Ligne directrice sur l'admissibilité
Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : mai 2011

Codes *CIM-11* : 6B8Z, 6B80, 6B81, 6B82, 6B83, 6B8Y

Code médical d'ACC :

00652 troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Définition

Les **troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments** sont une catégorie d'affections figurant dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition – texte révisé* (*DSM-5-TR*) caractérisées 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.

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments suivants sont compris :

- anorexie mentale
- boulimie nerveuse
- hyperphagie boulimique
- trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement.

Remarque : Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments autres que ceux énumérés peuvent être pris en considération, mais ils devraient être évalués en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis. Il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

Norme diagnostique

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

Le diagnostic est fondé sur un examen clinique.

Caractéristiques cliniques

Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments sont des troubles psychiatriques complexes dont le développement dépend de multiples variables biologiques, psychologiques et environnementales. Toutefois, aucun aspect individuel des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments n'est suffisant pour en provoquer son développement, car ces aspects interviennent à divers niveaux pour contribuer à l'apparition et à la progression d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

Considérations biologiques : Les facteurs génétiques contribuent fortement au développement de l'anorexie mentale et de la boulimie. Un risque associé à la génétique a également été démontré dans la cooccurrence des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments avec d'autres diagnostics psychiatriques.
Les gènes associés à d'autres fonctions métaboliques, notamment le contrôle de l'appétit et du poids, se sont également révélés impliqués dans le développement et la gravité des troubles de l'alimentation. Le rôle du microbiote intestinal et des réactions du système immunitaire dans le développement et le maintien des troubles de l'alimentation est un domaine émergent.

Il a été démontré que les modèles héréditaires de troubles de l'alimentation touchent de façon disproportionnée les personnes de sexe féminin. Les femelles sont associées à un risque génétique plus élevé de troubles de l'alimentation que les personnes de sexe masculin.

Considérations psychologiques : Certains facteurs psychologiques (comme l'anxiété, le perfectionnisme et le caractère obsessionnel compulsif) sont souvent associés à un risque accru de troubles de l'alimentation et peuvent jouer un rôle dans la gravité des symptômes, la réponse au traitement et le risque de rechute. Les personnes atteintes de troubles de l'alimentation peuvent souffrir d'un niveau élevé de perfectionnisme, être très autocritique, impulsives et introverties.

Considérations environnementaux : Certains mauvais traitements et traumatismes durant l'enfance peuvent être liés au développement de troubles de l'alimentation.

L'insécurité alimentaire peut également être un prédicteur de troubles de l'alimentation. Les préoccupations au sujet du poids et de la forme du corps, la quête de minceur et l'internalisation d'un idéal perçu de minceur sont des facteurs clés et des prédicteurs du développement des troubles de l'alimentation.

La boulimie est plus fréquente chez les personnes de sexe féminin que chez les personnes de sexe masculin. Les personnes de sexe masculin sont moins

susceptibles que les personnes de sexe féminin de se livrer à des comportements de purge et ont une plus grande tendance à faire de l'exercice de façon excessive ou à utiliser des stéroïdes comme comportements compensatoires en réaction à l'hyperphagie. Les personnes de sexe masculin sont moins enclins à se faire soigner.

L'hyperphagie boulimique est plus fréquente chez les personnes de sexe féminin. Il n'y a pas de différences significatives liées au sexe dans les symptômes ou le traitement du trouble de l'hyperphagie boulimique.

Le trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement est semblable chez les personne de sexe masculin et les personnes de sexe féminin, mais il est plus fréquent chez les personne de sexe masculin atteints du trouble du spectre de l'autisme.

Ensemble de critères

Les critères qui caractérisent les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments ont été tirés du *DSM-5-TR*.

La présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*; toutefois, la *Classification internationale des maladies, 11e édition (CIM-11)* est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Anorexie mentale

L'anorexie mentale présente trois caractéristiques essentielles :

- une restriction persistante de l'apport énergétique
- une peur intense de prendre du poids ou comportement persistant qui nuit à la prise de poids
- une altération de la perception de son poids ou de la forme de son corps.

La personne maintient un poids corporel inférieur à un niveau minimalement normal pour son âge, son sexe, sa trajectoire développementale et sa santé physique. Les personnes atteintes d'anorexie mentale ont généralement une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosses, ce qui n'est habituellement pas atténué par la perte de poids. L'anorexie mentale peut entraîner des problèmes de santé importants et potentiellement mortels.

