviennent, **en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois**.
4. **L'auto-évaluation est indûment influencée par la constitution et le poids corporel.**

Critères diagnostiques F50.2 Boulimie (6B81)

Précisez si :

- En rémission partielle
- En rémission complète

Spécifiez la gravité actuelle:

- Léger: une moyenne de 1 à 3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Modéré: une moyenne de 4 à 7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Sévère: une moyenne de 8 à 13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Extrême: une moyenne de 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié (F50.9) (6B8Z)

- Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques qui ne remplissent pas tous les critères d'aucun des troubles spécifiques des troubles alimentaires.

Critères diagnostiques (F50.8) Accès Hyperphagiques (*Binge Eating Disorder*) (6B82)

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques, répondant aux deux caractéristiques suivantes :
- Manger, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
 - Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).
- B. Les épisodes de boulimie sont associés à 3 des caractéristiques suivantes (ou plus):
- Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
 - Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein
 - Manger de grandes quantités de nourritures en l'absence d'une sensation physique de faim.
 - Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
 - Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

Critères diagnostiques (F50.8) **Accès Hyperphagiques** (*Binge Eating Disorder*) (6B82)

C. Le comportement boulimique est la source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine depuis 3 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie mentale et ne survient pas exclusivement durant au cours d'une boulimie mentale ou d'une anorexie mentale (« *anorexia nervosa* »).

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes:

- trouble léger: 1-3 épisodes par semaine.
- modéré: 4-7 épisodes par semaine.
- sévère: 8-13 épisodes par semaine.
- extrêmement sévère: 14 épisodes ou plus par semaine.

Trouble Purgatif

- Comportement purgatif récurrent pour influencer le poids ou la constitution (par ex., vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, ou autres médicaments) sans hyperphagie.

Syndrome d'hyperphagie nocturne (F.50.8)

- Episodes récurrents d'alimentation nocturne; manger après un réveil; ou consommation excessive de nourriture après le repas du soir.
- Il y a une conscience de l'épisode et le patient s'en souvient.
- L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des facteurs extérieurs, tels que des changements dans le cycle sommeil-éveil ou par des normes sociales locales.
- L'alimentation nocturne entraîne une souffrance significative et/ou des troubles du fonctionnement.
- Le schéma d'alimentation dysfonctionnel n'est pas mieux expliqué par un trouble d'hyperphagie ou par un autre trouble mental, incluant l'abus de substances ou les effets d'un médicament.

Hyperphagie & polyphagie MG43.1 MG43.9

- Les termes **hyperphagie** et **polyphagie** font référence à une personne qui est exclusivement concentré sur l'alimentation.
- Lorsque le désir pour la nourriture est **augmenté ou en perte de contrôle** (le sujet va manger à n'importe quel moment de la journée et même après avoir correctement mangé) nous parlons de polyphagie, hyperphagie ou augmentation de l'appétit.

Critères d'**hyperphagie** associée à d'autres perturbations psychologiques

- Apport alimentaire excessif dû à des événements stressants entraînant une obésité.
- Deuils, accidents, interventions chirurgicales, ou des événements émotionnellement stressants peuvent générer une "**obésité exogène réactionnelle**" (5B81.Y), surtout chez les patient(e)s qui ont tendance à prendre du poids.

Critères pour vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques

En plus de la **boulimie**, où les vomissements sont provoqués, des vomissements récurrents peuvent apparaître dans :

- **Troubles dissociatifs (troubles de conversion)** (F.44.- 6B60.Z)
- **Trouble d'anxiété de maladie** (Hypochondrie) (F45.21 6B23.Z), vomir peut être un des multiples symptômes corporels.
- **Grossesse** où les facteurs émotionnels peuvent contribuer à des vomissements récurrents et de la nausée

Inclus:

- **Vomissements psychogènes**
- **Hyperemesis gravidarum psychogène**

Critères diagnostiques **Vomissements Psychogènes**

- Généralement observés chez les **jeunes femmes**.
- Déclenchés par une perturbation émotionnelle. Doivent être exclues toutes causes organiques raisonnables.
- Le vomissement psychogène a des **caractéristiques spécifiques** :
 - Le vomissement est présent pendant des années, soit de façon intermittente ou chronique.
 - Il apparaît juste avant ou juste après avoir mangé.
- Antécédents familiaux de vomissements.
- Aucune nausée associée.
- Aucune perte d'appétit, sauf dans l'anorexie mentale.
- Patient mince et parfois cachectique.
- Habituellement reçu après l'hospitalisation.

Critères diagnostic (F98.3 infant -F50.8 en adultes) **Pica (6B84)**

- Ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles pendant une période d'au moins un mois.
- L'ingestion de substances non nutritives ne correspond pas au niveau de développement de l'individu.
- Le comportement alimentaire ne correspond pas à une pratique culturellement admise ou socialement acceptée.

Critères diagnostiques F50.8
Trouble d'évitement Restriction de la prise alimentaire
(6B83)

- A. Alimentation ou trouble de l'alimentation (p. Ex., Manque apparent d'intérêt pour manger ou manger; évitement en raison des caractéristiques organoleptiques des aliments; inquiétude quant aux conséquences répulsives de l'alimentation) qui est mis en évidence par l'incapacité persistante à répondre aux besoins nutritionnels et / ou énergétiques adéquats associés à un (ou plusieurs) des événements suivants:
1. Perte de poids significative (ou incapacité à atteindre le gain de poids attendu ou faible croissance chez les enfants).
 2. Carence nutritionnelle importante.
 3. Dépendance à l'alimentation entérale ou aux suppléments nutritif par voie orale.
 4. Interférence significative avec le fonctionnement psychosocial.

Critères diagnostiques F50.8
Trouble d'évitement Restriction de la prise alimentaire
(6B83)

- B.** Le trouble n'est pas mieux expliqué par un manque de nourriture disponible ou une pratique associée culturellement acceptée.
- C.** Le trouble de l'alimentation ne survient pas exclusivement au cours de l'anorexie mentale ou de la boulimie mentale et il n'y a aucun signe de trouble du poids corporel ou de la constitution.

Critères diagnostiques F98.21 **Mérycisme (307.53)**

- Régurgitation répétée de la nourriture, sans nausée, ni maladie gastro-intestinale, pendant une période d'au moins un mois.
- La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée.

Obésité (5B81.01)

- La plupart des cas d'obésité sont **d'origine multifactorielle**. Les facteurs génétiques, métaboliques, endocrinologiques et environnementaux sont reconnus.
- Cependant, **l'obésité exogène (5B81.Y) due à une alimentation excessive en est la cause principale**.
- **Les troubles psychologiques semblent être les facteurs les plus importants** dans l'étiologie de l'obésité de nos jours.
- Le manque de connaissances sur les concepts de base de la nutrition aggrave encore le problème.
- **Seul un faible pourcentage (2 à 3%) des personnes obèses serait causé par une pathologie d'origine endocrinologique**. Parmi ceux-ci figurent l'hypothyroïdie, le syndrome de Cushing, l'hypogonadisme, les ovaires polykystiques et les lésions hypothalamiques.

Classification de l'Obésité

	Grade	IMC
Grade 0	Poids normal	20-24.9
Grade I	Surpoids	25-29.9
Grade II	Obésité	30-39.9
Grade III	Obésité morbide	40