

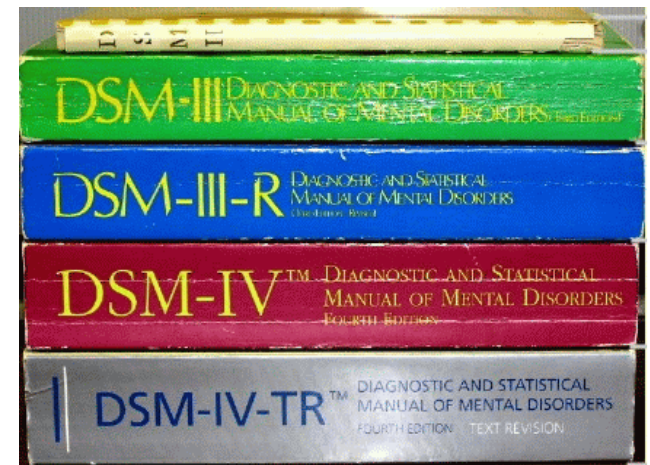
Publication du DSM V, une nouvelle pandémie alimentaire?



Dr. D. GUARDIA
Service d'Addictologie
CHRU de Lille

Une histoire résumée en 6 dates

- 1952, publication du DSM-I : 60 pathologies
- 1968, publication du DSM-II : 145 pathologies
- 1980, publication du DSM-III (approche catégorielle)
- 1987, révision du DSM-III R
- 1994, publication du DSM-IV : 410 pathologies
- 2000, révision du DSM-IV R
- 2013, ...



DSM IV-TR

Troubles des conduites alimentaires



- **Troubles des conduites alimentaires de la première et de la deuxième enfance**
 - Pica
 - Mérycisme
 - Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance
- **Troubles des conduites alimentaires**
 - Anorexie mentale
 - Boulimie
 - Hyperphagie boulimique (trouble à l'étude)

DSM IV-TR

Troubles des conduites alimentaires : Pica



- A. **Ingestion répétée de substances non nutritives pendant une période d'au moins 1 mois.**
- B. **L'ingestion de substances non nutritives ne correspond pas au niveau du développement.**
- C. **Le comportement ne représente pas une pratique culturellement admise.**
- D. **Si le comportement survient exclusivement au cours d'un autre trouble mental (retard mental, trouble envahissant du développement, schizophrénie), il est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique.**

DSM IV-TR

Troubles des conduites alimentaires : Mérycisme

- A. Régurgitation répétée et remastication de la nourriture, pendant une période d'au moins 1 mois faisant suite à une période de fonctionnement normal.**
- B. Le comportement n'est pas dû à une maladie gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (p. ex., reflux œsophagien).**
- c. Le comportement ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale, d'une boulimie. Si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un retard mental ou d'un trouble envahissant du développement, ils sont suffisamment sévères pour justifier un examen clinique.**

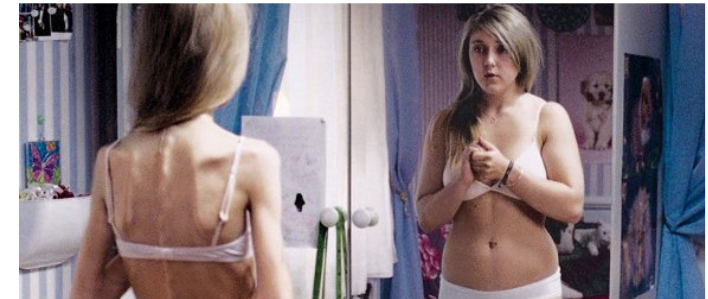
DSM IV-TR

Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance

- A. Incapacité persistante du nourrisson ou de l'enfant à manger de façon appropriée, avec absence de prise de poids ou perte de poids significative pendant une période d'au moins 1 mois.
- B. Le comportement n'est pas dû à une maladie gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (p. ex., reflux œsophagien) suffisamment sévère pour expliquer le trouble alimentaire.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., mérycisme) ni par l'absence de nourriture disponible.
- D. Le début des troubles doit survenir avant l'âge de 6 ans.

DSM IV-TR

Troubles des conduites alimentaires : Anorexie mentale



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
C.	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 déni de la gravité de la maigreur.
D.	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).
Type restrictif (<i>restricting type</i>) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).	
Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (<i>binge-eating/purging type</i>) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).	

DSM IV-TR

Troubles des conduites alimentaires : Boulimie

- A. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en :
 1. Prises alimentaires, dans un temps court inférieur à 2 heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des personnes mangeraient dans le même temps et dans les mêmes circonstances.
 2. Impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
- B. Comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
- C. Épisodes d'hyperphagie incontrôlée et comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids survenant en moyenne 2 fois par semaine durant au moins 3 mois.
- D. Jugement porté sur soi-même indûment influencé par la forme et le poids du corps.
- E. Trouble ne survenant pas au cours d'une anorexie mentale.



