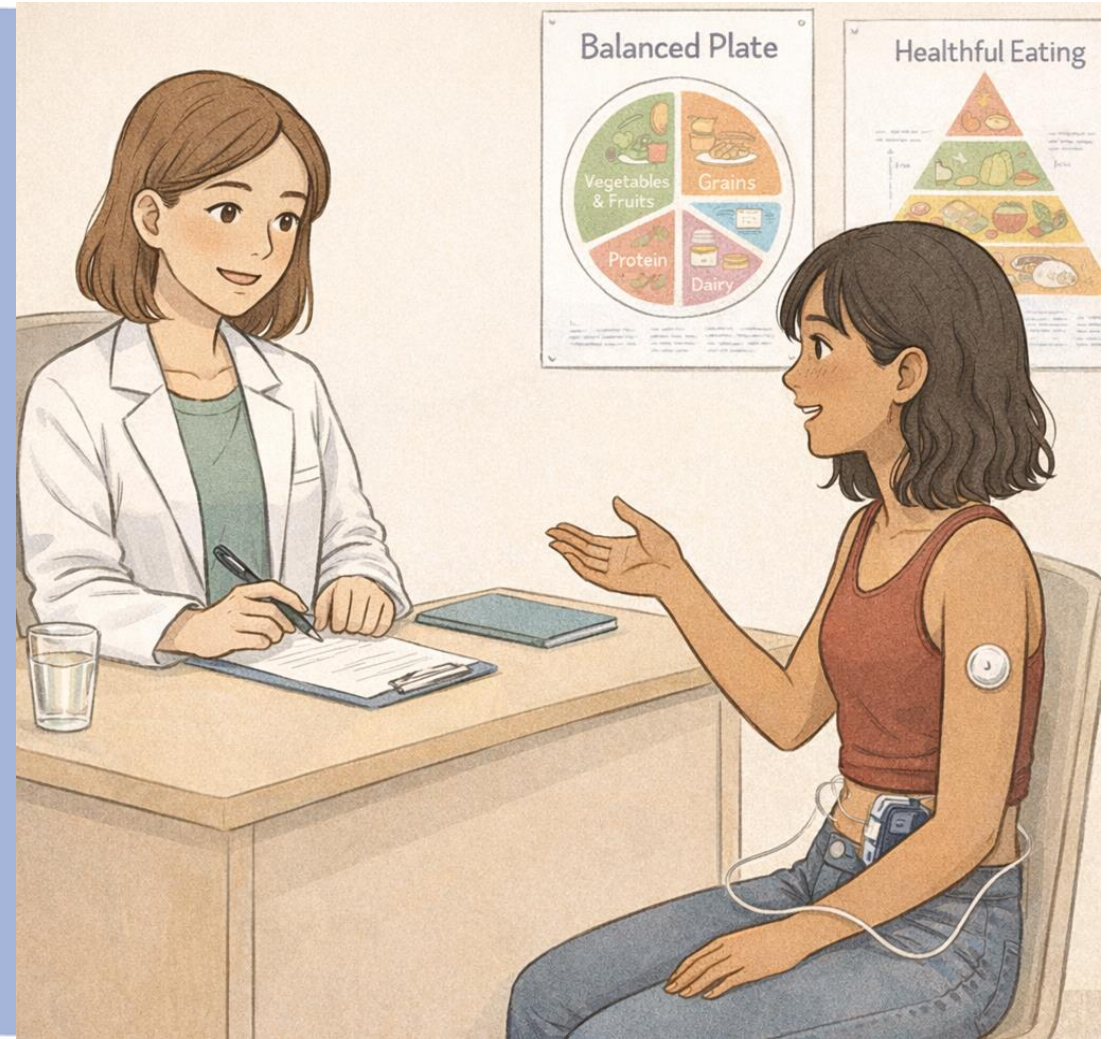


Quand le diabète de type 1 rencontre les TCA:

Prévention et prise en charge diététique



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Charlotte Dupont
Nina van Delft

