

# LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

## TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

<b>CMP</b>	00652
<b>CIM-9</b>	307.1, 307.5, 307.51
<b>CIM-10</b>	F50, F50.1, F50.2, F50.3, F50.9

### DÉFINITION

Les Troubles des conduites alimentaires sont une catégorie d'affections figurant dans la 5<sup>e</sup> édition (version française à paraître) du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).

Voici les Troubles des conduites alimentaires compris dans les présentes Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension (LDADP) :

- Anorexie mentale
- Boulimie (Bulimia nervosa)
- Hyperphagie boulimique

Les Troubles des conduites alimentaires sont caractérisés par une perturbation persistante de l'acte de se nourrir ou un comportement connexe, qui nuit considérablement à la santé physique ou au fonctionnement psychosocial.

### Critères des Troubles des conduites alimentaires

Les critères des Troubles des conduites alimentaires sont tirés du DSM-5.

### ANOREXIE MENTALE

#### **Critère A**

Restriction de l'apport énergétique relativement aux besoins, qui mène à un poids corporel significativement faible par rapport à l'âge, au sexe, à la trajectoire développementale et à la santé physique. On entend par « poids significativement faible » un poids qui se situe au-dessous d'un poids minimum normal.

#### **Critère B**

Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui empêche la prise de poids même en cas de poids significativement faible.

#### **Critère 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 manque persistant de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle.

Spécifier le type :

**Type restrictif** : Durant les trois derniers mois, le sujet n'a pas présenté de survenue récurrente de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des occurrences où la perte de poids est principalement obtenue en suivant une diète, en jeûnant ou en faisant des exercices excessifs.

**Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs** : Durant les trois derniers mois, le sujet a présenté une survenue récurrente de crises de boulimie et recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

## **BOULIMIE (Bulimia nervosa)**

### **Critère A**

Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. absorption, en une période de temps limitée (p. ex. 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 (p. ex. 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).

### **Critère B**

Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que vomissements provoqués; l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments; le jeûne; ou l'exercice physique excessif.

### **Critère C**

Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.

### **Critère D**

L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

### **Critère E**

Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'Anorexie mentale.

## **HYPERPHAGIE BOULIMIQUE**

### **Critère A**

Survenue récurrente de crises d'hyperphagie boulimique. Une crise d'hyperphagie boulimique répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. absorption, en une période de temps limitée (p. ex. 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 (p. ex. 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).

### **Critère B**

Les crises d'hyperphagie boulimique sont associées à au moins trois des éléments suivants :

1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
2. Manger jusqu'à se sentir inconfortablement repu.
3. Manger de grandes quantités de nourriture sans avoir physiologiquement faim.
4. Manger seul parce que la personne est gênée de la quantité de nourriture qu'elle mange.
5. Sentiment de dégoût envers soi-même, de déprime ou de grande culpabilité par la suite.

### **Critère C**

Présence d'une souffrance marquée liée à l'Hyperphagie boulimique.

### **Critère D**

L'Hyperphagie boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.

### **Critère E**

L'Hyperphagie boulimique n'est pas associée à l'adoption récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans le cas de l'Anorexie mentale, et elle ne survient pas exclusivement pendant les épisodes de Boulimie (Bulimia nervosa) ou d'Anorexie mentale.

## **NORME DIAGNOSTIQUE**

Un diagnostic doit avoir été posé par un médecin qualifié (médecin de famille ou psychiatre) ou un psychologue agréé.

Le diagnostic est fondé sur un examen clinique. Les documents à l'appui doivent être aussi complets que possible.

**REMARQUE** : Seule une affection chronique donne droit aux prestations d'invalidité. Pour les besoins d'ACC, le terme « chronique » signifie que les signes et les symptômes de l'affection sont présents depuis au moins six mois. On s'attend généralement à ce que les signes et symptômes persistent malgré les soins médicaux, mais ils peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.

## **CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ**

### **A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION**

#### **Facteurs causaux ou aggravants par rapport à facteurs prédisposants**

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement l'apparition ou l'aggravation de l'affection psychiatrique faisant l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants n'ont pas pour effet de causer l'affection faisant l'objet de la demande. Ils sont des expériences ou expositions qui influent sur la capacité de la personne à composer avec le stress. Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Par exemple, la présence d'antécédents lointains de violence grave durant l'enfance peut être un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble psychiatrique important plus tard dans la vie.

L'admissibilité partielle ne devrait être envisagée que pour les facteurs causaux ou aggravants non liés au service.

L'admissibilité partielle ne devrait pas être envisagée pour les facteurs prédisposants.