Troubles du comportement alimentaire non spécifiés

Le TCANS inclut les troubles du comportement alimentaire ne répondant pas aux critères d'un trouble spécifique. Les exemples incluent :

1. Pour les femmes, critères de l'anorexie mentale à l'exception de l'aménorrhée.
2. Tous les critères de l'anorexie mentale sont présents sauf que, malgré la perte de poids importante, le poids actuel de la personne est dans la fourchette normale.
3. Critères de la boulimie nerveuse présents mais survenant à une fréquence de moins de deux fois par semaine ou pour une durée de moins de 3 mois.
4. Utilisation régulière de comportements compensatoires inappropriés par un individu de poids normal après avoir mangé de petites quantités de nourriture (par exemple, se faire vomir après la consommation de deux biscuits).
5. À plusieurs reprises à mâcher et cracher, mais pas à avaler, de grandes quantités de nourriture.
6. Hyperphagie boulimique.

TCANS

40 à 60 % des TCA

Binge eating disorder
Night eating syndrom
Anorexia atletica
Adonis syndrom (anorexie inversée)

DSM IV-TR

Troubles des conduites alimentaires : Hyperphagie

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie («binge eating»). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes:
 - 1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
 - 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus):
 - 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
 - 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
 - 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé
- C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée
- D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins deux jours par semaine pendant six mois
- E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie



Tableau 1. Critères de recherche de l'hyperphagie boulimique («Binge Eating Disorder») selon le DSM-IV.

Troubles alimentaires nocturnes



Besoin impérieux de manger au cours de la nuit



CLINICAL REVIEW

A review of nighttime eating disorders

Michael J. Howell ^{a,*}, Carlos H. Schenck ^b, Scott J. Crow ^c

- Night eating syndrom
- Sleep-related eating disorder

Table 3 Clinical characteristics

	Night eating syndrome	Sleep-related eating disorder
Timing of food intake	After last meal and prior to final awakening	After initiation of sleep and prior to final awakening
Level of consciousness during feeding	Fully awake	Unconscious to fully awake
Unusual food intake (at times inedible substances)	Rare	Common
Associated disorders	Obesity, depressed mood, substance abuse	Sleepwalking, restless legs syndrome, obstructive sleep apnea, obesity, depressed mood
Medication associations	None reported	Zolpidem, triazolam, olanzapine, and risperidone
Reported treatments	Sertraline	Dopaminergics, topiramate, benzodiazepines



Marion Maclean

One woman's inspirational journey through exercise 'addiction' and beyond. >>

Marion at 198FM/ahm Local Hero of the Year Awards. Awarded an "Honourary Mention" for outstanding effort in the Illawarra Community for People & Community... by Steve Waugh.



Marion with Mr. John Brogden (Director of Lifeline Australia and the Patron of Lifeline NSW).



Defeating Anorexia Athletica

Wollongong writer Marion Maclean's book 'Defeating Anorexia Athletica' is an extraordinary true story, charting her life-threatening battle with Anorexia Athletica: obsessive-compulsive exercise addiction. Marion began writing her story to bring healing and closure to the myriad issues affecting her life, she ultimately wanted to tell her story to raise awareness of Anorexia Athletica, the addiction to exercise – still a relatively unexplored topic – and deliver fresh hope and understanding to anyone touched by addiction, depression, anorexia or mental illness.

Buy Now >>>

RRP \$24.95



Zeus Publications
Publishers and Booksellers

Contact Marion: marion@marionmaclean.com.au | 0408 545 130

marionmaclean.com.au

Site by xperimental studios

- Réduction du poids et de la masse grasse liée à la performance
- Décision volontaire et/ou sur recommandation des coaches
- Perte de poids soumise à la diminution des apports et au volume et à l'intensité des entraînements

Afflelou, 2009

Adonis syndrom (anorexie inversée)



- **Exercice excessif** et non nécessaire
- **Seule motivation l'apparence** et non le plaisir du jeu
- **Fixation sur l'apparence d'un modèle** (homme musclé, vedette de cinéma)
- Utilisation de **grande quantité de suppléments alimentaires**
- **Changements brusque de poids**
- **Technique dangereuse pour perdre du poids** (diète, laxatif, diurétiques...)
- **Trop de temps/argent** mis sur le toilettage et ses produits
- **Sentiment dépressif et persistant** de ne jamais avoir le bon look
- **Besoin continuel d'être rassuré** sur son apparence

Contexte épidémiologique

- Prévalence : 0,5-1% (4,51% - France)
- 3^{ème} maladie chronique aux EU après l'obésité et l'asthme, chez l'adolescente
- Femme de 15 à 25 ans
- Taux de rechute : 22 à 51 %
- Décès : 5,6 % par décade de maladie
- Guérison :
 - 60 à 80 % / triade symptomatique
 - 30 à 50 % / critères de personnalité
- Coût de traitement équivalent à celui d'un patient schizophrène

