

**Version : Parent/Gardien (4+)**

# PARDI

---

Entretien diagnostique pour le Pica, l'ARFID et le Mérycisme

Rachel Bryant-Waugh  
Kamryn T. Eddy  
Nadia Micali  
Lucy Cooke  
Jennifer J. Thomas

© Bryant-Waugh R, Eddy KT, Micali N, Cooke L, Thomas JJ.

Veillez contacter [r.bryant-waugh@ucl.ac.uk](mailto:r.bryant-waugh@ucl.ac.uk) pour plus d'informations.

## Le PARDI, entretien diagnostique pour le Pica, l'ARFID, et le mérycisme

Rachel Bryant-Waugh, Kamryn T. Eddy, Nadia Micali, Lucy Cooke, & Jennifer J. Thomas

### Guide d'entretien

L'entretien pour le Pica, ARFID et le mérycisme (PARDI) est une évaluation clinique multi-informateurs et semi-structurée conçue pour évaluer et diagnostiquer le Pica, le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion des aliments (ARFID) et le mérycisme selon les critères du *DSM-5*. Le PARDI fournit également des échelles de sévérité pour ces trois troubles, ainsi que des scores de profil dans trois domaines des symptômes de l'ARFID qui sont les caractéristiques sensorielles, le manque d'intérêt pour la nourriture ou l'alimentation, et la peur des conséquences aversives.

L'utilisation du PARDI convient pour les enfants (âgés de 2 ans ou plus), les adolescents et les adultes. Il existe quatre versions :

<b>Parent/Gardien (2-3) :</b>	Parents d'enfants de 2-3 ans
<b>Parent/Gardien (4+) :</b>	Parents d'enfants de 4 ans et plus
<b>Enfant :</b>	8-13 ans
<b>Jeunes adultes/Adultes :</b>	14 ans et plus

Voici comment déterminer à quelle personne soumettre chaque version de l'entretien et comment les utiliser en fonction de l'âge du répondant :

2-3 ans :	<b>Parent/Gardien (2-3)</b>
4-7 ans :	<b>Parent/Gardien (4+)</b>
8-13 ans :	<b>Parent/Gardien (4+) et Enfant</b>
14 ans et plus :	<b>Jeunes adultes/Adultes et Parent/Gardien (4+)</b> si approprié

Il s'agit de lignes directrices plutôt que des limites d'âge strictes et les évaluateurs sont encouragés à faire appel à leur propre jugement clinique fondé sur la capacité intellectuelle du répondant, de sa maturité, de sa perspicacité, de sa capacité de compréhension et de son niveau de coopération.

*Remarque : lorsque deux versions de l'entretien sont utilisées, une administration séparée est recommandée.*

Le PARDI débute avec une explication sur la nature et le but de l'entretien. Ces informations doivent être communiquées de façon adaptée à l'âge du répondant et avec les mots de l'évaluateur, mais devrait inclure les informations suivantes :

- Informer le répondant que l'entretien porte sur son comportement alimentaire, ses attitudes à l'égard de la nourriture, ainsi que des questions relatives à sa santé générale et aux déficiences fonctionnelles que le comportement alimentaire entraîne
- Préciser qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses
- Indiquer qu'il s'agit d'un entretien standard et que tous les répondants reçoivent les mêmes questions ; certaines questions pourraient donc sembler non-pertinentes pour la personne.
- Expliquer la raison pour laquelle cet entretien est mené et comment seront utilisées les réponses (évaluation clinique, diagnostique, recherche, etc.)
- Donner une durée approximative de l'entretien (45-60 minutes)
- Indiquer clairement que le répondant peut demander des explications supplémentaires si quelque chose n'est pas clair.

L'entretien se poursuit avec un dépistage afin d'exclure la présence d'anorexie mentale, de boulimie, d'accès hyperphagiques et de troubles alimentaires sous-seuil. Des éléments d'introduction supplémentaires portent sur la croissance et le développement, les habitudes alimentaires actuelles et les antécédents médicaux afin de fournir un contexte essentiel aux potentiels diagnostiques de Pica, d'ARFID et de mérycisme, y compris la détermination des critères d'exclusion. Le PARDI évalue ensuite les critères diagnostiques spécifiques pour le Pica, l'ARFID, et le mérycisme, ainsi que les déficits fonctionnels associés. La section ARFID du PARDI comprend des questions relatives aux trois profils sous-jacents à la restriction et à l'évitement alimentaire observé chez les personnes atteintes d'ARFID : la sensibilité sensorielle, le manque d'intérêt pour la nourriture ou la prise alimentaire, et la peur des conséquences aversives. Ces profils ne sont pas mutuellement exclusifs étant donné que les personnes atteintes d'ARFID peuvent restreindre leur alimentation pour plusieurs raisons et peuvent donc avoir des scores élevés pour un, deux, ou les trois profils ARFID.

*Remarque : l'évaluateur doit exclure une déficience intellectuelle (chez le répondant) avant d'utiliser cette mesure comme outil diagnostique. Dans ces circonstances, il est conseillé d'utiliser un informateur supplémentaire.*

## DEPISTAGE

**Afin d'exclure la présence actuelle d'anorexie mentale, de boulimie, d'accès hyperphagiques ou de troubles du comportement alimentaire sous-seuil :**

**1.** Au cours des 3 derniers mois, votre enfant a-t-il limité ou restreint ce qu'il mange afin de contrôler son poids ou sa silhouette ? **(Oui/Non)** (Si oui, passez directement à l'item 2)

**1a.** Si la réponse à l'item 1 est « Non » :

A votre connaissance, au cours des 3 derniers mois, votre enfant a-t-il suivi un régime alimentaire ? A-t-il/elle évité de manger certains aliments par crainte qu'ils lui fassent prendre du poids ? **(Oui/Non)**

**2.** A votre connaissance, au cours des 3 derniers mois, le poids ou la silhouette de votre enfant ont-ils joué un rôle très important dans son image de soi? **(Oui/Non)**

*Remarque : Confirmer que la minceur / la musculature ne contribue pas de façon importante à son auto-évaluation.*

**3.** A votre connaissance, au cours des 3 derniers mois, y a-t-il eu un moment où votre enfant n'arrivait pas s'arrêter de manger même s'il/elle le voulait ? Si oui, s'agissait-il d'une grande quantité de nourriture ? **(Oui/Non)**

**4.** A votre connaissance, au cours des 3 derniers mois, votre enfant a-t-il fait beaucoup d'exercice physique afin de perdre du poids ou pour ne pas prendre du poids ? Ou pour compenser la nourriture qu'il/elle a mangé ? **(Oui/Non)**

**5.** A votre connaissance, au cours des 3 derniers mois, votre enfant a-t-il fait quoi que ce soit d'autre pour perdre du poids ou pour éviter d'en prendre ? **(Oui/Non)**

*Remarque : Les exemples comprennent les vomissements auto-induits, l'utilisation laxatifs, diurétiques et autres médicaments (ex : pilules amaigrissantes) pour le contrôle du poids et sans ordonnance, l'utilisation d'autres pilules ou médicaments (ex : insuline pour diabétiques) en quantités ou en fréquence supérieures à celles suggérées. Les évaluateurs doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils utilisent ces exemples avec des enfants âgés de 8 à 13 ans.*

**Si l'un des cinq items est « Oui », le répondant peut avoir un trouble du comportement alimentaire, critère d'exclusion de l'ARFID et du mérycisme. Continuer avec l'introduction (6-7) et le Pica (18-28) seulement.**

## INTRODUCTION

### Croissance et développement

6. Veuillez fournir les renseignements suivants :

Age (années, mois) :

Taille (cm ou pouces) :

percentile de la Taille (moins de 20 ans seulement) :

Taille de la mère biologique (cm ou pouces) :

Taille du père biologique (cm ou pouces) :

Poids (kg ou livres) :

percentile du Poids (moins de 20 ans seulement) :

IMC :

percentile de l'IMC (moins de 20 ans seulement) :

% de l'IMC médian (où la médiane est l'IMC au centile 50%)

#### Catégorie IMC

Marqueurs pour enfants et adolescents âgés de 4 à 19 ans :

- 2 – maigreur sévère (centile IMC < 0.5)
- 1 – maigreur ( $0.5 \geq$  centile IMC < 5<sup>ème</sup>)
- 0 – poids normal ( $5^{\text{ème}} \geq$  centile IMC < 85<sup>ème</sup>)
- 1 – surpoids ( $65^{\text{ème}} \geq$  centile IMC > 95<sup>ème</sup>)
- 2 – obésité (centile IMC  $\geq$  95<sup>ème</sup>)

Marqueurs pour adultes de 20 ans et plus :

- 2 – maigreur modérée à sévère (IMC < 17)
- 1 – maigreur ( $17.0 \geq$  IMC < 18.5)
- 0 – poids normal ( $18.5 \geq$  IMC < 25.0)
- 1 – surpoids ( $25 \geq$  IMC < 30.0)
- 2 – obésité (IMC > 30.0)