Sommaire

Prévalence et données clés

Spécificités DT1 et TCA

Signes d'alerte et dépistage

Approche diététique et prise
en charge multidisciplinaire

De la théorie à la pratique

Take home messages



Introduction

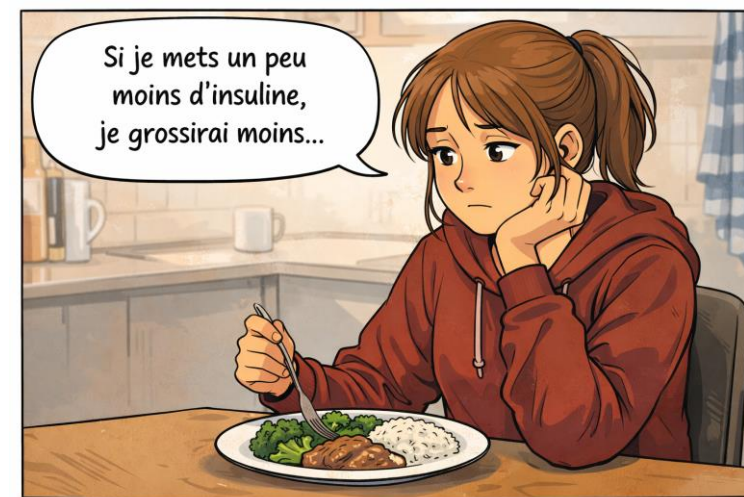
Quelques situations en consultations



A



B



C

Introduction

Prévalence et contexte

- Personnes avec un **diabète de type 1 (DT1)** = un **risque** accru de **maladies mentales**
- Plus particulièrement de **troubles des conduites alimentaires (TCA)**

Il peut s'agir de :

- **Comportements alimentaires perturbés (CAP)** : pas diagnostiqués comme maladies mais à risque de TCA
- Troubles des **conduites alimentaires avérés** (anorexie, boulimie, etc.)

Cas particuliers :

- **Frénésie alimentaire** dans le cadre d'une **hypoglycémie** symptomatique
- **Diaboulimie** : comportement alimentaire **spécifique** lié au **diabète**



Prévalence des TCA chez les patients diabétiques

Quelques chiffres

- La survenue des **TCA** est plus souvent **postérieure à la découverte du diabète** chez les patients dont le DT1 a été diagnostiqué avant 25 ans. (*SFD & SFD Paramédical, 2025 – Prise de position TCA et DT1*)
- **Méta-analyse 2024** (*Dean et al., 2024*) : env. **2,5 fois plus de risque de TCA** chez les personnes vivant avec un **DT1** que dans la population générale
- **Prévalence** environ **2 fois plus élevée chez les filles** que chez les garçons (*SFD & SFD Paramédical, 2025 – Prise de position TCA et DT1*)
- **10 % des adolescentes vivant avec le DT1 ont un diagnostic de TCA.** En comparaison, ce taux est de 4 % dans la population adolescente générale (*SFD & SFD Paramédical, 2025 – Prise de position TCA et DT1*)
- 10 à 20 % des filles au milieu de l'adolescence, et de 30 à 40 % des filles en fin d'adolescence et des jeunes femmes adultes **sautent** ou **diminuent** parfois délibérément leurs **doses d'insuline pour contrôler leur poids.** (*SFD & SFD Paramédical, 2025 – Prise de position TCA et DT1*)

How Common Are Eating Problems?

Eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder)



Type 1 diabetes^{a,1-3}



Type 2 diabetes^{2,4}

Disordered eating behaviors



Type 1 diabetes⁵⁻⁸



Type 2 diabetes⁹⁻¹¹



Diabétologie

Quelques définitions

- **Diabète de type 1 : maladie auto-immune** caractérisée par la destruction sélective des **cellules β des îlots de Langerhans** du pancréas, responsables de la sécrétion d'insuline.
- Ce processus auto-immun entraîne une **diminution progressive et irréversible de la production d'insuline.**
- L'insulinopénie \rightarrow **hyperglycémie chronique.**
- **Traitement** : insulinothérapie substitutive à vie