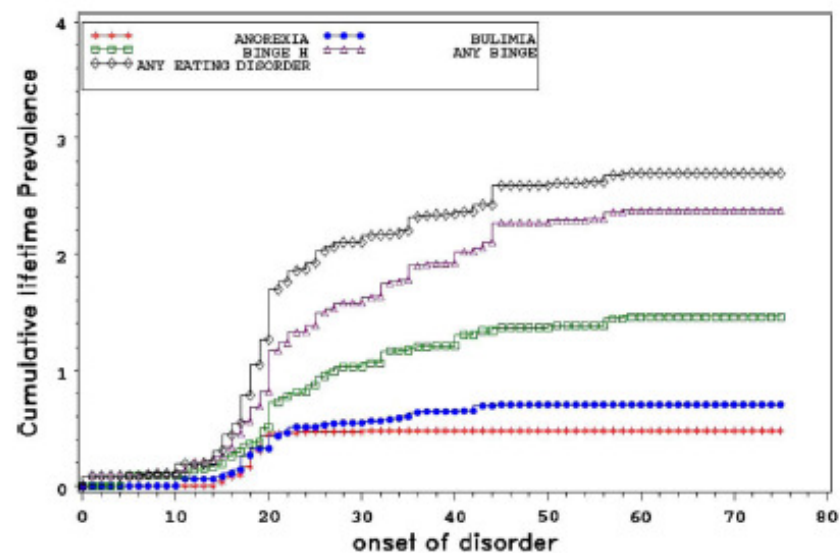


Fig. 1. Cumulative lifetime prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and any binge eating.

lifetime and 12-month prevalence estimates of eating disorders in six European countries: general results^a.

	Males		Females		Total	
	N	% (95% CI)	N	% (95% CI)	N	% (95% CI)
<i>Lifetime prevalence</i>						
Anorexia nervosa	0	0% (-)	22	0.93% (0.5–1.6)	22	0.48% (0.3–0.8)
Bulimia nervosa	5	0.12% (0.0–0.4)	41	0.88% (0.6–1.4)	46	0.51% (0.3–0.8)
Binge eating disorder	12	0.26% (0.1–0.6)	64	1.92% (1.3–2.9)	77	1.12% (0.8–1.6)
Subthreshold binge eating disorder	13	0.91% (0.5–1.7)	16	0.55% (0.2–1.2)	29	0.72% (0.4–1.2)
Any binge eating disorder	29	1.22% (0.7–2.0)	112	3.03% (2.3–4.0)	140	2.15% (1.7–2.8)
Total: any eating disorder ^b	29	1.22% (0.7–2.0)	127	3.73% (2.9–4.8)	155	2.51% (2.0–3.2)
<i>12-month prevalence</i>						
Anorexia nervosa	0	0% (-)	1	0.01% (0.0–0.0)	1	0% (0.0–0.0)
Bulimia nervosa	1	0.01% (0.0–0.1)	10	0.29% (0.1–0.7)	11	0.15% (0.1–0.4)
Binge eating disorder	4	0.07% (0.0–1.1)	24	0.55% (0.3–1.0)	28	0.31% (0.2–0.6)
Subthreshold binge eating disorder	3	0.19% (0.1–0.6)	0	0% (-)	3	0.09% (0.0–0.3)
Any binge eating disorder	8	0.26% (0.1–0.7)	34	0.8% (0.5–1.3)	42	0.54% (0.3–0.9)
Total: any eating disorder ^b	8	0.26% (0.1–0.7)	36	0.84% (0.5–1.4)	44	0.56% (0.4–0.9)

^a Unweighted n, weighted %.

^b Any eating disorder: anorexia nervosa or bulimia nervosa or binge eating or any binge eating disorder.

Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain)

María Angeles Peláez Fernández*, Francisco Javier Labrador, Rosa María Raich

Sample of 1545 students (12- to 21-year-old males and females) in the region of Madrid (Spain)

- 5.34% for females
- 2.72% for EDNOS
- 2.29% for BN
- 0.33% for AN

- 0.64% for males
- 0.48% for EDNOS
- 0.16% for BN
- 0.00% for AN



Pergamon

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Eating Behaviors 5 (2004) 13–25