*Remarque : les courbes de croissance de référence pour le pays d'origine devraient être utilisées pour représenter la taille et le poids en centiles (ex : CDC, OMS, UK growth charts). L'importance du centile de taille doit être comprise par rapport aux paramètres de croissance antérieurs si disponibles et à l'évaluation des centiles attendus en fonction des paramètres parentaux.*

### Check-list de Santé Physique et Mentale

**Veillez évaluer la présence ou l'absence de problèmes connus sur la Check-list de Santé Physique et Mentale afin de déterminer si le problème alimentaire peut être secondaire à un problème médical. Si tel est le cas, le diagnostic ne peut être posé que si le problème alimentaire justifie une attention clinique indépendante.**

*7. Remarque : Veuillez-vous renseigner sur chacun des domaines suivants. Pour toutes les questions de cette section, notez le diagnostic et le traitement reçus. L'évaluateur doit demander aux parents/gardiens si leur enfant a déjà expérimenté ou reçu un diagnostic pour les problèmes médicaux énumérés ci-dessous. La structure de base des questions est la suivante :*

**Votre enfant a-t-il déjà expérimenté ou reçu un diagnostic de [problèmes neurologiques] ?**

*L'évaluateur devrait sonder le répondant à l'aide des exemples donnés.*

<b>7a.</b>	<b>Problèmes neurologiques</b> (ex : épilepsie, infirmité motrice cérébrale, trisomie 21, anomalies cérébrales, paralysie bulbaire progressive)	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7b.</b>	<b>Problèmes respiratoires</b> (ex : maladie pulmonaire chronique, infections pulmonaires récurrentes [plus de 3 par an], soutien respiratoire)	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7c.</b>	<b>Problèmes cardiaques</b> (antécédent de chirurgie cardiaque, présence d'une cardiopathie/valvulopathie ou autre anomalie cardiaque)	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7d.</b>	<b>Anomalies structurelles de la tête ou du cou</b> (ex : fente palatine, paralysie des cordes vocales, trachéostomie, trachéomalacie, frein court de la langue)	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7e.</b>	<b>Problèmes gastroentérologiques</b> (ex : reflux gastro-œsophagien, vomissements chroniques, syndrome de vomissements cycliques, gastroparésie, maladie intestinale inflammatoire, appendicite, mucoviscidose, constipation)	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7f.</b>	<b>Problèmes médicaux liés à la naissance</b> (ex : prématurité – naissance à moins de 37 semaines de gestation, faible poids à la naissance (retard de croissance intra utérin, RCIU)	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7g.</b>	<b>Diabète, maladie coéliquaie</b> , ou toute autre problématique médicale qui affecte particulièrement l'alimentation de votre enfant?	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7h.</b>	<b>Allergies/intolérances alimentaires?</b> Remarque : si possible, déterminer comment l'allergie/intolérance a été diagnostiquée. A savoir : Les analyses sanguines et/ou les régimes d'éviction supervisés sont généralement plus fiables que l'autodiagnostic.	<b>(Oui/Non)</b>
<b>7i.</b>	<b>Problèmes de santé mentale :</b> a) Trouble du Spectre Autistique (TSA) b) Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) c) Trouble anxieux (ex : trouble panique, phobie, TSPT, TOC, etc.) d) Trouble du comportement alimentaire e) Dépression f) Autres (ex : schizophrénie)	<b>(Oui/Non)</b> <b>(Oui/Non)</b> <b>(Oui/Non)</b> <b>(Oui/Non)</b> <b>(Oui/Non)</b> <b>(Oui/Non)</b>
	<b>SOURCE (cocher une seule case)</b> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Dossier médical <input type="checkbox"/>	

**8. A votre connaissance, votre fille est-elle actuellement enceinte ? (Oui/Non)**

*Remarque : L'évaluateur fait preuve de discrétion et de jugement clinique pour poser cette question. Si elle n'est pas posée, veuillez utiliser le score 999.*

**9. Votre enfant prend-il actuellement des médicaments ? (Oui/Non)**

Si oui, lesquels ?

*Remarque : Énumérer tous les médicaments que l'enfant prend actuellement. Les médicaments couramment utilisés qui peuvent affecter l'appétit/l'alimentation comprennent ceux qui augmentent l'appétit (ex : cyproheptadine, mirtazapine) et ceux qui diminuent l'appétit (ex : les psychostimulants - dextroamphetamine, amphetamine, methylphenidate et lisdexamfetamine). La marque de chacun de ces médicaments peut varier selon la région.*

**10. Résumé des problèmes médicaux (l'évaluateur se réfère à son jugement clinique) : Existe-t-il un problème médical ou un médicament pouvant au moins en partie expliquer les difficultés à nourrir ou à s'alimenter ? (Oui/Non)**

Si **Oui**, expliquer ci-dessous :

**Comportement alimentaire actuel**

**11a. Pensez-vous que votre enfant ressent que son alimentation est problématique? (Oui/Non)**

**11b. A quel point pensez-vous que votre enfant perçoit son alimentation comme problématique ?**

**Évaluation :**

- 0 – Pas un problème
- 1 –
- 2 –
- 3 – Un problème modéré
- 4 –
- 5 –
- 6 – Un problème très grave

**12. J'aimerais vous questionner sur une journée type (nourriture et boissons) pour votre enfant. En commençant par le moment où il/elle se réveille, pouvez-vous me décrire ce qu'il/elle mange et boit habituellement tout au long de la journée ? Y a-t-il des jours où ses habitudes diffèrent ?**

*Remarque : inclure les boissons, la nourriture, ainsi que les substances non-nutritives ou non-alimentaires. Si la personne est nourrie à l'aide d'alimentation entérale (par sonde nasogastrique) ou compléments nutritifs oraux, vérifiez le modèle d'alimentation par sonde et/ou la consommation de suppléments nutritifs oraux.*

**13. Votre enfant est-il actuellement nourri par une sonde d'alimentation (ex : NG [nasogastrique], PEG [gastrostomie endoscopique percutanée] ou PEG-J [gastro-jéjunostomie endoscopique percutanée]) ? (Oui / Non)**

**Si oui, veuillez préciser le type de nutrition et la quantité totale sur 24 heures.**

*Remarque : Il existe plusieurs méthodes de nutrition par sonde une sonde d'alimentation (ex: NG [nasogastrique], bouton de gastrostomie, PEG [gastrostomie endoscopique percutanée] ou PEG-J*

*[gastro-jéjunostomie endoscopique percutanée]. Dans la nutrition par sonde NG, un tube est introduit dans l'estomac par le nez; les sondes NG peuvent être insérées à chaque fois pour une utilisation unique, ou maintenues en place pour une utilisation à court terme (ex : 4-6 semaines). En revanche, les sondes PEG et PEG-J nécessitent une insertion chirurgicale et peuvent être maintenues en place aussi longtemps que nécessaire. Dans la nutrition par PEG, une sonde est insérée directement dans l'estomac à travers la paroi abdominale. Dans l'alimentation PEG-J, une sonde est insérée dans l'estomac et directement dans l'intestin grêle à travers la paroi abdominale.*

**14.** Votre enfant prend-il actuellement des suppléments nutritifs oraux, des liquides, des pilules, ou des gouttes contenant des **vitamines ou des minéraux** ? Si oui, de quel type et combien en prend-il/elle ? **(Oui/Non)**

**Si oui, préciser le type de suppléments et la quantité totale sur 24 heures.**

**15.** Votre enfant prend-il actuellement des suppléments nutritifs oraux (SNO) pex boissons prescrites par son pédiatre pour l'aider à **maintenir ou à prendre du poids** ? Si oui, de quel type et combien en prend-il/elle ? **(Oui/Non)**

**Si oui, préciser le type de suppléments et la quantité totale sur 24 heures.**

**16.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il éprouvé des difficultés lorsque la nourriture est dans sa bouche, comme :

- Garder la nourriture dans sa bouche sans l'avaler **(Oui/Non)**
- Manger plus lentement que les autres **(Oui/Non)**
- Les aliments dégoulinant de sa bouche pendant qu'il/elle mâche **(Oui/Non)**
- Des difficultés à mâcher ou à avaler **(Oui/Non)**
- Des réflexes vomitifs ou des étouffements fréquents **(Oui/Non)**

*Remarque : Si l'une des réponses aux questions ci-dessus est Oui, indiquer le type de difficulté et la cause attribuée par le répondant. Les évaluations positives seront catégorisées comme suit :*

*Oui – Difficultés oro-motrices connues (ex : dysfonction oro-motrice, dyspraxie verbale, hypotonie, macroglossie)*

*Oui – Difficultés attribuées à des facteurs psychologiques (ex : préoccupations au sujet de l'étouffement, peur de l'ingestion de certains aliments) [on y reviendra plus tard dans l'entretien]*

*Oui – Mais ne sait pas si c'est principalement dû à une cause structurelle/oro-motrice ou psychologique.*

**17.** Votre enfant a-t-il déjà été dépisté pour un trouble de déglutition (une dysphagie) (ex : vidéofluoroscopie pour évaluer les besoins au niveau texture des aliments ou viscosités des liquides, etc.)? **(Oui/Non)**

Quel était le résultat de cette évaluation ?