Diabétologie

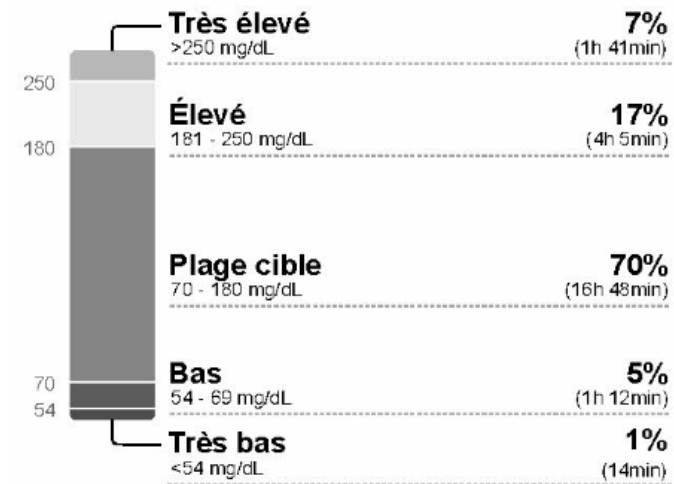
Objectifs thérapeutiques

- Prévenir ou stabiliser les **complications dégénératives** du diabète (rétinopathie, néphropathie, neuropathie)
- **Limiter** les épisodes d'**hypoglycémie**
- **Eviter** les épisodes d'**acido-cétose**
- Aider le patient à conserver une **bonne qualité de vie**

En chiffres :

- HbA1c OU GMI < 7%
- Glycémies 70-180 mg/dl
- > 70% TIR

TEMPS DANS LES PLAGES



Indicateur de gestion de la glycémie (GMI)

Niveau approximatif d'A1C basé sur le taux de glucose moyen obtenu par mesure en continu du glucose.

6,8% Objectif : ≤7,0% | **50 mmol/mol** Objectif : ≤53 mmol/mol

Troubles des conduites alimentaires

Quelques définitions



Trouble des conduites alimentaires :

Quand l'alimentation "**anormale**" engendre un problème de santé qui n'est pas un symptôme ou une conséquence d'un autre problème/maladie.

Anorexie mentale :

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



Boulimie :

Caractérisée par des **épisodes à répétition de frénésie alimentaire** incontrôlable suivis de **comportements compensatoires** inappropriés (tels que des vomissements auto-induits, un abus de laxatifs ou de diurétiques), des jeûnes ou de l'hyperactivité physique. Les épisodes se produisent, en moyenne, au moins **1 fois/semaine pendant 3 mois**.

L'hyperphagie boulimie :

Consommation récurrente de **grandes quantités d'aliments**, accompagnée d'une sensation de **perte de contrôle**. Il n'est pas suivi d'un comportement compensateur inapproprié, tel que des vomissements provoqués ou un abus de laxatifs. Les crises se produisent, en moyenne, au moins **1 fois/semaine pendant 3 mois**



Diaboulimie

Définitions

- = **Omission volontaire d'insuline pour perdre du poids.**
- En effet, sans insuline, le sucre présent dans le sang n'entre pas dans les cellules. Le corps utilise alors les graisses comme principale source d'énergie et excrète le sucre dans les urines (**glycosurie**), ce qui entraîne **une perte de poids**. Cette situation provoque de sérieuses conséquences : **hyperglycémies fréquentes, fatigue chronique, infections urinaires** à répétition, et un risque accru de **complications aiguës** (acidocétose diabétique) et **chroniques** (par exemple, dommages aux yeux ou aux reins). (South, C. et al. (2023). *Factors associated with intentional insulin omission to lose weight in people with type 1 diabetes*)
- Elle touche entre **10 % et 40 %** des personnes vivant avec un diabète de type 1 selon les études.
- La diaboulimie n'est **pas** reconnue comme **un trouble mental** spécifié par le **DSM-5**. Cependant, le **sous-dosage volontaire en insuline** est cité dans le **DSM-5** comme **une conduite pathologique** parfois adoptée par les personnes avec une **anorexie mentale** ou une **boulimie nerveuse** vivant **avec un diabète**



Facteurs de risques de TCA chez le patient DT1

Certains aspects liés au DT1 et à son traitement peuvent favoriser l'apparition de TCA chez des personnes vulnérables :

- **Variations de poids** (diagnostic/insulinothérapie) → insatisfaction corporelle.
- **Surveillance constante des repas + ajustement de l'insuline** → rigidité/ perfectionnisme alimentaire.
- **Focalisation excessive sur le poids + croyances alimentaires** → préoccupations alimentaires/ corporelle, restrictions injustifiées...
- **Injonctions nutritionnelles contradictoires** → anxiété/ confusion alimentaire
- **Contraintes de l'insulinothérapie** → peur de l'échec/ charge mentale importante
- **Peur des hypoglycémies** → prises impulsives de glucides



Les patients atteints de TCA dans le contexte d'un DT1 présentent souvent un IMC normal ou élevé !