**EATING
BEHAVIORS**

Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years)★

Einar Kjelsås*, Christian Bjørnstrøm, K. Gunnar Götestam

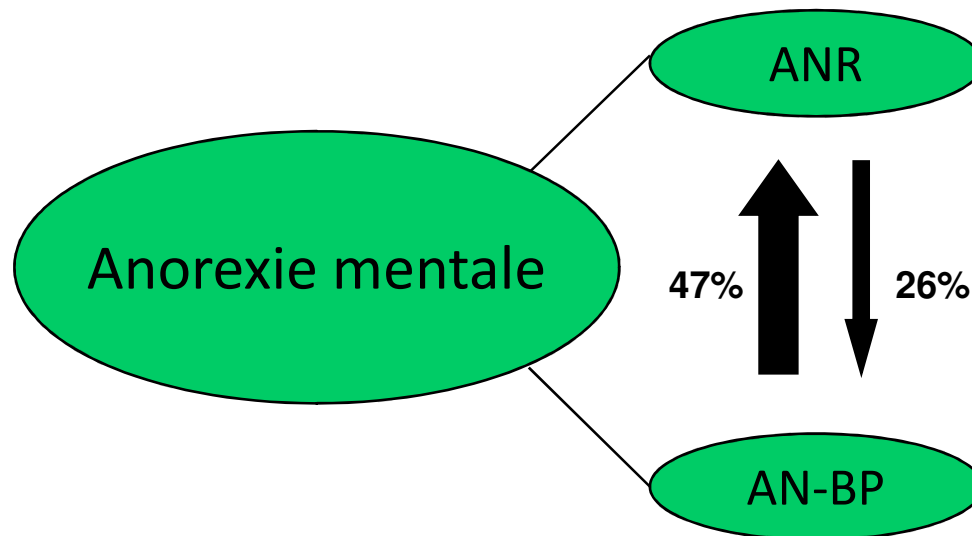
Lifetime prevalence among girls

- Any ED : 17.9%
- AN : 0.7%,
- BN : 1.2%
- BED : 1.5%
- EDNOS : 14.6%

Lifetime prevalence among boys

- Any ED : 6.5%
- AN : 0.2%
- BN : 0.4%
- BED : 0.9%
- EDNOS : 5.0%

Un diagnostic évolutif



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

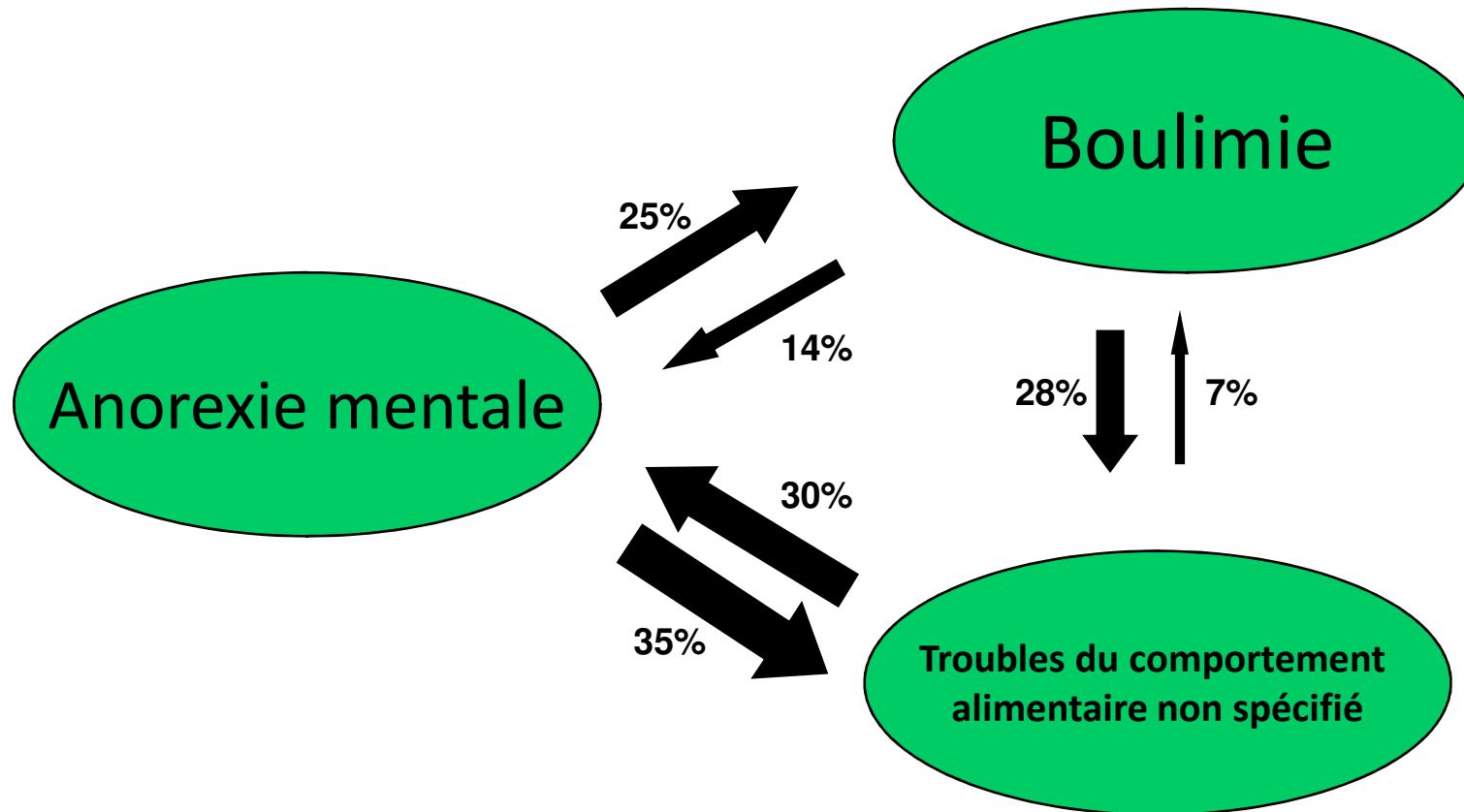
Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|----|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

Type restrictif (*restricting type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (*binge-eating/purging type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Un diagnostic évolutif