Ensemble de critères pour l'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 de son poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive de son poids ou de la forme de son corps sur l'estime de soi ou manque persistant de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle.

Précisez si :

- Type restrictif : Durant les trois derniers mois, la personne 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 des survenues récurrentes de crises de boulimie et recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Précisez la gravité actuelle :

- Le seuil minimal de gravité est fondé, pour les adultes, sur l'indice de masse corporelle (IMC) actuel ainsi que sur les percentiles d'IMC (voir ci-dessous). Les fourchettes ci-dessous sont dérivées des catégories de l'Organisation mondiale de la Santé pour la minceur chez les adultes. Le seuil de gravité peut être augmenté en fonction des symptômes cliniques, du degré d'invalidité fonctionnelle et du besoin de supervision.

    - Léger : IMC>/= 17 kg/m^2
    - Moyen : IMC = 16 à 16,99 kg/m^2
    - Grave : IMC = 15 à 15,99 kg/m^2
    - Extrême : IMC <15 kg/m^2

Boulimie nerveuse

La boulimie nerveuse présente trois caractéristiques essentielles :

- une survenue récurrente de crises de boulimie

- des comportements compensatoires inappropriés récurrents pour empêcher la prise de poids
- l'autoévaluation qui est indûment influencée par la forme ou le poids du corps.

La crise de boulimie est définie comme la consommation d'une quantité d'aliments qui est certainement plus importante que celle que la plupart des personnes consommeraient au cours d'une période semblable dans des circonstances semblables. Une crise de boulimie a tendance à se poursuivre jusqu'à ce que la personne soit inconfortable, voire douloureusement, pleine. Les personnes atteintes de boulimie nerveuse ont généralement un poids normal ou un excès de poids.

Ensemble de critères pour la boulimie nerveuse

Critère A

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

1. l'absorption, en un temps limité (p. ex. moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en un temps similaire et dans les mêmes circonstances
2. le 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 qui visent 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 du corps.

Critère E

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

Hyperphagie boulimique

Les épisodes récurrents de crise de boulimie doivent survenir en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.

La crise de boulimie est définie comme la consommation d'une quantité d'aliments, en un temps limité, qui est certainement plus importante que ce que la plupart des gens absorberaient en un temps similaire et dans les mêmes circonstances. La crise de boulimie doit être caractérisée par une souffrance marquée et un sentiment de manque de contrôle. Contrairement à la boulimie nerveuse, les crises d'hyperphagie ne sont pas régulièrement suivies de comportements compensatoires inappropriés qui visent à prévenir la prise de poids.

Ensemble de critères pour l'hyperphagie boulimique

Critère A

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

1. l'absorption, en un temps limité (p. ex. moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en un temps similaire et dans les mêmes circonstances
2. le 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. ressentir un 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 nerveuse ou d'anorexie mentale.

Trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement

Les caractéristiques du trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement comprennent :

- la sélection ou la restriction de l'apport alimentaire. Cela se traduit par une consommation insuffisante d'aliments pour répondre à des besoins énergétiques ou nutritionnels adéquats et entraîne donc une perte de poids importante
- des carences nutritionnelles cliniquement significatives
- une dépendance aux suppléments nutritionnels par voie orale ou à l'alimentation par sonde
- une interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial (personnel, familial, social, éducatif, professionnel).

Ce comportement alimentaire n'est pas motivé par une préoccupation au sujet du poids ou de la forme du corps. La consommation limitée d'aliments et son effet sur le poids, d'autres aspects de la santé ou le fonctionnement ne sont pas dus à l'indisponibilité d'aliments, ni à une manifestation d'une autre condition médicale ou d'un trouble médical, et n'est pas attribuable aux effets d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets de sevrage.

Ensemble de critères pour le trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement

Critère A

Une perturbation liée à l'alimentation ou à l'ingestion (p. ex. un manque apparent d'intérêt pour l'alimentation ou la nourriture; l'évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles des aliments; des préoccupations au sujet des

conséquences défavorables de la consommation d'aliments) associée à un (ou plusieurs) des éléments suivants :

1. une perte de poids importante (ou défaut de prendre le poids prévu)
2. des carences nutritionnelles importantes
3. une dépendance à l'alimentation entérale ou aux suppléments nutritionnels par voie orale
4. une interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial.