SFD & SFD Paramédical, 2025 – Prise de position TCA et DT1

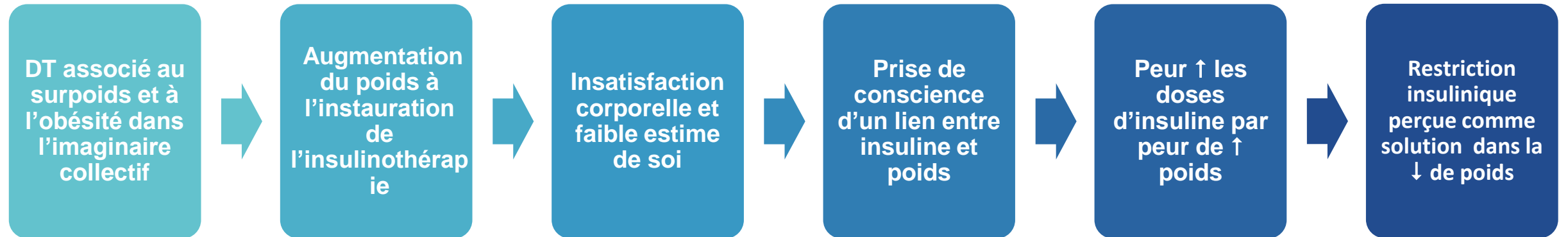
Le DT1, un terrain plus favorable

Conflit avec les sensations alimentaires



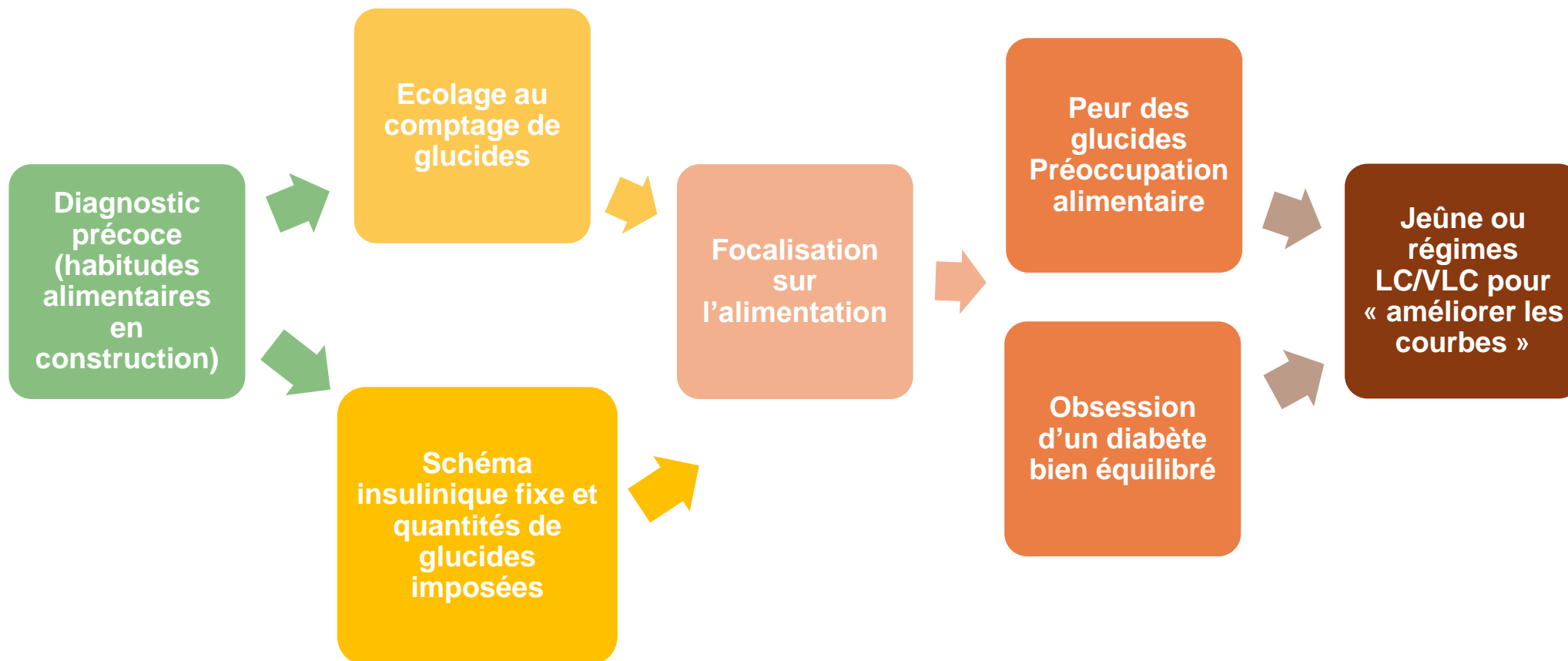
Le DT1, un terrain plus favorable

Insuline et évolution pondérale



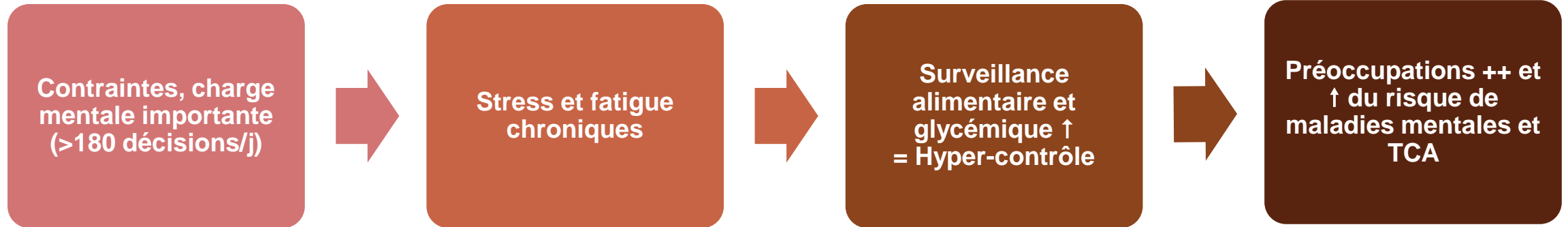
Le DT1, un terrain plus favorable

Intervention diététique



Le DT1, un terrain plus favorable

Santé mentale et maladie chronique



Diabétologie

Exemple d'un plan alimentaire pour un adolescent DT1 de 13 ans

AET : \approx 1 800 kcal

BET : 2 300 kcal

- **8h00** : 2 tranches de pain + 1 c.à c. de beurre de cacahuète + 1 yaourt nature + 1 pomme
- **10h30** : 1,5 tranche de pain + beurre + confiture (10 g) + ½ banane
- **12h00** : 3 tranches de pain + beurre + fromage en tranches + crudités ou potage
- **15h30** : 2 petits beurre + 1 compote SSA