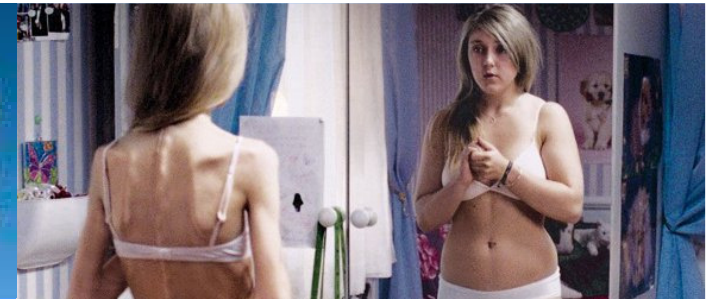


American Psychiatric Association **DSM-5 Development**

- K 00 Pica
- K 01 Rumination Disorder
- K 02 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
- **K 03 Anorexia Nervosa**
- **K 04 Bulimia Nervosa**
- **K 05 Binge Eating Disorder**
- **K 06 Other Specified Feeding or Eating Disorder**



American Psychiatric Association DSM-5 Development



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|----|---|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

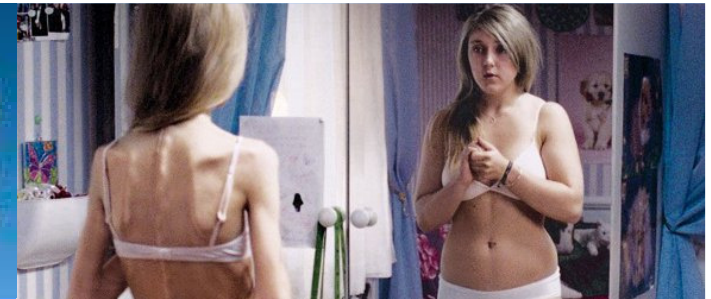
Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

A. Restriction of energy intake relative to requirements leading to a **significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health**. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected.



American Psychiatric Association DSM-5 Development



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|----|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

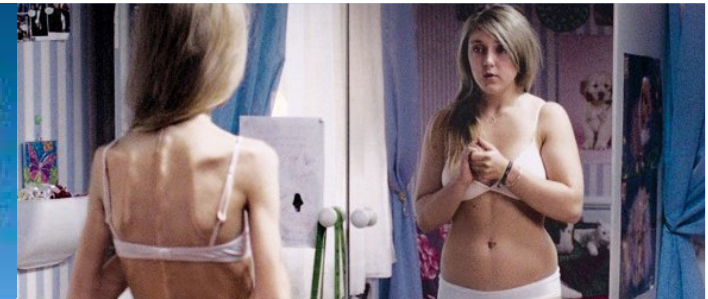
Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or **persistent behavior that interferes with weight gain**, even though at a significantly low weight.



American Psychiatric Association DSM-5 Development



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|----|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

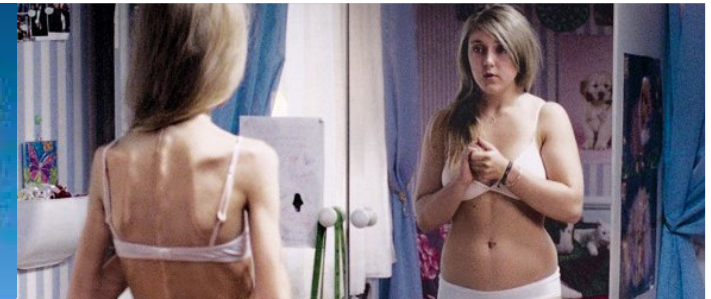
Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or **persistent lack of recognition** of the seriousness of the current low body weight.



American Psychiatric Association DSM-5 Development



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

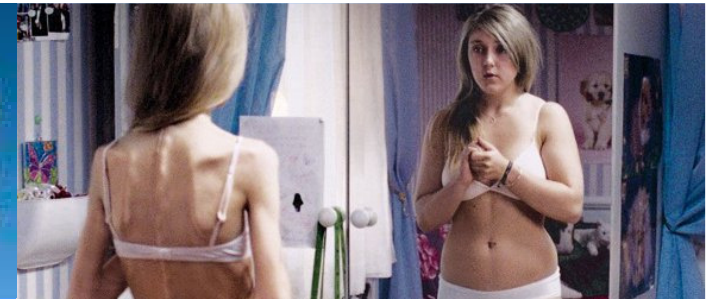
- | | |
|-----------|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

Type restrictif (*restricting type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (*binge-eating/purging type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).