S'il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un facteur causal ou aggravant par rapport à un facteur prédisposant, il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

**REMARQUE** : Les facteurs figurant à la partie A de la section « Considérations relatives à l'admissibilité » comprennent des conditions précises en ce qui concerne l'apparition ou l'aggravation clinique du Trouble des conduites alimentaires. Les conditions ne doivent pas obligatoirement être remplies. Dans chaque cas, la décision doit se prendre en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis. Si la preuve médicale indique une condition différente, il est alors fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

**REMARQUE** : La liste suivante de facteurs n'est pas exhaustive. Il peut être allégué que des facteurs, autres que ceux indiqués dans la partie A, causent ou aggravent un Trouble des conduites alimentaires. Dans chaque cas, les autres facteurs sont pris en considération selon le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis. Il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

1. Vivre directement un événement traumatisant dans les deux années précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires

Les événements traumatisants comprennent, sans toutefois s'y limiter:

- a) être exposé au combat militaire
- b) être victime d'agression physique ou subir des menaces d'agression physique
- c) être victime d'agression sexuelle ou subir des menaces d'agression sexuelle
- d) être enlevé
- e) être pris en otage
- f) être victime d'une attaque terroriste
- g) être torturé
- h) être incarcéré comme prisonnier de guerre
- i) être victime d'un désastre naturel ou causé par l'humain
- j) être victime d'un grave accident de véhicule motorisé
- k) avoir tué ou blessé une personne lors d'un acte non criminel
- l) vivre un incident médical catastrophique et soudain

2. Être témoin immédiat d'un événement traumatisant qui se produit envers toute autre personne dans les deux années précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires.

Les événements traumatisants dont une personne peut être témoin comprennent, sans toutefois s'y limiter, le fait d'assister:

- a) à la menace ou à la blessure grave infligée à une autre personne
- b) à la mort non naturelle d'une autre personne
- c) à la violence physique ou sexuelle infligée à une autre personne
- d) à une catastrophe médicale affligeant un membre de sa famille ou un ami proche.

3. Être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrifiants d'un événement traumatisant dans les deux années précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires.

Les expositions comprennent, sans toutefois s'y limiter:

- a) voir et/ou ramasser des restes humains

- b) être témoin de l'évacuation de personnes grièvement blessées ou y avoir participé
- c) être exposé de manière répétée aux détails d'actes de violence ou d'atrocités infligées à d'autres personnes
- d) répartiteurs exposés à des événements traumatisants accidentels ou violents

**Remarque :** Le facteur 3 s'applique à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos uniquement si cela est lié au travail.

4. Vivre ou travailler dans un environnement hostile ou mettant sa vie en danger pour une période d'au moins quatre semaines avant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires.

Les situations ou contextes où la menace pour la vie et l'intégrité physique est omniprésente comprennent, sans toutefois s'y limiter:

- a) être sous la menace d'une attaque d'artillerie, de missiles, de fusées ou de mines ou d'un attentat à la bombe
- b) être sous la menace d'une attaque nucléaire, ou d'une attaque avec un agent biologique ou chimique
- c) participer à des combats ou à des patrouilles de combat

5. Vivre un événement stressant dans l'année précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires

Les événements considérés comme des événements stressants comprennent, sans toutefois s'y limiter:

- a) le fait d'être isolé socialement et incapable de maintenir des liens avec ses amis ou sa famille en raison de l'éloignement physique, des barrières linguistiques, d'une déficience ou d'une maladie physique ou psychiatrique;
- b) le fait d'éprouver des difficultés dans une relation à long terme, p. ex. la rupture d'une relation personnelle étroite, le besoin d'obtenir du counseling sur le plan matrimonial ou relationnel, une séparation conjugale ou un divorce;
- c) éprouver des craintes au travail ou à l'école, notamment être en désaccord constant avec ses collègues de travail ou ses camarades de classe, ressentir un manque de soutien social au travail ou à l'école, ressentir un manque de contrôle lorsqu'il s'agit de réaliser des tâches ou de faire face à de lourdes charges de travail ou être victime d'intimidation au travail ou à l'école;

- d) avoir de graves problèmes juridiques, notamment être détenu ou placé sous garde, avoir constamment affaire aux autorités policières pour non-respect de la loi ou se présenter devant les tribunaux en raison de problèmes juridiques personnels;
- e) éprouver de graves difficultés financières, notamment la perte d'un emploi, de longues périodes de chômage, une forclusion ou une faillite;
- f) avoir un membre de la famille ou un proche dont l'état de santé se détériore rapidement;
- g) être le soignant à temps plein d'un membre de la famille ou d'un proche atteint d'une déficience physique ou mentale ou d'un trouble du développement graves.

6. Vivre le décès d'un membre de famille ou d'un ami proche au cours de l'année précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires

7. Être atteint d'un trouble psychiatrique important sur le plan clinique dans les deux années précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires

Un trouble psychiatrique important sur le plan clinique est un trouble mental, selon la définition du DSM-5.