- **18h30** : Repas chaud complet (1/4 d'assiette de féculents complet + 1/4 de VVPOLAV + 1/2 légumes)
- **21h00** : 3 petits beurre + 1 yaourt aux fruits

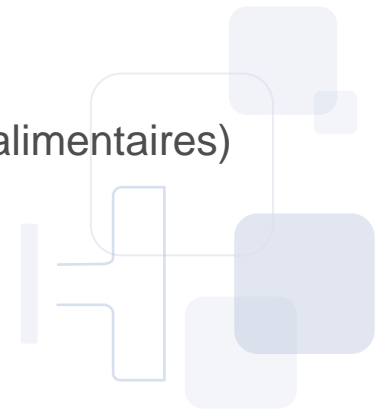


Diabétologie

Prise en charge diététique

L'insulinothérapie fonctionnelle (IF) :

- Reproduit l'**insulinosécrétion physiologique**
- Insuline pour **vivre** (basale), pour **manger** (prandiale), pour **soigner** (corrections)
- Notions de **ratio** et de **facteur correctif**
- **Démarche éducative** pour patient multi-injections ou sous pompes à insuline (> 1 an DT1)
- Actuellement la **méthode préconisée** par sociétés savantes
- Moyen **d'adapter son traitement à son mode de vie** (cycles hormonaux, sommeil, sport, habitudes alimentaires)
- Méthode qui permet de **varier** les **sources** de **glucides** et les **quantités** à chaque prise alimentaire