## DIAGNOSTIC DE PICA

### Critère A du DSM-5 :

**18.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé quelque chose qui n'était pas de la nourriture – comme de la terre, du papier, ou de la craie – non seulement en les mâchant, mais aussi en les avalant ? **(Oui/Non) (Si non, passer à la section ARFID.)**

**18a.** Qu'est-ce que votre enfant a mangé qui n'était pas de la nourriture ?

*Remarque : L'item 18a est destiné à permettre à l'évaluateur de préciser si l'élément ingéré est à la fois non-nutritif et non-alimentaire. La glace ne compte PAS. Exemples du DSM-5 : papier, savon, tissu, cheveux, ficelle, laine, terre, craie, poudre de talc, peinture, caoutchouc, métal, cailloux, charbon de bois/charbon, cendres, argile et amidon.*

**18b. Évaluateur :** confirmer que l'élément consommé est non-nutritif et non-alimentaire **(Oui/Non)**

### Item de gravité du Pica :

*Remarque : Le DSM-5 indique que le comportement doit être « persistant » mais ne précise pas à quelle fréquence.*

**19. Évaluateur :** Le Pica est-il « persistant » (a-t-il eu lieu plus de deux jours au cours du dernier mois) ? **(Oui/Non)**

**19a.** Au cours du dernier mois, combien de jours votre enfant a-t-il mangé [le produit non-nutritif/non-alimentaire] ?

Évaluation :

- 0 – Pas de comportement Pica
- 1 – Comportement Pica pendant 1 à 5 jours
- 2 – Comportement Pica pendant moins de la moitié des jours (6 à 12 jours)
- 3 – Comportement Pica pendant la moitié des jours (13 à 15)
- 4 – Comportement Pica pendant plus de la moitié des jours (16 à 22)
- 5 – Comportement Pica presque tous les jours (23 à 27 jours)
- 6 – Comportement Pica tous les jours

**20.** Au cours du dernier mois, les jours où votre enfant a mangé [le produit non-nutritif/non-alimentaire], combien de fois l'a-t-il fait ?

**Nombre d'épisodes** \_\_\_\_\_

*Remarque : Ne pas compter chaque bouchée de l'élément non-nutritif/non-alimentaire individuellement. Considérer plutôt chaque période d'alimentation continue suivie d'une pause comme un épisode distinct.*

**21. Critère B du DSM-5 (l'évaluateur utilise son jugement clinique) :** Il faut déterminer si le comportement Pica est inadapté au stade de développement. Le répondant est-il âgé d'au moins 2 ans ou présente-t-il un niveau de développement similaire [DEPISTAGE] ? **(Oui/Non)**

### Critère C du DSM-5 :

**22.** Certaines personnes croient que manger des choses qui ne sont pas de la nourriture est bon pour elles. Les personnes de votre famille pensent-elle ainsi ? Si oui : que croient-elles ? Est-ce la seule raison pour laquelle votre enfant a mangé des produits non-alimentaires au cours du dernier mois ? **(Oui/Non)**

**23. Critère D du DSM-5 (l'évaluateur utilise son jugement clinique) :** Il faut déterminer si un handicap intellectuel [DEPISTAGE], un trouble du spectre autistique [DEPISTAGE], une schizophrénie [DEPISTAGE] ou une grossesse [DEPISTAGE] est présent, si les symptômes du Pica nécessitent une attention clinique supplémentaire (voir ci-dessous pour les troubles). Les symptômes du Pica nécessitent-ils une attention supplémentaire ? **(Oui/Non)**

**Item de gravité du Pica :**

**24.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il manifesté des envies ou un désir très fort de manger des produits non-alimentaires ?

**Evaluation:**

- 0 – Aucune envie
- 1 –
- 2 – Envie modérée
- 3 –
- 4 – Envie marquée
- 5 –
- 6 – Envie extrême ou incontrôlable (ex : l'enfant ne peut être laissé sans surveillance sans adopter un comportement du Pica)

**25.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé des produits non alimentaires car il/elle pensait que cela pourrait réduire son appétit ou l'aider d'une autre manière à contrôler sa silhouette ou son poids ? **(Oui/Non)**

*Remarque : l'évaluateur utilise cet item pour exclure que le comportement Pica n'est pas motivé par un trouble du comportement alimentaire.*

**26.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé des produits non-alimentaires afin de se faire volontairement du mal, de se rendre malade, ou d'attirer l'attention ? **(Oui/Non)**

*Remarque : l'évaluateur utilise cet item pour exclure que le comportement Pica n'est pas motivé par le désir de se faire du mal.*

**Item de gravité du Pica :**

**27.** Au cours du dernier mois, le fait de manger des produits non-alimentaires a-t-il causé de sérieux problèmes à votre enfant à la maison, à l'école/au travail, ou avec ses amis/sa famille ?

*Remarque : les exemples comprennent des provocations ou insultes, des difficultés relationnelles, une incapacité à manger avec les autres, etc.*

**Evaluation :**

- 0 – Pas d'impact psychosocial
- 1 –
- 2 – Problème léger dans un domaine psychosocial (ex : difficulté à se concentrer à l'école car réfléchit à la façon de se procurer des objets non-alimentaires à manger en lien avec le Pica)
- 3 –
- 4 – Problème modéré dans un domaine (ex : ne socialise pas avec ses amis car il/elle passe la plupart de son temps libre à s'engager dans un comportement Pica)
- 5 –
- 6 – Impact psychosocial sévère (ex : ne peut pas aller à l'école car il/elle a besoin d'une surveillance rapprochée constante afin d'éviter le comportement Pica)

**Item de gravité du Pica**

**28.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il souffert de problèmes de santé en mangeant des produits non-alimentaires ?

*Remarque : Exemples de complications médicales dues au Pica selon le DSM-5 : troubles à l'intestin, bézoard, perforation intestinale, infection ou empoisonnement.*

**Évaluation :**

- 0 – Aucun problème médical
- 1 –
- 2 – Un problème médical léger (ex : un trouble gastro-intestinal éventuellement lié)
- 3 –
- 4 – Un problème médical modéré ou plusieurs problèmes médicaux légers (ex : problèmes intestinaux mécaniques)
- 5 –
- 6 – Au moins un problème médical sévère (ex : empoisonnement au plomb nécessitant un traitement ou bézoard nécessitant une ablation chirurgicale)

**Critères atteints pour le diagnostic du Pica ? (Oui/Non)**

(L'évaluateur utilise son jugement clinique mais le diagnostic du Pica est probable si le profil de réponses suivant est relevé : item 18-oui ; item 19-oui, item 21-oui ; item 22-non ; item 23-oui)

**Échelle de gravité du pica :** Ajouter les réponses aux évaluations des items 19a, 24, 27 et 28, puis diviser par 4. Un score plus élevé indique un Pica plus grave.

**Préciser si c'est en cours ou en rémission (« Après que tous les critères du Pica aient été remplis pendant une période, ils ne l'ont plus été pendant une période prolongée. ») :** \_\_\_\_\_

**Age d'apparition du Pica :** \_\_\_\_\_

## DIAGNOSTIC DE L'ARFID

### Critère A du DSM-5

**29.** Pensez-vous que votre enfant a une perturbation alimentaire caractérisée par l'évitement ou la restriction de son alimentation ?

**(Oui/Non)**

**29a.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé une gamme étendue de fruits ?

**Évaluation :**

- 0 – Mange 6 types de fruits ou plus
- 1 – Mange 5 types de fruits
- 2 – Mange 4 types de fruits
- 3 – Mange 3 types de fruits
- 4 – Mange 2 types de fruits
- 5 – Mange qu'un seul type (ou forme) de fruit (ex : que du jus d'orange)
- 6 – Ne mange aucun fruit

**29b.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé une gamme étendue de légumes ?

**Évaluation :**

- 0 – Mange 6 types de légumes ou plus
- 1 – Mange 5 types de légumes
- 2 – Mange 4 types de légumes
- 3 – Mange 3 types de légumes
- 4 – Mange 2 types de légumes
- 5 – Ne mange qu'un seul type (ou forme) de légume (ex : que des rondelles d'oignon)
- 6 – Ne mange aucun légume

**29c.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé une gamme étendue d'aliments contenant des protéines (ex : viande, poisson, œufs, haricots, substituts de viande (tofu, quorn)) ?

**Évaluation :**

- 0 – Mange 6 types d'aliments contenant des protéines ou plus
- 1 – Mange 5 types d'aliments contenant des protéines
- 2 – Mange 4 types d'aliments contenant des protéines
- 3 – Mange 3 types d'aliments contenant des protéines
- 4 – Mange 2 types d'aliments contenant des protéines
- 5 – Ne mange qu'un seul type (ou forme) d'aliments contenant des protéines (ex : que des nuggets de poulet)
- 6 – Ne mange aucun aliment contenant des protéines

**29d.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé une gamme étendue de produits laitiers ou de substituts enrichis en calcium (ex : lait, fromage, lait de soja) ?