Critère B

La perturbation n'est pas mieux expliquée par le manque de nourriture disponible ou par une pratique sanctionnée par la culture associée.

Critère C

La perturbation de l'alimentation ne se produit pas exclusivement au cours d'un épisode d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse, et il n'y a aucune preuve d'altération de la perception de son poids ou de la forme de son corps.

Critère D

La perturbation de l'alimentation n'est pas attribuable à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental. Lorsque la perturbation de l'alimentation survient dans le contexte d'une autre affection ou d'un autre trouble, la gravité de la perturbation de l'alimentation dépasse celle habituellement associée à l'affection ou au trouble et justifie une attention clinique supplémentaire.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Il s'agit d'expériences ou d'expositions qui ont une incidence sur la capacité de la personne à faire face au stress. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent être un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble psychiatrique important plus tard dans la vie. Ces facteurs n'ont pas pour effet de causer une affection faisant l'objet d'une

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

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination du droit à pension/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte du droit à pension.

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les facteurs suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la section des définitions de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. Vivre directement un **événement traumatisant** dans les deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

   Les événements traumatisants comprennent, sans s'y limiter :

   - le fait d'être exposé au combat militaire
   - le fait de recevoir des menaces d'agression ou de subir des agressions physiques réelles
   - le fait de recevoir des menaces ou de subir des violences sexuelles réelles;
   - le fait d'être enlevé
   - le fait d'être pris en otage
   - le fait d'être victime d'une attaque terroriste
   - le fait d'être torturé
   - le fait d'être incarcéré comme prisonnier de guerre
   - le fait d'être victime d'un désastre naturel ou causé par l'humain
   - le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
   - le fait d'avoir tué ou blessé une personne

- le fait de subir un incident médical catastrophique soudain.

2. **Être témoin, en personne**, d'un événement qui est arrivé à une autre personne dans les deux ans précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

   Les événements traumatisants dont la personne est témoin peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter :

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

3. Être **exposé de manière répétée ou extrême** à des aspects d'un événement traumatisant dans les deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

   Les expositions comprennent, sans toutefois s'y limiter :

   - le fait de voir ou de ramasser des restes humains
   - le fait d'être témoin de l'évacuation de personnes grièvement blessées ou d'y participer
   - le fait d'être exposé de manière répétée aux détails d'actes de violence ou d'atrocités infligées à d'autres personnes
   - des répartiteurs exposés à des événements traumatisants violents ou accidentels.

   Remarque : Le facteur trois 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 clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

   Les situations ou environnements où le danger de mort ou de blessure est présent peuvent comprendre :

   - le fait de vivre sous la menace d'une attaque d'artillerie, de missile, à la roquette, de mines ou à la bombe;
   - le fait de vivre sous la menace d'une attaque nucléaire, ou avec un agent biologique ou chimique;
   - le fait de participer à des combats ou à des patrouilles de combat.

5. Vivre un **événement stressant** dans l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

Les événements considérés comme étant des événements stressants peuvent comprendre :

- 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 incapacité ou d'une maladie physique ou mentale
- 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
- le fait d'être dans une situation de conflit persistante 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
- le fait 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
- le fait d'éprouver de graves difficultés financières, notamment la perte d'un emploi, de longues périodes de chômage, une forclusion ou une faillite;
- le fait que l'état de santé d'un membre de sa famille ou d'un ami proche se détériore rapidement
- le fait d'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 grave.

6. Vivre le décès d'un **membre de sa famille ou d'un ami proche** dans l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

   Remarque : La relation entre les personnes qui occupent un rôle de leadership avec leurs subordonnés doit être considérée comme une relation de famille ou d'ami proche.

7. Être atteint d'un **trouble psychiatrique important sur le plan clinique** dans les deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. Un trouble psychiatrique significatif du point de vue clinique tel que défini par le *DSM-5-TR* est un syndrome qui se caractérise par une perturbation cliniquement significative dans la cognition, la régulation des émotions ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou de développement qui sous-tendent le fonctionnement mental.

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 clinique ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

9. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des problèmes de santé diagnostiqués et des catégories qui sont considérées, aux fins d'ACC, comme devant être inclus dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.