Enjeux cliniques

Impact d'un diabète insuffisamment contrôlé

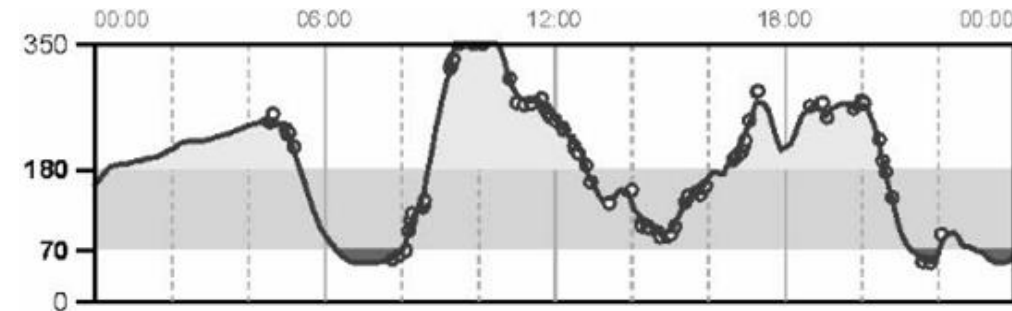
- **Contrôle glycémique** moins bon pouvant impacter l'état général et à des **hospitalisations parfois fréquentes**.
- **Complications** : aiguës ou chroniques **précoces**.
- **Mortalité** : risque de décès fortement augmenté.
- **Psychosocial** : détresse, diminution de la qualité de vie, isolement, mauvaise image corporelle, conflits familiaux,...



Comportements à risque

Signes d'alerte chez la personne DT1

- Oscillations glycémiques marquées
- Hyperglycémies persistantes
- HbA1c élevée
- Mésusage d'insuline
- Peur intense et persistante des hypoglycémies
- Resucrages inadéquats
- Croyances erronées sur l'alimentation et l'insuline
- Rigidité cognitive et perfectionnisme glycémique
- Ruptures répétées du suivi médical
- Détresse psychologique, déni face à la maladie



Quels signes doivent vous alerter ?



Une **perte ou prise de poids** importante et rapide.



Une **préoccupation permanente et excessive** à l'égard de l'alimentation et du poids.



Une **distorsion** de l'image corporelle.



Une **hyperpilosité**.

La nourriture est l'occasion de **conflits avec l'entourage**.



Des repas frugaux, d'**aliments peu caloriques**.



L'espacement ou la disparition des **règles**.



La **diabolisation** de certains aliments.



Le désir de **s'isoler pour manger**, ou des repas sautés.



Des **comportements compensatoires** (se faire vomir, prendre régulièrement des laxatifs, pratique sportive intense et excessive).

Pour les patients atteints de diabète, ajoutons :

L'omission ou le sous-dosage volontaires des **injections d'insuline, sans avis médical préalable**.



Les **variations glycémiques** importantes, non expliquées.



Un **taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) élevé**.



Sources : DSM V - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

Tous droits réservés

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage et prise en charge de
l'état dentaire par le chirurgien-dentiste

Fiche outil 7

Juin 2019



REPÉRAGE DE L'ÉTAT DENTAIRE

- **Penser à un trouble des conduites alimentaires, en particulier chez les adolescents et adultes jeunes, face à :**
 - des lésions érosives débutantes sur les faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire (liées à des vomissements répétés) ;
 - des lésions asymétriques des molaires mandibulaires (possible reflux nocturne fréquent lors de vomissements réguliers : position latérale durant le sommeil) ;
 - la présence de polycaries (maladie carieuse active) qui révèle souvent une alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports (sodas, grignotage) et la désorganisation des rythmes alimentaires ;
 - une sensibilité thermique (en particulier au froid) ou aux acides (début d'atteinte parodontale).
- **Comment aborder la possibilité de l'existence d'un trouble des conduites alimentaires avec le patient ?**
 - Être en tête à tête avec le patient (prévoir un temps en dehors de la présence des accompagnants et des éventuels personnels soignants).