**Evaluation:**

- 0 – Mange 6 types de produits laitiers ou plus
- 1 – Mange 5 types de produits laitiers
- 2 – Mange 4 types de produits laitiers
- 3 – Mange 3 types de produits laitiers
- 4 – Mange 2 types de produits laitiers
- 5 – Ne mange qu'un seul type de produits laitiers (ex : que du lait)

6 – Ne mange aucun produit laitier

**29e.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé une gamme étendue de féculents / glucides (ex : riz, pâtes, pain, céréales) ?

**Évaluation :**

- 0 – Mange 6 types de féculents ou plus
- 1 – Mange 5 types de féculents
- 2 – Mange 4 types de féculents
- 3 – Mange 3 types de féculents
- 4 – Mange 2 types de féculents
- 5 – Ne mange qu'un seul type (ou forme) de féculents (ex : que des spaghettis)
- 6 – Ne mange aucun féculent

**30.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé exactement les mêmes aliments à chaque repas ? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples ?

**Evaluation :**

- 0 – A mangé une grande variété de petit-déjeuner, de déjeuners et de dîners
- 1 –
- 2 – A mangé une variété limitée d'aliments au petit déjeuner, au déjeuner et au dîner
- 3 –
- 4 – A mangé presque les mêmes aliments pour le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner chaque jour
- 5 –
- 6 – A mangé exactement les mêmes aliments pour le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner chaque jour

**31.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé un aliment spécifique si souvent qu'il/elle en a été lassé? A-t-il/elle cessé de le manger ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

**Évaluation :**

- 0 – Il/Elle ne s'est lassé(e) d'aucun aliment et n'a cessé de manger aucun aliment au cours du dernier mois
- 1 –
- 2 – Il/Elle semble s'être lassé(e) d'un ou deux aliments, mais n'a pas cessé de les manger
- 3 –
- 4 – Il/Elle s'est lassé(e) de plusieurs aliments et en mange de moins en moins
- 5 –
- 6 – Il/Elle s'est lassé(e) de nombreux aliments et a arrêté de les manger

**32.** Si quelqu'un demandait à votre enfant d'essayer un nouvel aliment qu'il/elle n'a jamais mangé, quelle serait la probabilité qu'il/elle l'essaye ? Que penserait-il/elle de l'essayer ?

**Évaluation :**

- 0 – L'essayerait avec plaisir
- 1 –
- 2 – L'essayerait avec précaution
- 3 – Envisagerait de l'essayer, mais le lècherait ou le goûterait seulement
- 4 – N'envisagerait pas de l'essayer, mais pourrait tolérer la présence de l'aliment dans son assiette
- 5 – N'envisagerait pas de l'essayer, mais pourrait tolérer la présence de l'aliment dans la pièce
- 6 – N'envisagerait pas de l'essayer et serait angoissé par la présence du nouvel aliment

**33.** Au cours du dernier mois, y a-t-il eu des préoccupations (ex : de médecins, de la famille, etc.) selon lesquelles votre enfant a du mal à satisfaire ses besoins en calories [en mangeant] ?

*Remarque : Ne PAS compter les calories qui proviennent d'une alimentation par sonde, de suppléments nutritifs oraux, ou autre forme de boissons énergisantes. Si le répondant a des difficultés à répondre, l'évaluateur peut prendre des exemples d'habitudes alimentaires ci-dessus.*

**Évaluation :**

- 0 – Aucune difficulté à satisfaire ses besoins en calories
- 1 – Satisfait presque ses besoins en calories
- 2 – Difficulté légère à satisfaire ses besoins en calories
- 3 – Satisfait pour la plupart ses besoins en calories
- 4 – Difficulté modérée à satisfaire ses besoins en calories
- 5 – Difficultés majeures à satisfaire ses besoins en calories
- 6 – Ne satisfait pas du tout ses besoins en calories

**Critère de diagnostic A1 de l'ARFID et item de gravité de l'ARFID :**

**34.** Au cours des 3 derniers mois, y a-t-il eu des préoccupations (ex : de médecins, de la famille, etc.) selon lesquelles votre enfant ne prend pas de poids ou qu'il/elle en perd ? Votre enfant a-t-il perdu du poids récemment ? Si oui, combien ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de difficultés ; l'adulte maintient un poids sain ou l'enfant prend du poids comme prévu par sa courbe de poids individuelle et sa courbe d'IMC individuelle.
- 1 –
- 2 – Difficultés légères ; l'adulte a perdu un peu de poids ou l'enfant est en-dessous de sa courbe de poids individuelle, mais il n'as pas changé de couloir de centile standard sur sa courbe d'IMC individuelle.
- 3 –
- 4 – Difficultés modérées ; l'adulte a perdu beaucoup de poids ou l'enfant a perdu beaucoup de poids et est passé dans un couloir de centile standard inférieur à sa courbe d'IMC individuelle.
- 5 –
- 6 – Difficultés extrêmes ; l'adulte a perdu énormément de poids ou l'enfant a perdu du poids et a traversé plusieurs couloirs de centile standard inférieurs à sa courbe d'IMC individuelle.

*Remarque : Les courbes de croissance staturo-pondérales sont divisées en centiles qui correspondent aux seuils normalisés pour évaluer le poids, la taille et les dimensions du corps ; chaque couloir de centile représente le pourcentage de personnes du même âge et du même genre ayant des mesures comparables. Par exemple, le 25<sup>e</sup> percentile indique que 25 % des enfants ou des adultes en développement normal du même âge et du même genre se situent en dessous de cette courbe ; la courbe du 50<sup>e</sup> percentile indique que l'enfant ou l'adulte moyen à cet âge et du même genre se situe sur cette courbe.*

**35.** Au cours des 3 derniers mois, y a-t-il eu des préoccupations (ex : de médecins, de la famille, etc.) selon lesquelles votre enfant ne grandirait pas comme il le devrait ?

*Remarque : Ne demandez que si l'enfant a moins de 20 ans*

**Évaluation :**

- 0 – Pas de difficultés ; l'enfant grandit comme prévu par sa courbe de croissance individuelle
- 1 –
- 2 – Difficultés légères ; l'enfant est en dessous de sa courbe de croissance individuelle, mais

n'a pas traversé de couloir de centile standard

3 –

4 – Difficultés modérées ; l'enfant est passé dans un couloir de centile standard inférieur à sa courbe de croissance individuelle.

5 –

6 – Difficultés extrêmes ; l'enfant a traversé plusieurs couloirs de centile standards en dessous de sa courbe de croissance individuelle

Si les réponses aux items 13 et 14 étaient « Non », écrire « 0 » pour les prochains items 36 et 37.

**36.** Un professionnel de la santé a-t-il identifié votre enfant comme ayant une déficience nutritionnelle ? Comment et par qui a-t-elle été identifiée (ex : prise de sang) ? **(Oui/Non)**

*Remarque : Écrire **oui** seulement si un professionnel de la santé a identifié la déficience.*

**Si oui, veuillez fournir des détails plus précis ci-dessous :**

*Remarque : Les déficiences nutritionnelles courantes observées chez les personnes atteintes d'ARFID comprennent • les carences en fer (+/- anémie), en calcium et/ou vitamine D, B12, en acide folique, entre autres.*

**37.** A-t-on prescrit à votre enfant des suppléments spéciaux (ex : sous forme de pilules, capsules, ou boissons **contenant des vitamines et/ou des minéraux et autres micronutriments**) pour l'aider au niveau nutritionnel ? **(Oui/Non)** Si oui, quoi ? Combien en prend-il/elle ?

**Si oui, veuillez spécifier ci-dessous :**

#### **Critère de diagnostic A3 de l'ARFID**

**38.** Votre enfant prend-il/elle des suppléments nutritifs oraux ou autre boisson énergisante pour l'aider à maintenir ou prendre du poids ? Si oui, que prend-il/elle et combien en prend-il/elle par jour ?

*Remarque : Noter le nom et le type de supplément. Cela permettra de calculer le pourcentage des besoins énergétiques quotidiens moyens provenant d'un supplément nutritif oral ou d'une autre boisson énergisante.*

#### **Évaluation :**

0 – Pas de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes

1 – Seulement une petite quantité de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes

2 – Moins de la moitié des besoins énergétiques proviennent de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes

3 – La moitié des besoins énergétiques proviennent de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes

4 – Plus de la moitié des besoins énergétiques proviennent de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes

5 – Presque tous les besoins énergétiques proviennent de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes

6 – Tous les besoins énergétiques proviennent de suppléments nutritifs oraux ou autres boissons énergisantes



**39.** Si votre enfant reçoit actuellement une alimentation par sonde, quel type de sonde (ex : nasogastrique, PEG [gastrostomie endoscopique percutanée] ou PEG-J [gastro-jejunostomie endoscopique percutanée] ? Qu'est-ce qui est administré par la sonde ou à quelle quantité par jour ?