- État de stress post-traumatique
- Tous autres troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
- Tous autres troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress
- Troubles anxieux
- Trouble de l'adaptation
- Troubles bipolaires et troubles connexes
- Troubles dépressifs
- Troubles dissociatifs
- Troubles neurodéveloppementaux
    - Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et troubles connexes
- Trouble douloureux (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition – Texte révisé [*DSM-4-TR*] diagnostic de troubles de l'Axe I)
- Trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (antérieurement trouble douloureux dans le *DSM-4-TR*)
- Troubles de la personnalité
- Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles du rythme veille-sommeil
    - Trouble de l'insomnie
    - Trouble de l'hypersomnolence
- Troubles liés à l'utilisation de substances

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 et de l'ingestion d'aliments. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination du droit à pension et l'évaluation des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5* qui n'est pas incluse dans la section B de la présente LDA.
- Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés, comme le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel (trouble de conversion), le

trouble à symptomatologie somatique, la crainte excessive d'avoir une maladie et le syndrome de détresse physique (diagnostic *CIM-11*), sont admissibles séparément et évalués individuellement.

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, d'un trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments et/ou de son traitement

La section C est une liste des affections qui peuvent être causées ou aggravées par les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments ou leur traitement. Les affections énumérées à la section C ne sont pas incluses dans la détermination du droit à pension et l'évaluation des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. Une décision relativement à l'admissibilité consécutive peut être prise si le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis du cas appuient une relation corrélative. Les affections autres que celles énumérées à la section C peuvent être prises en considération; il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

- Ostéoporose
- Érosion dentaire associée aux vomissements chroniques

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

- Le médicament était prescrit pour traiter le trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.
- La personne prenait déjà le médicament au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation clinique de l'affection à laquelle la prise du médicament est attribuée.
- La littérature médicale actuelle corrobore le fait que l'apparition clinique ou l'aggravation clinique de l'affection peut découler de la prise du médicament
- Le médicament est prescrit
  à long terme de façon continue et ne peut raisonnablement être remplacé par un autre médicament, ou le médicament est connu pour ses effets persistants après l'arrêt du traitement.

Remarque : Un médicament peut faire partie d'une famille 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.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- État de stress post-traumatique – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Ostéoporose – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Schizophrénie – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Trouble de l'adaptation – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Troubles anxieux – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Troubles bipolaires et connexes – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Troubles dépressifs – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Troubles liés à l'utilisation de substances – Lignes directrices sur l'admissibilité
- Indemnité pour douleur et souffrance – Politiques
- Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne – Politiques
- Admissibilité double – Prestations d'invalidité – Politiques
- Détermination d'une invalidité – Politiques
- Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation – Politiques
- Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance – Politiques
- Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service – Politiques
- Invalidité consécutive – Politiques
- Bénéfice du doute – Politiques

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). American psychiatric association.

American Psychiatric Association (Ed.). (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.

Amianto, F., Siccardi, S., Abbate-Daga, G., Marech, L., Barosio, M., & Fassino, S. (2012). Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa?. Psychiatry Research, 200(2-3), 502-512. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.036

Australian Government. (2009). Statement of Principles concerning eating disorder (Balance of Probabilities) (No. 48 of 2009). http://www.rma.gov.au/assets/SOP/2009/Revoked/2aa0363337/048.pdf

Australian Government. (2009). Statement of Principles concerning eating disorder (Reasonable Hypothesis) (No. 47 of 2009). http://www.rma.gov.au/assets/SOP/2009/Revoked/bbf8ef0566/047.pdf

Australian Government. (2018). Statement of Principles concerning eating disorder (Balance of Probabilities) (No. 14 of 2016). http://www.rma.gov.au/assets/SOP/2016/6c9432282b/014.pdf

Australian Government. (2018). Statement of Principles concerning eating disorder (Reasonable Hypothesis) (No. 13 of 2016). http://www.rma.gov.au/assets/SOP/2016/8454f29414/013.pdf

Baker, J. H., Maes, H. H., Lissner, L., Aggen S. H., Lichtenstein, P., Kendler, K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. Journal of Abnormal Psychology. 118(3), 576–86. https://doi.org/10.1037/a0016314

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. Journal of Eating Disorders, 11(1), 8. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4

Barry, M. R., Sonneville, K. R., & Leung, C. W. (2021). Students with food insecurity are more likely to screen positive for an eating disorder at a large, public university in the Midwest. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 121(6), 1115-1124. https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.01.025 .