American Psychiatric Association DSM-5 Development



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|-----------|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

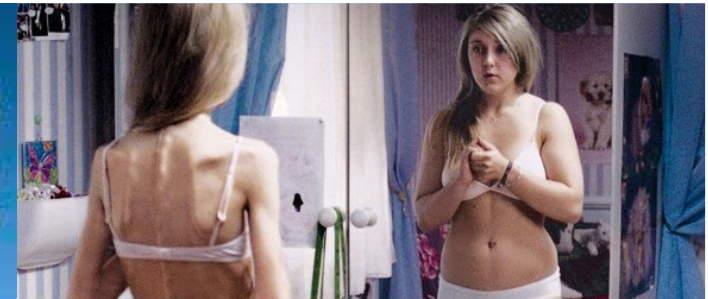
Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

During the last three months, the person has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)



American Psychiatric Association DSM-5 Development



Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|-----------|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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 déni de la gravité de la maigreur. |
| D. | Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). |

Type restrictif (*restricting type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (*binge-eating/purging type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

During the last three months, the person has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)



American Psychiatric Association DSM-5 Development



- A. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en :
 1. prises alimentaires, dans un temps court inférieur à 2 heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des personnes mangeraient dans le même temps et dans les mêmes circonstances.
 2. Une impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou la possibilité de s'arrêter.
- B. Le sujet met en œuvre des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
- C. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids ont eu lieu en moyenne 2 fois par semaine durant au moins 3 mois.
- D. Le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps.
- E. Le trouble ne survient pas au cours d'une anorexie mentale

C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, **at least once a week for 3 months.**



American Psychiatric Association DSM-5 Development

Implications ?



Pergamon

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Eating Behaviors 5 (2004) 13–25

**EATING
BEHAVIORS**

Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years)☆

Einar Kjelsås*, Christian Bjørnstrøm, K. Gunnar Götestam

Table 2

Lifetime and point prevalence of AN, BN, BED, and EDNOS in adolescent females and males diagnosed with DSM-III-R and DSM-IV

Gender	Lifetime				Point			
	Females (<i>n</i> = 1026)		Males (<i>n</i> = 934)		Females (<i>n</i> = 1026)		Males (<i>n</i> = 934)	
Diagnosis	III-R (%)	IV (%)	III-R (%)	IV (%)	III-R (%)	IV (%)	III-R (%)	IV (%)
BN (excluding BN + AN)	37 (3.6)	12 (1.2)	6 (0.6)	4 (0.4)	11 (1.1)	5 (0.5)	3 (0.3)	3 (0.3)
Comorbidity BN + AN	1 (0.1)	0	0	0	1 (0.1)	0	0	0
AN (incl AN + BN)	7 (0.7)	7 (0.7)	2 (0.2)	2 (0.2)	6 (0.6)	6 (0.6)	2 (0.2)	2 (0.2)
BED	15 (1.5)	15 (1.5)	8 (0.9)	8 (0.9)	4 (0.4)	4 (0.4)	4 (0.4)	4 (0.4)
EDNOS	132 ^a (12.9)	150 (14.6)	45 (4.8)	47 (5.0)	65 ^a (6.3)	67 (6.5)	17 (1.7)	17 (1.7)
Total ED	191 (18.6)	184 (17.9)	61 (6.5)	61 (6.5)	86 (8.4)	82 (8.0)	26 (2.5)	26 (2.5)

Dual diagnoses of BN + AN are included in AN in a hierarchical way. The numbers of dual diagnosis are therefore indicated separately in addition to the total numbers of BN and AN.

^a Of the 132 women with a lifetime III-R EDNOS, 7 (5.3%) were classed with no ED using DSM-IV. Of the 65 women with a point III-R EDNOS, 4 (6.1%) were classed with no ED using DSM-IV.



Anorexie mentale : + W%
Boulimie : + X%
BED : + Y%
TCANS : - Z%

Avec le partenariat méthodologique
et le soutien financier de la

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le partenariat de



Avec la participation de



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

MODALITÉS DU REPÉRAGE CIBLÉ

Questions à poser :

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Avec le partenariat méthodologique,
Et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



Avec la participation de



Grands principes

1. Prise en charge **multidisciplinaire** (psychiatre, somaticiens, nutritionniste...)
2. Prise en charge initiale ambulatoire, sauf en cas urgence somatique ou psychiatrique
3. **Cohérence** et **continuité** des soins dans la durée
4. Soins hospitaliers relayés par des soins ambulatoires, des hospitalisations séquentielles, HDJ, consultations
5. Réunions de **synthèse** entre les partenaires d'amont et d'aval

Avec le partenariat méthodologique,
Et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



Avec la participation de



Aspects nutritionnels

Objectifs de la renutrition

1. Atteindre et maintenir un poids et un **statut nutritionnel adapté** pour les adultes, ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents
2. Obtenir une **alimentation spontanée, régulière, diversifiée** avec un retour à des comportements, des choix alimentaires, des apports énergétiques adaptés
3. Obtenir une **attitude détendue et souple** face à l'alimentation
4. Obtenir la réapparition des **sensations de faim et de satiété**
5. Eviter les complications potentielles de la renutrition, en cas de dénutrition sévère

Avec le partenariat méthodologique,
Et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



Avec la participation de



Aspects nutritionnels

Déterminer l'objectif pondéral

1. Discuter avec le patient de l'objectif de poids à atteindre, **progressivement**, afin de le rassurer
2. Objectif pondéral fonction de : âge, antécédents pondéraux, poids permettant de restaurer les menstruations et l'ovulation pour les femmes
3. Objectif n°1 : **arrêt de la perte de poids**
4. Objectif n°2 (phase de reprise) : **gain de 1 kg par mois** en ambulatoire
5. Éviter de fixer d'avance un poids minimal qui deviendrait un enjeu pour le patient.
6. Objectif pour les enfants et les adolescents reposant sur : âge, taille, étape de la puberté, poids pré-morbide, courbe de croissance