*Remarque : Noter le nom et le type de sonde ainsi que le type d'aliment. Cela permettra de calculer le pourcentage des besoins énergétiques quotidiens moyen provenant d'une alimentation par sonde.*

**Évaluation :**

- 0 – Pas d'alimentation par sonde
- 1 – Une petite quantité des besoins énergétiques provient d'une alimentation par sonde
- 2 – Moins de la moitié des besoins énergétiques provient d'une alimentation par sonde
- 3 – La moitié des besoins énergétiques provient d'une alimentation par sonde
- 4 – Plus de la moitié des besoins énergétiques provient d'une alimentation par sonde
- 5 – Presque tous les besoins énergétiques proviennent d'une alimentation par sonde
- 6 – Tous les besoins énergétiques proviennent d'une alimentation par sonde

**40.** Est-ce que les difficultés alimentaires de votre enfant affectent d'autres membres de la famille ? Si oui, comment ? Les membres de votre famille s'inquiètent-ils de son alimentation ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas d'impact
- 1 –
- 2 – Impact léger (ex : membres de la famille/partenaires un peu inquiets)
- 3 –
- 4 – Impact modéré (ex : membres de la famille/partenaires très préoccupés et cela a parfois une incidence sur le fonctionnement de la famille)
- 5 –
- 6 – Impact extrême (ex : membres de la famille/partenaires très préoccupés et cela a une grande incidence sur le fonctionnement de la famille)

**41.** L'alimentation de votre enfant engendre-t-elle des difficultés à la maison en termes de conflits ou de comportements difficiles ?

*Remarque : Les difficultés peuvent comprendre des tensions entre frères et sœurs dues à l'adaptation de comportements alimentaires idiosyncratiques, des différences dans la gestion parentale menant à des disputes, etc.*

**Évaluation :**

- 0 – Pas de difficultés
- 1 –
- 2 – Difficultés légères (ex : disputes/comportements difficiles occasionnels)
- 3 –
- 4 – Difficultés modérées (ex : disputes/comportements difficiles réguliers)
- 5 –
- 6 – Difficultés extrêmes (ex : conflits constant/relations perturbées/comportements ingérables)

**42.** Comment votre enfant gère-t-il les repas ? Sont-ils difficiles ou stressants ?

*Remarque : Les exemples de difficultés liées aux repas comprennent de se lever de table, de la détresse/des gémissements/des pleurs pendant les repas, de la colère ou des crises de colère durant les repas, une incapacité ou un refus de manger.*

**Évaluation :**

- 0 – Pas de difficultés ; l'enfant est capable de se joindre à la famille en mangeant

confortablement avec un minimum de difficultés/tensions

1 –

2 – Difficultés légères (ex : ne peut pas s'asseoir à la table durant les repas, plaintes fréquentes)

3 –

4 – Difficultés modérées (ex : crises de colère fréquentes/disputes pendant les repas)

5 –

6 – Difficultés sévères (ex : refus de manger avec les autres, perturbations considérables, difficultés comportementales, détresse)

**43.** Quand votre enfant mange ses repas avec d'autres gens (ex : famille, amis), mange-t-il généralement quelque chose de différent de ce que les autres mangent ?

**Évaluation :**

0 – Non, il mange la même nourriture que les autres

1 –

2 – Il mange la même nourriture que les autres la plupart du temps

3 –

4 – Il peut manger certains des mêmes aliments que les autres

5 –

6 – Il ne mange pas la même nourriture que les autres ; demande au parent/gardien de préparer un repas distinct, ou apporte son propre repas aux dîners, aux fêtes, etc.

**44.** Utilisez-vous des distractions pour faire manger votre enfant ?

**Évaluation :**

0 – Pas de distractions nécessaires

1 –

2 – Distractions nécessaires lors de certains repas ou collations

3 –

4 – Distractions nécessaires lors de la plupart des repas ou collations

5 –

6 – Distractions nécessaires lors de tous les repas ou collations, ne mangera pas s'il n'est pas distrait

**45.** Combien de temps prennent les repas de votre enfant ?

**Évaluation : Temps moyen des repas (en minutes) :** \_\_\_\_\_

**46.** Votre enfant a-t-il besoin d'être récompensé, incité ou amadoué pour prendre une bouchée?

**Évaluation :**

0 – Pas de persuasion requise

1 –

2 – Un peu de persuasion nécessaire (ex : après une période d'alimentation indépendante ou pour des aliments spécifiques)

3 –

4 – Persuasion nécessaire très fréquemment (ex : besoin d'encouragements à chaque bouchée)

5 –

6 – Persuasion extrême requise

**47.** L'alimentation de votre enfant engendre-t-elle des difficultés sociales (ex : lui est-il difficile de sortir avec ses amis, de manger à l'école ou au collège, ou de partir loin de la maison) ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de déficit psychosocial
- 1 –
- 2 – Déficit psychosocial léger (ex : inquiétudes quant à ce qu'il mangera avant des événements sociaux, éprouve de la difficulté dans les situations sociales impliquant de la nourriture)
- 3 –
- 4 – Déficit psychosocial modéré (ex : évite certaines situations sociales impliquant de la nourriture)
- 5 –
- 6 – Déficit psychosocial extrême (ex : évite toutes les situations sociales impliquant de la nourriture)

**48.** L'alimentation de votre enfant engendre-t-elle des difficultés de fonctionnement quotidien à l'école ou au travail ?

*Remarque : Les exemples des difficultés comprennent – manquer l'heure de la pause/la récréation, dispositions spéciales à l'heure des repas engendrant de l'anxiété ou de manquer des événements, difficultés à gérer la nourriture fournie lors de réunions/à la cafétéria, etc.*

**Évaluation :**

- 0 – Pas de difficultés et aucun impact sur la vie quotidienne
- 1 –
- 2 – Difficultés légères
- 3 –
- 4 – Difficultés modérées
- 5 –
- 6 – Difficultés extrêmes et marquées par un impact sur la vie quotidienne

**49.** L'alimentation de votre enfant est-elle la même dans tous les milieux (ex : à l'école/au travail, au restaurant, chez des parents, à la maison) ? **(Oui/Non)**

**Veillez approfondir**

**Profil ARFID : sensibilité sensorielle**

*Remarque : Les réponses négatives aux questions suivantes peuvent refléter l'évitement plutôt qu'un manque de sensibilité sensorielle. Questionnez ainsi si besoin : « si votre enfant devait avoir de la nourriture sur les mains ou la bouche, cela le mettrait-il mal à l'aise ? »*

**50.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une certaine sensibilité à avoir de la nourriture sur les mains ou autour de la bouche ?

**Évaluation :**

- 0 – Aucune sensibilité
- 1 –
- 2 – Sensibilité légère
- 3 –
- 4 – Sensibilité modérée
- 5 –
- 6 – Sensibilité extrême menant à l'évitement (ex : essuyages ou lavages fréquents)

**51.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une sensibilité buccale particulière (ex : déteste se brosser les dents) ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité buccale
- 1 –
- 2 – Sensibilité buccale légère
- 3 –
- 4 – Sensibilité buccale modérée
- 5 –
- 6 – Sensibilité buccale extrême menant à l'évitement

**52.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une sensibilité particulière envers l'odeur de la nourriture ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité aux odeurs
- 1 –
- 2 – Sensibilité légère aux odeurs
- 3 –
- 4 – Sensibilité modérée aux odeurs
- 5 –
- 6 – Sensibilité extrême aux odeurs menant à l'évitement

**53.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une sensibilité aux variations de goût (ex : rejet d'un type de jus d'orange car il a un goût légèrement différent de son type préféré) ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité au goût
- 1 –
- 2 – sensibilité légère au goût
- 3 –
- 4 – Sensibilité modérée au goût
- 5 –
- 6 – Sensibilité extrême au goût menant à l'évitement complet

**54.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une sensibilité particulière à la température de la nourriture (ex : toute nourriture doit être servie froide ou chaude) ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité à la température
- 1 –
- 2 – Sensibilité légère à la température
- 3 –
- 4 – Sensibilité modérée à la température
- 5 –
- 6 – Sensibilité extrême à la température menant à l'évitement complet

**55.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une sensibilité particulière à la texture ou à la consistance des aliments ? Si oui, quelles boissons, aliments, ou textures/consistances ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité aux textures/consistances
- 1 –
- 2 – Sensibilité légère aux textures/consistances
- 3 –

- 4 – Sensibilité modérée aux textures/consistances
- 5 –
- 6 – Sensibilité extrême à certaines textures/consistances (ex : conduisant à des réflexes vomitifs / des étouffements, ou menant à l'évitement complet)

**56.** Au cours du dernier mois, pensez-vous que la sensibilité aux odeurs de la nourriture a contribué à la décision de manger de votre enfant ?