Belli, H., Ural, C., Akbudak, M., & Sagaltıcı, E. (2019). Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. Nordic Journal of Psychiatry, 73(8), 527-531. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1662085

Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. Body Image, 8(1), 1-11. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.09.002

Blosnich, J., Foynes, M. M., & Shipherd, J. C. (2013). Health Disparities Among Sexual Minority Women Veterans. Journal of Women's Health, 22(7), 631–636. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4214

Blosnich, J. R., Gordon, A. J., & Fine, M. J. (2015). Associations of sexual and gender minority status with health indicators, health risk factors, and social stressors in a national sample of young adults with military experience. Annals of Epidemiology, 25(9), 661–667. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.06.001

Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. Acta Psychiatrica Scandinavica, 132(1), 51-59. https://doi.org/10.1111/acps.12389

Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., Dalman, C., & Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating disorders. International Journal of Epidemiology, 45(2), 480-488. https://doi.org/10.1093/ije/dyw037

Breithaupt, L., Hubel, C., & Bulik, C. M. (2018). Updates on genome-wide association findings in eating disorders and future application to precision medicine. Current Neuropharmacology, 16(8), 1102-1110. https://doi.org/10.2174/1570159X16666180222163450

Brook, E. M., Tenforde, A. S., Broad, E. M., Matzkin, E. G., Yang, H. Y., Collins, J. E., & Blauwet, C. A. (2019). Low energy availability, menstrual dysfunction, and impaired bone health: A survey of elite para athletes. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 29(5), 678-685. https://doi.org/10.1111/sms.13385

Bulik, C. M., Thornton, L. M., Root, T. L., Pisetsky, E. M., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2010). Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. Biological Psychiatry, 67(1), 71-77. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.08.010

Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority

populations. Current Psychiatry Reports, 19, 1-10. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y

Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 18, 353-359. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0737-9

Carbone, J. T., Holzer, K. J., Vaughn, M. G., & DeLisi, M. (2020). Homicidal Ideation and Forensic Psychopathology: Evidence From the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). Journal of Forensic Sciences, 65(1), 154–159. https://doi.org/10.1111/1556-4029.14156

Carr, M. M., Wiedemann, A. A., Macdonald-Gagnon, G., & Potenza, M. N. (2021). Impulsivity and compulsivity in binge eating disorder: A systematic review of behavioral studies. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 110, 110318. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110318

Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychosomatic Medicine, 78(1), 79-90. https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233

Chan, P. K. (2016)., Mental health and sexual minorities in the Ohio Army National Guard [Case Western Reserve University School of Graduate Studies]. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=case1458924994

Chang, C. J., Fischer, I. C., Depp, C. A., Norman, S. B., Livingston, N. A., & Pietrzak, R. H. (2023). A disproportionate burden: Prevalence of trauma and mental health

difficulties among sexual minority versus heterosexual U.S. military veterans. Journal of Psychiatric Research, 161, 477–482. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.042

Chin, S., Carlucci, S., McCuaig Edge, H. J., & Lu, D. (2022). Health differences by entry stream among Canadian Armed Forces officer cadets. Journal of Military, Veteran and Family Health, 8(3), 45–57. https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0124

Cochran, B. N., Balsam, K., Flentje, A., Malte, C. A., & Simpson, T. (2013). Mental Health Characteristics of Sexual Minority Veterans. Journal of Homosexuality, 60(2–3), 419–435. https://doi.org/10.1080/00918369.2013.744932

Davison, K. M., Marshall-Fabien, G. L., & Gondara, L. (2014). Sex differences and eating disorder risk among psychiatric conditions, compulsive behaviors and substance use in a screened Canadian national sample. General Hospital Psychiatry, 36(4), 411-414. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.04.001

Dakanalis, A., Zanetti, A. M., Riva, G., Colmegna, F., Volpato, C., Madeddu, F., & Clerici, M. (2015). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Moderating variables among men. Journal of Health Psychology, 20(1), 80–90. https://doi.org/10.1177/1359105313499198

de Barse, L. M., Tharner, A., Micali, N., Jaddoe, V. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Franco, O. H., Tiemeier, H., & Jansen, P. W. (2015). Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating?. Appetite, 85, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.031