Panel: Recommendations for physical management of patients with anorexia nervosa at category C level^a

Managing weight gain

- In most patients, aim should be average weekly weight gain of 0.5–1 kg as inpatient and 0.5 kg as outpatient (about 3500–7000 extra calories a week)
- Regular physical monitoring, and oral multivitamin/multimineral supplement in some cases, is recommended for inpatients and outpatients
- Total parenteral nutrition should not be used, unless there is significant gastrointestinal dysfunction

Managing risk

- Health-care professionals should monitor physical risk. If risk increases, frequency of monitoring and nature of investigations should be adjusted accordingly
- Pregnant women with current or remitted anorexia nervosa should be considered for more intensive care to ensure adequate prenatal nutrition and fetal development
- Oestrogen should not be given for bone-density problems in children and adolescents, because such treatment may lead to premature fusion of epiphyses

Feeding against will of patient

- This should be an intervention of last resort

(NICE, 2004)

Bulimia nervosa

Search date June 2007

Phillipa J Hay and Josue Bacaïchuk

ABSTRACT

INTRODUCTION: Up to 1% of young women may have bulimia nervosa, characterised by an intense preoccupation with body weight, uncontrolled binge-eating episodes, and use of extreme measures to counteract the feared effects of overeating. People with bulimia nervosa may be of normal weight, making it difficult to diagnose. After ten years, about half of people with bulimia nervosa will have recovered fully, a third will have made a partial recovery, and 10–20% will still have symptoms. **METHODS AND OUTCOMES:** We conducted a systematic review and aimed to answer the following clinical questions: What are the effects of treatments for bulimia nervosa in adults? What are the effects of discontinuing treatment in people with bulimia nervosa in remission? We searched: Medline, Embase, The Cochrane Library and other important databases up to June 2007 (BMJ Clinical Evidence reviews are updated periodically, please check our website for the most up-to-date version of this review). We included harms alerts from relevant organisations such as the US Food and Drug Administration (FDA) and the UK Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). **RESULTS:** We found 26 systematic reviews, RCTs, or observational studies that met our inclusion criteria. We performed a GRADE evaluation of the quality of evidence for interventions. **CONCLUSIONS:** In this systematic review we present information relating to the effectiveness and safety of the following interventions: cognitive behavioural therapy (alone or plus exposure response prevention enhancement); cognitive orientation therapy; dialectical behavioural therapy; discontinuing fluoxetine in people with remission; guided self-help cognitive behavioural therapy; hypnobehavioural therapy; Interpersonal psychotherapy; mirtazapine; monoamine oxidase inhibitors (MAOIs); motivational enhancement therapy; pharmacotherapy plus psychotherapy; pure or unguided self-help cognitive behavioural therapy (CBT); reboxetine; selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs); topiramate; tricyclic antidepressants (TCAs); and venlafaxine.

OPTION CBT FOR BULIMIA NERVOSA

Clinical Guide: CBT-BN or derivative CBT for bulimia nervosa is likely to be beneficial. Compliance and engagement in therapy are also likely important outcomes. Most patients who have bulimia nervosa should be offered CBT-BN as first-line therapy.

OPTION INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

Clinical guide: In choosing between CBT-BN and IPT, patient preference and therapist expertise might be taken into consideration — albeit that change seems slower with IPT than with CBT-BN.

OPTION DIALECTICAL BEHAVIOURAL THERAPY

Clinical guide: In choosing between CBT-BN and dialectical behavioural therapy, patient preference and therapist expertise might be taken into consideration — albeit that evidence for dialectical behavioural therapy is weak.

OPTION MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY

Clinical Guide: Motivational enhancement therapy is more commonly used for anorexia nervosa than for bulimia nervosa. However, as stage of change has been shown to be a predictor of outcome in bulimia nervosa, clinicians might (despite current weak evidence) use such strategies where patients are at a pre-contemplative stage of change.

Bulimia nervosa

Search date June 2007

Phillipa J Hay and Josue Bacaftchuk

ABSTRACT

INTRODUCTION: Up to 1% of young women may have bulimia nervosa, characterised by an intense preoccupation with body weight, uncontrolled binge-eating episodes, and use of extreme measures to counteract the feared effects of overeating. People with bulimia nervosa may be of normal weight, making it difficult to diagnose. After ten years, about half of people with bulimia nervosa will have recovered fully, a third will have made a partial recovery, and 10–20% will still have symptoms. **METHODS AND OUTCOMES:** We conducted a systematic review and aimed to answer the following clinical questions: What are the effects of treatments for bulimia nervosa in adults? What are the effects of discontinuing treatment in people with bulimia nervosa in remission? We searched: Medline, Embase, The Cochrane Library and other important databases up to June 2007 (BMJ Clinical Evidence reviews are updated periodically, please check our website for the most up-to-date version of this review). We included harms alerts from relevant organisations such as the US Food and Drug Administration (FDA) and the UK Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). **RESULTS:** We found 26 systematic reviews, RCTs, or observational studies that met our inclusion criteria. We performed a GRADE evaluation of the quality of evidence for interventions. **CONCLUSIONS:** In this systematic review we present information relating to the effectiveness and safety of the following interventions: cognitive behavioural therapy (alone or plus exposure response prevention enhancement); cognitive orientation therapy; dialectical behavioural therapy; discontinuing fluoxetine in people with remission; guided self-help cognitive behavioural therapy; hypnobehavioural therapy; Interpersonal psychotherapy; mirtazapine; monoamine oxidase inhibitors (MAOIs); motivational enhancement therapy; pharmacotherapy plus psychotherapy; pure or unguided self-help cognitive behavioural therapy (CBT); reboxetine; selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs); topiramate; tricyclic antidepressants (TCAs); and venlafaxine.