8. Être atteint d'une maladie ou subir une blessure constituant un danger de mort ou entraînant une grave déficience physique ou cognitive dans les deux années précédant l'apparition ou l'aggravation clinique d'un Trouble des conduites alimentaires

9. Avoir été victime de violence grave durant l'enfance avant l'apparition clinique d'un Trouble des conduites alimentaires

Exemples de violence grave durant l'enfance :

a) graves sévices physiques, émotionnels, psychologiques ou sexuels infligés à un enfant de moins de 16 ans;

b) négligence, y compris une grave omission de subvenir aux besoins liés à la santé, au développement physique et affectif ou au bien-être d'un enfant âgé de moins de 16 ans;

lorsque ce type de sévices graves ou de négligence a été commis par un parent, un gardien, un adulte qui travaille auprès de l'enfant ou dans son entourage ou tout adulte en relation avec l'enfant.

10. Être dans l'incapacité d'obtenir le traitement clinique approprié du Trouble des conduites alimentaires

## B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ/L'ÉVALUATION

**REMARQUE** : Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, il ne faut tenir compte que de ces affections dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un Trouble des conduites alimentaires. Si aucune affection n'est indiquée pour une catégorie, il faut tenir compte de toutes les affections de la catégorie dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un Trouble des conduites alimentaires.

- Autres troubles des conduites alimentaires
- Troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnels-compulsifs
- Troubles dépressifs
- Troubles bipolaires et troubles connexes
- Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles de la personnalité
- Troubles liés à l'abus de substances et à la toxicomanie
- Troubles dissociatifs
- Symptômes somatiques et troubles connexes
  - Trouble de symptôme somatique
  - Trouble de l'angoisse de la maladie
  - Trouble de conversion
- Troubles douloureux/syndrome de douleur chronique (diagnostic de troubles de l'Axe I selon le DSM-IV-TR)
- Troubles du rythme veille-sommeil
  - Trouble de l'insomnie
  - Trouble de l'hypersomnolence
- Troubles neurodéveloppementaux
  - Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
- Baisse de la libido - Si les renseignements médicaux font état d'une perte de libido émanant d'une affection psychiatrique.

Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le DSM-5 qui n'est pas incluse dans la partie B des Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension concernant les Troubles des conduites alimentaires.



### **C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER, EN TOTALITÉ OU EN PARTIE, D'UN TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET/OU DE SON TRAITEMENT**

Les affections énumérées dans la partie C peuvent découler, en totalité ou en partie, du Trouble des conduites alimentaires, du traitement du Trouble des conduites alimentaires ou des effets conjugués du Trouble des conduites alimentaires et de son traitement.

Les affections figurant dans la partie C de la section « Considérations relatives à l'admissibilité » donnent admissibilité seulement si le bien-fondé de la demande le justifie et si les éléments de preuve médicale montrent l'existence d'une relation corrélative. Il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

S'il est allégué qu'un médicament prescrit pour traiter un Trouble des conduites alimentaires a contribué, en totalité ou en partie, à l'apparition ou à l'aggravation clinique d'une affection, il faut établir les faits suivants :

1. La personne prenait déjà le médicament au moment de l'apparition ou de l'aggravation de l'affection.
2. Le médicament était prescrit pour traiter un Trouble des conduites alimentaires.
3. Il est peu probable que la prise de médicament soit interrompue ou il est connu que le médicament a des effets persistants après son interruption.
4. Les renseignements médicaux de la personne et de la littérature médicale actuelle corroborent le fait que l'apparition clinique ou l'aggravation clinique de l'affection peut découler de la prise du médicament.
5. Remarque : Un médicament peut faire partie d'une famille ou d'un groupe de médicaments. Un médicament peut produire des effets différents de ceux du groupe auquel il appartient. Ce sont les effets du médicament lui-même qui devraient être pris en compte plutôt que ceux du groupe auquel il appartient.

La liste suivante des affections de la partie C n'est pas exhaustive. D'autres facteurs que ceux énumérés dans la partie C peuvent être à la base d'une demande d'affection consécutive à un Trouble des conduites alimentaires et/ou à son traitement. Dans chaque cas, les autres affections sont prises en considération aux fins d'admissibilité selon le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis. Il est fortement recommandé de consulter un conseiller médical.

- Ostéoporose
- Érosion dentaire

## RÉFÉRENCES SUR LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

1. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4<sup>e</sup> éd. Texte révisé (DSM-IV-TR) Washington : American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)*. 5<sup>th</sup> ed. Text Revision (DSM-5) Washington : American Psychiatric Association, 2013.
3. Australia. (2008). *Statement of principles concerning eating disorder*. No. 47 of 2008.
4. Australia. (2009). *Amendment statement of principles concerning eating disorder*. No. 47 of 2009.
5. Australia. (2008). *Statement of principles concerning eating disorder*. No. 48 of 2008.
6. Australia. (2009). *Amendment statement of principles concerning eating disorder*. No. 48 of 2009.
7. Stern. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1<sup>st</sup> ed. Mosby, 2008.
8. Harrison, T. R. (2012). *Harrison's principles of internal medicine* 18<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Medical.
9. Canada. (2002) *Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension pour l'ostéoporose*. Anciens Combattants Canada