**Évaluation :**

- 0 – Jamais
- 1 –
- 2 – Pour certains aliments
- 3 –
- 4 – Pour la plupart des aliments
- 5 –
- 6 – Pour tous les aliments sans exception (sent tous les aliments avant de manger)

*Remarque : Sonder avec des questions supplémentaires. Par exemple, votre enfant doit-il renifler la nourriture avant de pouvoir décider de la manger ou non ?*

**57.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une certaine sensibilité à l'apparence d'aliments qui paraissent « différents » (ex : morceaux de frites brûlés, biscuits cassés) ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité à l'apparence des aliments
- 1 –
- 2 – Sensibilité à l'apparence de certains aliments
- 3 –
- 4 – Sensibilité à l'apparence de la plupart des aliments
- 5 –
- 6 – Sensibilité extrême à l'apparence de tous les aliments

**58.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il fait preuve d'une sensibilité à la couleur des aliments pour que seuls les aliments d'une certaine couleur soient acceptés ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas de sensibilité à la couleur
- 1 –
- 2 – Sensibilité à la couleur de certains aliments
- 3 –
- 4 – Sensibilité à la couleur de la plupart des aliments
- 5 –
- 6 – N'accepte que les aliments qui appartiennent à un certain groupe de couleurs

**59.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il préféré manger des aliments d'une marque précise ? Si l'emballage de son aliment préféré change, cela le met-il mal à l'aise ?

**Évaluation :**

- 0 – Ne se soucie pas de la marque de ses aliments
- 1 –
- 2 – Certains aliments doivent venir d'une marque spécifique
- 3 –
- 4 – La plupart des aliments doivent venir d'une marque spécifique
- 5 –
- 6 – Ne mange que des aliments d'une certaine marque

**Profil ARFID : Manque d'intérêt pour l'alimentation ou la nourriture**

**60.** Certaines personnes évitent des aliments ou limitent leur consommation car elles ont du mal à savoir quand elles ont faim. Au cours du dernier mois, cela s'est-il appliqué à votre enfant ?

**Évaluation**

- 0 – Pas de difficultés à reconnaître la faim
- 1 –
- 2 – Difficultés légères à reconnaître la faim
- 3 –
- 4 – Difficultés modérées à reconnaître la faim
- 5 –
- 6 – Ne reconnaît pas du tout la faim

**61.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il oublié de manger ou trouvé difficile de prendre le temps de manger lorsqu'il est livré à lui-même ?

**Evaluation :**

- 0 – N'oublie jamais de manger
- 1 –
- 2 – Oublie parfois de manger
- 3 –
- 4 – Oublie souvent de manger
- 5 –
- 6 – Oublie toujours de manger

**62.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il eu hâte de manger (même s'il ne l'est que pour sa nourriture préférée) avant les repas ?

**Evaluation :**

- 0 – Toujours
- 1 –
- 2 – Souvent
- 3 –
- 4 – Parfois
- 5 –
- 6 – Jamais

**63.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il eu bon appétit (quand il/elle a de la nourriture devant lui/elle, a-t-il/elle envie de la manger) ?

**Evaluation :**

- 0 – Bon appétit à tous les repas
- 1 –
- 2 – Bon appétit à la plupart des repas
- 3 –
- 4 – Peu d'appétit à la plupart des repas
- 5 –
- 6 – Peu d'appétit à tous les repas

**64.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il eu besoin d'être rappelé ou incité à manger ?

**Évaluation :**

- 0 – Pas besoin d'incitation

- 1 –
- 2 – Incitation parfois nécessaire
- 3 –
- 4 – Incitation souvent nécessaire
- 5 –
- 6 – Incitation toujours nécessaire

**65.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé moins lorsqu'il était anxieux, contrarié ou inquiet ?

**Évaluation :**

- 0 – Ne mange jamais moins en réponse à des sentiments négatifs
- 1 –
- 2 – Mange parfois moins en réponse à des sentiments négatifs
- 3 –
- 4 – Mange souvent moins en réponse à des sentiments négatifs
- 5 –
- 6 – Mange toujours moins en réponse à des sentiments négatifs

**66.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il mangé moins lorsqu'il était excité, heureux, ou impatient ?

**Évaluation :**

- 0 – Ne mange jamais moins en réponse à des sentiments positifs
- 1 –
- 2 – Mange parfois moins en réponse à des sentiments positifs
- 3 –
- 4 – Mange souvent moins en réponse à des sentiments positifs
- 5 –
- 6 – Mange toujours moins en réponse à des sentiments positifs

**67.** Au cours du dernier mois, dans quelle mesure votre enfant a-t-il trouvé que manger était une corvée ?

**Evaluation :**

- 0 – Pas du tout
- 1 –
- 2 – Un peu
- 3 –
- 4 – Souvent
- 5 –
- 6 – Tout le temps

**68.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il pris du plaisir à manger (même une gamme réduite d'aliments) ?

**Evaluation :**

- 0 – Tout le temps
- 1 –
- 2 – Souvent
- 3 –
- 4 – Parfois
- 5 –
- 6 – Jamais

**69.** Au cours du dernier mois, votre enfant s'est-il plaint d'être rassasié avant la fin de son repas, ou plus tôt que les autres ?

**Evaluation :**

- 0 – Ne se sent jamais rassasié avant la fin du repas
- 1 –
- 2 – Se sent parfois rassasié avant la fin du repas
- 3 –
- 4 – Se sent souvent rassasié avant la fin du repas
- 5 –
- 6 – Se sent toujours rassasié avant la fin du repas

**70.** Au cours du dernier mois, votre enfant s'est-il senti inconfortable quand il est rassasié ?

**Evaluation :**

- 0 – Ne se sent jamais inconfortable quand il/elle a fini de manger
- 1 –
- 2 – Se sent parfois inconfortable quand il/elle a fini de manger
- 3 –
- 4 – Se sent souvent inconfortable quand il/elle a fini de manger
- 5 –
- 6 – Se sent toujours inconfortable quand il/elle a fini de manger

#### **Profil ARFID : peur des conséquences aversives**

**71a.** A votre connaissance, votre enfant a-t-il déjà vécu une expérience où il a pensé qu'il pourrait s'étouffer, ce qui l'a rendu plus prudent dans sa façon de manger (ex : un épisode d'étouffement, insertion d'une sonde, examen médical) ? **(Oui/Non)**

**71b.** A votre connaissance, au cours des 4 dernières semaines, votre enfant s'est-il inquiété du fait qu'il pourrait s'étouffer en mangeant au point de limiter la quantité ou le type d'aliments qu'il mange ?

**Evaluation :**

- 0 – Jamais
- 1 –
- 2 – Parfois
- 3 –
- 4 – Souvent
- 5 –
- 6 – Tout le temps

**72a.** A votre connaissance, votre enfant a-t-il eu des crises de vomissements (ex : norovirus, intoxication alimentaire) ou de diarrhées qui l'ont rendu plus prudent dans sa façon de manger ? **(Oui/Non)**

**72b.** A votre connaissance, au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il été inquiet que le fait de se nourrir le ferait vomir (involontairement) ou lui donnerait la diarrhée au point de limiter la quantité ou le type d'aliments qu'il mange ? (Remarque : ne pas compter les vomissements auto-induits).

**Evaluation :**

- 0 – Jamais
- 1 –
- 2 – Parfois



- 3 –
- 4 – Souvent
- 5 –
- 6 – Toujours

**73a.** Votre enfant a-t-il eu une réaction allergique ou autre réaction physique à un aliment qui l'a rendu plus prudent avec son alimentation ? (**Oui/Non**)

**73b.** A votre connaissance, au cours des 4 dernières semaines, votre enfant s'est-il inquiété du fait que la nourriture pourrait lui être nuisible au point de limiter la quantité ou le type d'aliments qu'il mange ? (ex : que sa nourriture pourrait contenir des allergènes, même s'il lui a été assuré qu'il n'y en a pas) ?

**Evaluation :**

- 0 – Jamais
- 1 –
- 2 – Parfois
- 3 –
- 4 – Souvent
- 5 –
- 6 – Toujours

**74a.** Votre enfant a-t-il déjà eu de graves douleurs à l'estomac ou aux intestins après avoir mangé ? (**Oui/Non**)

**74b.** A votre connaissance, au cours des 4 dernières semaines, votre enfant s'est-il inquiété du fait que manger pourrait lui provoquer des douleurs au point de limiter la quantité ou le type d'aliments qu'il mange ? (ex : douleurs d'estomac)

**Evaluation :**

- 0 – Jamais
- 1 –
- 2 – Parfois
- 3 –
- 4 – Souvent
- 5 –
- 6 – Toujours

**75.** Au cours du dernier mois, diriez-vous que votre enfant a eu peur de manger en général et si oui, à quel point ? (Remarque : la crainte doit provenir de l'acte de manger lui-même et de toute conséquence aversive immédiate. Ne pas compter la peur de devenir gros).

**Evaluation :**

- 0 – Aucune peur
- 1 –
- 2 – Peur légère
- 3 –
- 4 – Peur modérée
- 5 –
- 6 – Peur extrême

**76.** Au cours du dernier mois, votre enfant s'est-il inquiété que quelque chose de mal puisse arriver s'il mange ? Si c'est le cas, est-ce que cela a-t-il nui à sa capacité de se concentrer sur des activités

dans lesquelles il était activement engagé, par exemple, regarder la télévision, lire, jouer à des jeux en ligne, etc. ? (Remarque : Ne pas compter la peur de devenir gros).