OPTION SSRIS (FLUOXETINE, FLUVOXAMINE, PAROXETINE, SERTRALINE, CITALOPRAM)

Clinical guide: SSRIs are likely to be most efficacious for bulimia nervosa when prescribed in high dose e.g 80 mg daily of fluoxetine.

OPTION TCAs

Clinical guide: While there is evidence for efficacy of TCAs, the higher attrition rates indicate that they are likely to be less acceptable to patients than CBT-BN. In clinical practice they are most often used as adjunctive therapy to psychotherapy.

OPTION TOPIRAMATE

Clinical guide: Topiramate may have a role in bulimia nervosa treatment, but adverse effects may prove problematic. Long-term outcome is unknown.

OPTION PHARMACOTHERAPY PLUS PSYCHOTHERAPY

Clinical guide: Evidence does not support the use of pharmacotherapy plus psychotherapy. In clinical practice pharmacotherapy may be added to psychotherapy as adjunctive treatment to enhance a partial response to treatment.

Atypical eating disorders including binge eating disorder

Psychological treatments for binge eating disorder

As a possible first step, patients with binge eating disorder should be encouraged to follow an evidence-based self-help programme.

B

Healthcare professionals should consider providing direct encouragement and support to patients undertaking an evidence-based self-help programme as this may improve outcomes. This may be sufficient treatment for a limited subset of patients.

B

Cognitive behaviour therapy for binge eating disorder (CBT-BED), a specifically adapted form of CBT, should be offered to adults with binge eating disorder.

A

Other psychological treatments (interpersonal psychotherapy for binge eating disorder and modified dialectical behaviour therapy) may be offered to adults with persistent binge eating disorder.

B

Patients should be informed that all psychological treatments for binge eating disorder have a limited effect on body weight.

A

Atypical eating disorders including binge eating disorder

Pharmacological interventions for binge eating disorder

As an alternative or additional first step to using an evidence-based self-help programme, consideration should be given to offering a trial of an SSRI antidepressant drug to patients with binge eating disorder.

B

Patients with binge eating disorders should be informed that SSRIs can reduce binge eating, but the long-term effects are unknown. Antidepressant drug treatment may be sufficient treatment for a limited subset of patients.

B

Publication du DSM V annonciatrice d'une nouvelle pandémie?



Dr. D. GUARDIA
Service d'Addictologie
CHRU de Lille

Pharmacological

Drugs should not be used as sole or primary treatment for anorexia nervosa (C)

All patients with anorexia nervosa should have alert placed in their prescribing record about risk of side-effects (C)

As alternative or additional first step to use of evidence-based self-help programme, adults with bulimia nervosa can be offered trial of antidepressant (B)

Patients should be informed that antidepressant drugs can reduce frequency of binge eating and purging, but long-term effects are unknown; any beneficial effects will be rapidly apparent (B)

For bulimia nervosa, effective dose of fluoxetine is higher than for depression (60 mg daily)

Selective serotonin-reuptake inhibitors (specifically fluoxetine) are drugs of first choice for bulimia nervosa in terms of acceptability, tolerability, and reduction of symptoms (C)

No drugs, other than antidepressants, are recommended for bulimia nervosa (B)

Patients with binge-eating disorder should be informed that selective serotonin-reuptake inhibitors can reduce binge eating, but long-term effects are unknown; antidepressants may be sufficient for some patients (B)

Psychological

For anorexia nervosa, consider cognitive analytic or cognitive behavioural therapies, interpersonal psychotherapy, focal dynamic therapy, or family interventions focused on eating disorders (C)

Family interventions that directly address the eating disorder should be offered to children and adolescents with anorexia nervosa (B)

Dietary counselling should not be provided as sole treatment for anorexia nervosa (C)

As possible first step, patients with bulimia nervosa should be encouraged to follow evidence-based self-help programme (B)

Consider direct encouragement and support to patients undertaking evidence-based self-help programme, which may improve outcomes and be sufficient for limited subset of patients (B)

Specifically adapted cognitive behavioural therapy should be offered to adults with bulimia nervosa, 16–20 sessions over 4–5 months (A)

Interpersonal psychotherapy should be considered as alternative to cognitive behavioural therapy, but patients should be informed it takes 8–12 months to achieve similar results

Specifically adapted cognitive behaviour therapy should be offered to adults with binge-eating disorder (A)

Théorie du continuum