Duncan, A. E., Ziobrowski, H. N., & Nicol, G. (2017). The prevalence of past 12-month and lifetime DSM-IV eating disorders by BMI category in US men and women. European Eating Disorders Review, 25(3), 165-171. https://doi.org/10.1002/erv.2503

Evans, E. H., Adamson, A. J., Basterfield, L., Le Couteur, A., Reilly, J. K., Reilly, J. J., & Parkinson, K. N. (2017). Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: A 6-year longitudinal cohort study. Appetite, 108, 12-20. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.005

Ernsberger, P. (2012). BMI, body build, body fatness, and health risks. Fat Studies, 1(1), 6–12. https://doi.org/10.1080/21604851.2012.627788

Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 46, 91-105. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005

Fetissov, S. O., & Hökfelt, T. (2019). On the origin of eating disorders: Altered signaling between gut microbiota, adaptive immunity and the brain melanocortin system regulating feeding behavior. Current Opinion in Pharmacology, 48, 82-91. https://doi.org/10.1016/j.coph.2019.07.004

Francisco, R., Narciso, I., & Alarcao, M. (2013). Individual and relational risk factors for the development of eating disorders in adolescent aesthetic athletes and general adolescents. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 18, 403-411. https://doi.org/10.1007/s40519-013-0055-6

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition, 109(5), 1402-1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

Gigi, I., Bachner-Melman, R., & Lev-Ari, L. (2016). The association between sexual orientation, susceptibility to social messages and disordered eating in men. Appetite, 99, 25-33. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.027

Gonzales IV, M., & Blashill, A. J. (2021). Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority US adults. Body Image, 36, 64-73. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.007

Goodman, A., Heshmati, A., & Koupil, I. (2014). Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. PloS One, 9(8), e106475. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106475

Gorman, K. R., Kearns, J. C., Pantalone, D. W., Bovin, M. J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2022). The impact of deployment-related stressors on the development of PTSD and depression among sexual minority and heterosexual female veterans. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14(5), 747–750. https://doi.org/10.1037/tra0001102

Government of Canada. (2002). Entitlement Eligibility Guidelines for Osteoporosis.

Guisinger, S. (2003). Adapted to flee famine: Adding an evolutionary perspective on anorexia nervosa. Psychological Review, 110(4), 745–761. https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.4.745

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., Batterham, P. J., & Stanimirovic, R. (2015). The mental health of Australian elite athletes. Journal of Science and Medicine in Sport, 18(3), 255-261. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.04.006

Harper, K. L., Blosnich, J. R., Livingston, N., Vogt, D., Bernhard, P. A., Hoffmire, C. A., Maguen, S., & Schneiderman, A. (2024). Examining differences in mental health and mental health service use among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual veterans. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. https://doi.org/10.1037/sgd0000712

Harrison, T. R. (2012). Harrison's principles of internal medicine (18th ed.). New York: McGraw-Hill Medical.

Holloway, I. W., Green, D., Pickering, C., Wu, E., Tzen, M., Goldbach, J. T., & Castro, C. A. (2021). Mental Health and Health Risk Behaviors of Active Duty Sexual Minority and Transgender Service Members in the United States Military. LGBT Health, 8(2), 152–161. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0031

Jones, C., Pearce, B., Barrera, I., & Mummert, A. (2017). Fetal programming and eating disorder risk. Journal of Theoretical Biology, 428, 26-33. https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2017.05.028

Joyce, F., Watson, H. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. Eating Behaviors, 13(4), 361–365. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.07.002

Kauth, M. R., & Shipherd, J. C. (2016). Transforming a System: Improving Patient-Centered Care for Sexual and Gender Minority Veterans. LGBT Health, 3(3), 177–179. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0047

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C., & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biological Psychiatry, 73(9), 904-914. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020

Kothari, R., Gafton, J., Treasure, J., & Micali, N. (2014). 2D: 4D Ratio in children at familial high-risk for eating disorders: The role of prenatal testosterone exposure. American Journal of Human Biology, 26(2), 176-182. https://doi.org/10.1002/ajhb.22495

Latzer, Y., Rozenstain-Hason, M., Kabakov, O., Givon, M., Mizrachi, S., Alon, S., & Tzischinsky, O. (2020). Childhood maltreatment in patients with binge eating disorder with and without night eating syndrome vs. control. Psychiatry Research, 293, 113451. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113451