**Evaluation :**

- 0 – Pas de problème de concentration
- 1 –
- 2 – Problèmes de concentration légers
- 3 –
- 4 – Problèmes de concentration modérés
- 5 –
- 6 – Problèmes de concentration extrêmes

**77.** En résumé, au cours du dernier mois et à votre connaissance, votre enfant a-t-il évité ou restreint la quantité ou le type d'aliment qu'il mange par peur que quelque chose de mauvais puisse arriver, comme vomir, s'étouffer, avoir une réaction allergique ou souffrir ?

*Remarque : Les personnes souffrant d'une phobie de vomir peuvent éviter les aliments qui leur paraissent pourris, ou restreindre la quantité globale afin d'éviter de se sentir inconfortablement repu. Les personnes souffrant d'une phobie de l'étouffement peuvent complètement éviter de manger (dans les cas extrêmes), ou éviter les aliments qu'ils perçoivent comme difficiles à mâcher ou à avaler. Pour les personnes souffrant d'allergies, ne compter que les restrictions alimentaires qui dépassent ce qui serait médicalement nécessaires pour éviter une réaction allergique réelle.*

**Evaluation :**

- 0 – Pas de restrictions dues à une peur de conséquences aversives
- 1 –
- 2 – Restrictions légères de la quantité et/ou de la variété dues à une peur des conséquences aversives
- 3 –
- 4 – Restrictions modérées de la quantité et/ou de la variété dues à une peur des conséquences aversives
- 5 –
- 6 – Restrictions extrêmes (ex : aucune consommation orale) dues à une peur des conséquences aversives

**78.** Au cours du dernier mois et à votre connaissance, votre enfant a-t-il éprouvé des symptômes physiques d'anxiété (ex : cœur battant, paumes moites, nausées) lorsqu'il a vu quelque chose qui lui a rappelé : un vomissement, un étouffement, une réaction allergique, ou le fait d'avoir mal en mangeant – (demander selon le type de peur)?

*Remarque : un déclencheur pour une personne ayant une phobie de l'étouffement peut être le fait d'être témoin d'un autre étouffement (ex : en personne ou sur vidéo) ou d'une exposition à un aliment semblable à celui avec lequel il s'est étouffé au départ. Un rappel pour une personne ayant une phobie des vomissements peut être le fait de voir quelqu'un vomir ou le fait d'être à proximité d'une personne à risque de vomir (ex : une personne ayant la grippe). Un rappel pour une personne ayant subi une procédure médicale douloureuse peut être le fait de voir une sonde d'alimentation ou autre accessoire.*

**Evaluation :**

- 0 – Pas de symptômes physiques d'anxiété
- 1 –
- 2 – Symptômes physiques d'anxiété légers
- 3 –
- 4 – Symptômes physiques d'anxiété modérés
- 5 –

6 – Symptômes physiques d’anxiété extrêmes ou évite toute opportunité d’exposition dû à la peur des symptômes physiques de l’anxiété

**79.** Au cours du dernier mois et à votre connaissance, votre enfant a-t-il évité des aliments dont il s’inquiétait qui le pourraient faire vomir, s’étouffer, avoir une réaction allergique ou lui donner des douleurs ?

*Remarque : Ne pas compter les cas où la peur limite les modalités de déplacement (ex : air, mer, voiture) ou limite les activités comme les manèges de parcs d’attraction par peur de vomir car cela pourrait être plus révélateur d’une phobie spécifique. Les personnes atteintes d’une phobie de l’étouffement peuvent éviter les situations sociales où elles ne peuvent pas contrôler le type d’aliments qui seront servis. Pour les personnes souffrant d’allergies alimentaires, l’évitement doit être au-delà de ce qui serait raisonnablement nécessaire pour gérer l’allergie (ex : une personne atteinte de maladie cœliaque doit éviter de manger du gluten mais elle peut habituellement s’asseoir à une table où d’autres personnes en mangent en toute sécurité).*

**Evaluation :**

- 0 – Pas d’évitement
- 1 –
- 2 – Evite certaines opportunités d’exposition
- 3 –
- 4 – Evite la plupart des opportunités d’exposition ; interfère avec la vie quotidienne
- 5 –
- 6 – Evite toute opportunité d’exposition ; interfère grandement avec la vie quotidienne

**80.** Au cours du dernier mois et à votre connaissance, votre enfant a-t-il fait quelque chose de spécial avant ou pendant le repas pour éviter de vomir, de s’étouffer, d’avoir une réaction allergique, ou d’avoir des douleurs quand il mange ?

*Remarque : les exemples peuvent comprendre le fait de mâcher très lentement, de prendre de longues pauses entre les bouchées ou de boire plus que nécessaire pendant le repas.*

**Evaluation :**

- 0 – Aucun comportement de sécurité
- 1 –
- 2 – Légers comportements de sécurité ou utilisation rare de ces comportements
- 3 –
- 4 – Comportements de sécurités modérées ou utilisation fréquente de ces comportements
- 5 –
- 6 – Comportements de sécurité extrêmes qui doivent être répétés à chaque opportunité

**81. Critère B du DSM-5 : (l’évaluateur utilise son jugement clinique) :** La perturbation est mieux expliquée par le manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise. **(Oui/Non/NA)**

**82. Critère C du DSM-5 : (l’évaluateur utilise son jugement clinique) :** Le répondant souffre d’anorexie mentale [DEPISTAGE], de boulimie [DEPISTAGE], ou d’un trouble du comportement alimentaire sous-seuil (anorexie, boulimie ou accès hyperphagiques) **(Oui/Non/NA)**

**83. Critère D du DSM-5 : (l’évaluateur utilise son jugement clinique) :** si le répondant a un problème de santé [DEPISTAGE], une déficience intellectuelle [DEPISTAGE], un autre trouble neurodéveloppemental [DEPISTAGE] ou mental [DEPISTAGE] qui explique la perturbation de

l'alimentation et sa gravité dépasse celle habituellement associée à la condition et nécessite une attention clinique supplémentaire. **(Oui/Non/NA)**

**Critères respectés pour l'ARFID ? (Oui/Non)**

**Algorithme de diagnostic :**

**Le diagnostic de l'ARFID doit être effectué sur la base des réponses suivantes :**

Item 29 : Oui (1)

**ET**

*Perte de poids importante ou perturbation de la croissance/de la prise de poids (item 34 ou 35  $\geq$  4)*

**OU**

*Insuffisance nutritionnelle importante (item 36 – Oui (1))*

**OU**

*Dépendance à alimentation entérale (par sonde nasogastrique) ou compléments nutritifs oraux (item 37 – Oui (1) OU item 38  $\geq$  4 OU item 39  $\geq$  4)*

**OU**

*Déficit psychosocial (item 42  $\geq$  4 OU item 47  $\geq$  4 OU item 48  $\geq$  4)*

**ET**

*Age d'apparition : > 1 mois avant la date de l'entretien*

**ET**

*item 81 – Non, item 82 – Non, item 83 – Oui*

**Profil sensoriel :** Afin d'obtenir un score pour ce profil, additionner 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, et diviser par 10. Plus le score est élevé, plus la composante sensorielle est élevée dans l'ARFID. De plus, si un ou plusieurs *items* sont évalués  $\geq$  4, cela indique une composante sensorielle possible.

**Profil du manque d'intérêt :** Afin d'obtenir un score pour ce profil, additionner 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, et diviser par 11. Plus le score est élevé, plus le manque d'intérêt est élevé dans l'ARFID. De plus, si un ou plusieurs *items* sont évalués  $\geq$  4, cela indique une composante possible du manque d'intérêt.

**Profil de peur :** Afin d'obtenir un score pour ce profil, additionner 71b, 72b, 73b, 74b, 75, 76, 77, 78, 79, 80, et diviser par 10. Plus le score est élevé, plus la peur est élevée dans l'ARFID. De plus, si un ou plusieurs *items* sont évalués  $\geq$  4, cela indique la possibilité d'une composante de peur.

**Echelle de gravité de l'ARFID :** additionner : Items 29a, 29b, 29c, 29d, 29e, 30, 32, 33, 34, 35 (si 20 ans ou moins), 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, et diviser par 17 (si 20 ans ou moins) ou par 16 (si plus de 20 ans). Plus le score est élevé, plus l'ARFID est grave.

*NB : L'item 45 se mesure en minutes, c'est pourquoi il ne peut être inclus dans l'évaluation ci-dessus*

**Préciser si c'est en cours ou en rémission (« Après que tous les critères de l'ARFID aient été remplis pendant une période, ils ne l'ont plus été pendant une période prolongée. ») : \_\_\_\_\_**

**Critère de diagnostic A de l'ARFID**

**Age d'apparition de l'ARFID : \_\_\_\_\_**



## MERYCISME

### Critère A du DSM-5 :

**84.** Au cours du dernier mois, la nourriture est-elle remontée dans la bouche de votre enfant pendant ou après avoir mangé, ou a-t-il ramené de la nourriture dans sa bouche ? **(Oui/Non)**

**Si non, conclure l'entretien.**

### Critère B du DSM-5 :

**85.** Afin de différencier des vomissements :

Cela semble-t-il différent de « vomissements » et de quelle façon ? **(Oui/Non)**

*Remarque : Contrairement aux vomissements francs, la régurgitation liée à la rumination semble sans effort et se produit sans nausées apparentes, haut-le-cœur ou dégoût.*

**86.** Afin de différencier des reflux gastro-œsophagiens :

Votre enfant a-t-il subi des évaluations pour des reflux ? Si oui, les résultats ont-ils été positifs ? **(Oui/Non)**

Si non : Avez-vous l'impression que cela fait habituellement mal à votre enfant lorsque la nourriture remonte dans sa bouche ? Par exemple, pensez-vous qu'il a une sensation de brûlure dans la poitrine ?