Lehavot, K., Beckman, K. L., Chen, J. A., Simpson, T. L., & Williams, E. C. (2019). Race/ethnicity and sexual orientation disparities in mental health, sexism, and

social support among women veterans. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 6(3), 347–358. https://doi.org/10.1037/sgd0000333

Lehavot, K., & Simpson, T. L. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder, and depression among sexual minority and heterosexual women veterans. Journal of Counseling Psychology, 61(3), 392–403. https://doi.org/10.1037/cou0000019

Lynch, K. E., Gatsby, E., Viernes, B., Schliep, K. C., Whitcomb, B. W., Alba, P. R., DuVall, S. L., & Blosnich, J. R. (2020). Evaluation of Suicide Mortality Among Sexual Minority US Veterans From 2000 to 2017. JAMA Network Open, 3(12), e2031357. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31357

Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2019). Food insecurity and bulimia nervosa in the United States. International Journal of Eating Disorders, 52(6), 735-739. https://doi.org/10.1002/eat.23074

Mantilla, E. F., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. Eating behaviors, 15(1), 125-131. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.11.008

Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. Medicine & Science in Sports & Exercise, 45(6), 1188-1197. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318281a939

Marzola, E., Cavallo, F., Panero, M., Porliod, A., Amodeo, L., & Abbate-Daga, G. (2021). The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: A systematic review. Archives of Women's Mental Health, 24, 185-204. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01057-5

Masheb, R. M., Ramsey, C. M., Marsh, A. G., Decker, S. E., Maguen, S., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2021). DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. International Journal of Eating Disorders, 54(7), 1171–1180. https://doi.org/10.1002/eat.23501

Mattocks, K. M., Kauth, M. R., Sandfort, T., Matza, A. R., Sullivan, J. C., & Shipherd, J. C. (2014). Understanding Health-Care Needs of Sexual and Gender Minority Veterans: How Targeted Research and Policy Can Improve Health. LGBT Health, 1(1), 50–57. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0003

McDonald, J. L., Ganulin, M. L., Dretsch, M. N., Taylor, M. R., & Cabrera, O. A. (2020). Assessing the Well-being of Sexual Minority Soldiers at a Military Academic Institution. Military Medicine, 185(Suppl 1), 342–347. https://doi.org/10.1093/milmed/usz198

McNamara, K. A., Lucas, C. L., Goldbach, J. T., Kintzle, S., & Castro, C. A. (2019). Mental health of the bisexual Veteran. Military Psychology, 31(2), 91–99. https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1541393

Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S., Bulik, C. M., Reichborn-Kjennerud, T., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2009). Assessing the heritability of anorexia nervosa symptoms using a marginal maximal likelihood approach. Psychological Medicine, 39(3), 463-473. https://doi.org/10.1017/S0033291708003310

Messer, M., Anderson, C., & Linardon, J. (2021). Self-compassion explains substantially more variance in eating disorder psychopathology and associated impairment than mindfulness. Body Image, 36, 27-33. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.002

Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database. BMJ Open, 3(5), e002646. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646

Micali, N., & Treasure, J. (2009). Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: A review. European Eating Disorders Review, 17(6), 448-454. https://doi.org/10.1002/erv.963

Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. European Psychiatry, 61, 111-118. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6

Mousavi, F., Rozsa, S., Nilsson, T., Archer, T., Anckarsäter, H., & Garcia, D. (2015). Personality and intelligence: Persistence, not self-directedness, cooperativeness or self-transcendence, is related to twins' cognitive abilities. PeerJ, 3, e1195. https://doi.org/10.7717/peerj.1195

Mulders-Jones, B., Mitchison, D., Girosi, F., & Hay, P. (2017). Socioeconomic correlates of eating disorder symptoms in an Australian population-based sample. PloS One, 12(1), e0170603. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170603

Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., Wall, M., & Loth, K. A. (2011). Yoga and pilates: Associations with body image and disordered-eating behaviors in a population-based sample of young adults. International Journal of Eating Disorders, 44(3), 276-280. https://doi.org/10.1002/eat.20858

Oakley, T., King, L., Ketcheson, F., & Richardson, J. D. (2020). Gender differences in clinical presentation among treatment-seeking Veterans and Canadian Armed Forces personnel. Journal of Military, Veteran and Family Health, 6(2), 60–67. https://doi.org/10.3138/jmvfh-2019-0045

Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Eaton, W. W. (2014). A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry, 71(5), 573-581. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.16

Pelts, M. D., & Albright, D. L. (2015). An Exploratory Study of Student Service Members/Veterans' Mental Health Characteristics by Sexual Orientation. Journal of American College Health, 63(7), 508–512. https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947992

Richardson, J. D., Thompson, A., King, L., Ketcheson, F., Shnaider, P., Armour, C., St. Cyr, K., Sareen, J., Elhai, J. D., & Zamorski, M. A. (2019). Comorbidity patterns of psychiatric conditions in Canadian Armed Forces personnel. The Canadian Journal of Psychiatry, 64(7), 501–510. https://doi.org/10.1177/0706743718816057

Robinson, L., Zhang, Z., Jia, T., Bobou, M., Roach, A., Campbell, I., Irish, M., Quinlan, E. B., Tay, N., Barker, E. D., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Grigis, A., Garavan, H., Heinz, A., Ittermann, B., Martinot, J. L., Stringaris, A., Penttilä, J., van Noort, B., … IMAGEN Consortium (2020). Association of genetic and phenotypic assessments with onset of disordered eating behaviors and comorbid mental health problems among adolescents. JAMA Network Open, 3(12), e2026874-e2026874. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.26874

Shagar, P. S., Donovan, C. L., Loxton, N., Boddy, J., & Harris, N. (2019). Is thin in everywhere?: A cross-cultural comparison of a subsection of Tripartite Influence Model in Australia and Malaysia. Appetite, 134, 59-68. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.025

Shipherd, J. C., Lynch, K., Gatsby, E., Hinds, Z., DuVall, S. L., & Livingston, N. A. (2021). Estimating prevalence of PTSD among veterans with minoritized sexual orientations using electronic health record data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89(10), 856–868. https://doi.org/10.1037/ccp0000691

Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, A., Fusar-Poli, P., & Castellini, G. (2020). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. Brazilian Journal of Psychiatry, 43, 314-323. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099

Stern T. A., Rosenbaum, J. F., Fava, M., Biederman, J., & Rauch, S. L. (2008). Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry (1st ed.). Mosby.

St-Hilaire, A., Steiger, H., Liu, A., Laplante, D. P., Thaler, L., Magill, T., & King, S. (2015). A prospective study of effects of prenatal maternal stress on later eating-disorder manifestations in affected offspring: Preliminary indications based on the project ice storm cohort. International Journal of Eating Disorders, 48(5), 512-516. https://doi.org/10.1002/eat.22391

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent

females. Journal of Abnormal Psychology, 126(1), 38. https://doi.org/10.1037/abn0000219

Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 20, 112-121. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01190.x

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Archives of General Psychiatry, 68(7), 714-723. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Thompson, A., Petrie, T., & Anderson, C. (2017). Eating disorders and weight control behaviors change over a collegiate sport season. Journal of Science and Medicine in Sport, 20(9), 808-813. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.03.005

Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: Methods and current findings. Behavioral Neurobiology of Eating Disorders, 141-156. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91

Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-TR–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. Biological Psychiatry, 84(5), 345-354. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014

Uniacke, B., Glasofer, D., Devlin, M., Bockting, W., & Attia, E. (2021). Predictors of eating-related psychopathology in transgender and gender nonbinary

individuals. Eating Behaviors, 42, 101527. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101527

Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Anorexia Nervosa Genetics Initiative, Hanscombe, K, B., Purves, K. L., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Adan, R. A. H., … & Seitz, J. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nature Genetics, 51(8), 1207-1214. https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2

West, C. E., Goldschmidt, A. B., Mason, S. M., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Differences in risk factors for binge eating by socioeconomic status in a community-based sample of adolescents: Findings from Project EAT. International Journal of Eating Disorders, 52(6), 659-668. https://doi.org/10.1002/eat.23079

Wheatley, S., Khan, S., Székely, A. D., Naughton, D. P., & Petróczi, A. (2012). Expanding the female athlete triad concept to address a public health issue. Performance Enhancement & Health, 1(1), 10-27. https://doi.org/10.1016/j.peh.2012.03.001

World Health Organization. (2019). International and statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). https://icd.who.int/

Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Quaranta, M., Koch, S. V., Pisetsky, D., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M. (2017). Eating disorders, autoimmune, and

autoinflammatory disease. Pediatrics, 140(6). https://doi.org/10.1542/peds.2016-2089