**87.** A-t-on déjà prescrit un médicament contre le reflux à votre enfant et si oui, cela a-t-il diminué la régurgitation ? **(Oui/Non)**

*Remarque : un diagnostic formel de reflux gastro-œsophagien [RGO] doit avoir été détecté plus tôt dans le dépistage mais ces éléments peuvent aider à détecter le reflux non diagnostiqué qui pourrait mieux expliquer les symptômes de régurgitation. Un reflux gastro-œsophagien n'exclut pas le mérycisme, mais la régurgitation liée à la rumination doit se produire en plus de toute régurgitation. De plus, alors que les médicaments RGO devraient réduire la fréquence et la gravité du reflux chez une personne atteinte de RGO, ils peuvent n'avoir aucun effet, un effet partiel, ou même un effet aggravant sur la régurgitation chez une personne ayant un mérycisme.*

### Item de gravité du mérycisme

**88.** Votre enfant paraît-il contrôler le retour de nourriture dans sa bouche pendant ces épisodes ? Si oui, à quelle fréquence ?

#### Evaluation :

- 0 – Peut contrôler 100% des occasions
- 1 –
- 2 – Peut contrôler plus de 50% des occasions
- 3 –
- 4 – Peut contrôler moins de 50% des occasions
- 5 –
- 6 – Ne peut pas contrôler du tout

### Item de gravité du mérycisme

**89.** Au cours du dernier mois, à quelle fréquence [combien de jours] votre enfant a-t-il eu des ruminations (de la nourriture qui remonte dans sa bouche) ?

#### Evaluation :

- 0 – Pas de rumination
- 1 – Rumination sur 1 à 5 jours
- 2 – Rumination sur moins de la moitié des jours (6 à 12 jours)

- 3 – Rumination sur la moitié des jours (13 à 15 jours)
- 4 – Rumination sur plus de la moitié des jours (16 à 22 jours)
- 5 – Rumination presque tous les jours (23 à 27 jours)
- 6 – Rumination tous les jours

*Remarque : Le DSM-5 propose « plusieurs fois par semaine, généralement quotidiennement » pour le diagnostic du mérycisme.*

**90.** Au cours du dernier mois, les jours où votre enfant a ruminé, combien d'épisodes de rumination a-t-il eu ?

**Evaluation : Moyenne du nombre d'épisodes les jours où il y a de la rumination \_\_\_\_\_**

*Remarque : Un épisode est une séquence continue de régurgitation avec mâchage et avalage ou recravage (les moments individuels s'étant produits à la suite sont combinés) (ex : pendant 30 minutes après le dîner).*

**91.** Enfin, réfléchissons en fonction du nombre de fois par épisode, où nous comptons séparément chaque fois que la nourriture revient dans la bouche de votre enfant, même si tout s'est produit d'affilée (ex : 10 fois après le dîner). Au cours du dernier mois, pendant les épisodes de rumination, combien de fois la nourriture est-elle revenue dans la bouche de votre enfant ?

**Evaluation : Préciser le nombre moyen de fois que les aliments sont régurgités pendant un épisode typique de rumination, au cours du dernier mois \_\_\_\_\_**

*Remarque : Certaines personnes peuvent être incapables de préciser un nombre car celui-ci est trop élevé. Dans ce cas, une note de 999 devrait être attribuée.*

**Critère A (suite) du DSM-5 :**

**92.** Que fait votre enfant avec la nourriture qui remonte dans sa bouche ? Par exemple, est-ce qu'il la remâche, la ravalé ou la crache ?

- |         |                  |
|---------|------------------|
| Remâche | <b>(Oui/Non)</b> |
| Ravalé  | <b>(Oui/Non)</b> |
| Crache  | <b>(Oui/Non)</b> |

**93.** Au cours du dernier mois, après quel pourcentage d'épisodes de consommation votre enfant a-t-il remâché, ravalé, ou recraché la nourriture qui était revenue dans sa bouche ?

- |               |   |
|---------------|---|
| Remâché pour  | _____ % des épisodes au cours du dernier mois |
| Ravalé pour   | _____ % des épisodes au cours du dernier mois |
| Recraché pour | _____ % des épisodes au cours du dernier mois |

**94.** Au cours d'une journée typique du dernier mois, quand il y a eu de la rumination, combien de temps votre enfant a-t-il passé à ruminer ?

**Evaluation :** Minutes par jour (inclure tous les épisodes lors des jours où la rumination a eu lieu) : \_\_\_\_\_

**95. Critère C du DSM-5 : (l'évaluateur utilise son jugement clinique) :** Le répondant a un trouble du comportement alimentaire [DEPISTAGE] ou un ARFID [section ARFID] qui pourrait prévaloir sur le diagnostic du mérycisme. **(Oui/Non)**

**96. Critère C du DSM-5 : (l'évaluateur utilise son jugement clinique) :** Le répondant a une condition médicale [DEPISTAGE] qui explique la régurgitation. **(Oui/Non)**

**97. Critère D du DSM-5 : (l'évaluateur utilise son jugement clinique) :** si le répondant a une déficience intellectuelle [DEPISTAGE], un autre trouble neurodéveloppemental [DEPISTAGE] ou mental [DEPISTAGE], les symptômes du mérycisme nécessitent-ils une attention clinique supplémentaire ? **(Oui/Non)**

**Autres items de gravité du mérycisme :**

**98.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il évité de manger avec d'autres gens (ou de manger juste avant de voir des gens) car il était inquiet que la nourriture lui revienne dans la bouche ?

**Evaluation :**

- 0 – Pas de déficit psychosocial
- 1 –
- 2 – Déficit psychosocial léger (ex : est stressé quand il/elle mange en public)
- 3 –
- 4 – Déficit psychosocial modéré (ex : évite certaines occasions de manger en public)
- 5 –
- 6 – Déficit psychosocial extrême (ex : évite toute occasion de manger en public)

**99.** Au cours du dernier mois, les ruminations de votre enfant ont-elles causé de graves problèmes à la maison, à l'école/travail, ou avec sa famille/amis ?

*Remarque : Les exemples comprennent l'intimidation, les taquineries, les injures, les difficultés relationnelles, l'incapacité de manger avec les autres, etc.*

**Evaluation :**

- 0 – Pas de déficit psychosocial
- 1 –
- 2 – Déficit psychosocial léger (ex : est stressé quand il/elle mange en public)
- 3 –
- 4 – Déficit psychosocial modéré (ex : évite certaines occasions de manger en public, ses amis le/la taquent souvent sur l'odeur du vomi)
- 5 –
- 6 – Déficit psychosocial extrême (ex : évite toute occasion de manger en public, ne passe pas de temps avec ses amis par peur d'être rejeté à cause du comportement de régurgitation)

**100.** Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il éprouvé des problèmes de santé en ramenant de la nourriture dans sa bouche (ex : brûlures d'estomac, caries, perte de poids, etc.) ?

**Evaluation :**

- 0 – Aucun problème médical
- 1 –
- 2 – Un problème médical léger (ex : éventuellement lié à des caries dentaires ou brûlures d'estomac légères)
- 3 –
- 4 – Un problème médical modéré ou plusieurs problèmes médicaux légers (ex : perte de poids modérée ou brûlures d'estomac nécessitant des soins médicaux ou des médicaments supplémentaires)
- 5 –
- 6 – Au moins un problème médical grave (ex : perte de poids grave ou plusieurs caries manifestement apparentées nécessitant un traitement dentaire)



**Critères respectés pour le mérycisme ?** : L'évaluateur utilise son jugement clinique mais un diagnostic de mérycisme est probablement associé au profil de réponses suivant : item 84 – Oui, item 85 – oui, item 92 – oui à un ou plus, item 95 – non, item 96 – non, item 97 – oui

**Gravité** : ajouter les réponses aux évaluations des items 88, 89, 98, 99, 100 et diviser par 5. 90, 91 (nombre d'occasions), 93 et 94 sont des mesures additionnelles de gravité mais n'ont pas d'échelle 0-6. Peut être utilisé lorsque plus de données sont disponibles.

**Préciser si c'est en cours ou en rémission (« Après que tous les critères du mérycisme aient été remplis pendant une période, ils ne l'ont plus été pendant une période prolongée. »)** : \_\_\_\_\_

**Age d'apparition du mérycisme** : \_\_\_\_\_