Questionnaires de dépistage

SCOFF Questionnaire

Name:	
Age:	Gender:
Date of Birth:	Date of Assessment:

Instructions: Select the answer that best aligns with your experience related to the question.

	Yes	No
1. Do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you worry that you have lost control over how much you eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you recently lost more than one stone (14 lb) in a 3-month period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Would you say that food dominates your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Diabetes Eating Problem Survey-Revised (DEPS-R)

The Diabetes Eating Problem Survey – Revised (DEPS-R) is a screening tool that has been designed to screen adolescents and adults with type 1 diabetes who may have an eating disorder. It asks questions about eating habits, diabetes control, insulin misuse, and other compensatory behaviours. This is a screening tool, not a diagnostic tool, and can help facilitate further assessment or referral.

How often this is true for you during the past month...	Never	Rarely	Sometimes	Often	Usually	Always	
Do you take insulin? Yes No If No, do not complete this form.							
Living with diabetes can sometimes be difficult, particularly regarding eating and diabetes management. Listed below are a variety of statements regarding diabetes management. For each statement, tick (✓) the ONE answer that indicates how often this is true for you during the PAST MONTH.							
Losing weight is an important goal to me	0	1	2	3	4	5	
I skip meals and/or snacks	0	1	2	3	4	5	
Other people have told me that my eating is out of control	0	1	2	3	4	5	
When I overeat, I don't take enough insulin to cover the food	0	1	2	3	4	5	
I eat more when I am alone than when I am with others	0	1	2	3	4	5	
I feel that it's difficult to lose weight and control my diabetes at the same time	0	1	2	3	4	5	
I avoid checking my blood sugar when I feel like it is out of range	0	1	2	3	4	5	
I make myself vomit	0	1	2	3	4	5	
I try to keep my blood sugar high so that I will lose weight	0	1	2	3	4	5	
I eat in a way to get ketones in my urine	0	1	2	3	4	5	
I feel fat when I take all of my insulin	0	1	2	3	4	5	
Other people tell me to take better care of my diabetes	0	1	2	3	4	5	
After I overeat, I skip my next insulin dose	0	1	2	3	4	5	
I feel that my eating is out of control	0	1	2	3	4	5	
I alternate between eating very little and eating huge amounts	0	1	2	3	4	5	
I would rather be thin than have good control of my diabetes	0	1	2	3	4	5	
Sub-totals							
Scoring instructions: 1. Calculate the mean of all non-missing items. 2. Multiply this value by 16. Possible total score 0 to 80. A score >20 indicates more disordered eating behaviour and warrants in depth conversations/referrals.						TOTAL SCORE	/80

Transition pédiatrie - jeunes adultes

La transition comme opportunité de dépistage

- **Nouveau départ** : nouveaux prestataires, nouvelle dynamique
- Consultation **sans les parents** → plus grande **liberté de parole** et de confiance
- **Patient** reconnu comme **acteur** de sa propre santé
- **Transfert du pouvoir** soignant → patient : (re)découverte de l'autonomie
- **Regard** global et **renouvelé** sur le patient
- Occasion de **revisiter les habitudes alimentaires**, parfois figées dans une **routine thérapeutique**
- **Autonomie alimentaire** (courses, préparations, sorties)



Prise en charge diététique

A privilégier

- Encourager l'IF via l'ETP
- Utiliser l'entretien motivationnel
- Partir des habitudes alimentaires du patient
- Analyser le comportement alimentaire
- Focus sur le patient, ses difficultés
- Fixer des objectifs réalisables avec le patient
- Approche flexible et non restrictive
- Repérer les fausses croyances alimentaires
- Posture bienveillante et sans jugement

A éviter

- Encourager à la restriction alimentaire pour avoir de meilleurs résultats
- Prescrire des régimes très pauvres en glucides ou le jeûne
- Focus sur le poids - Courbe de croissance
- Valoriser le poids ou les résultats glycémiques
- Fixer des objectifs glycémiques inadaptés avec le patient
- Adopter un discours stigmatisant ou culpabilisant



En pratique

Une prise en charge adaptée



A



B



C



Témoignages

Diabète et confiance – Marthe, 16 ans, souffre de DT1 depuis l'âge de 10 ans

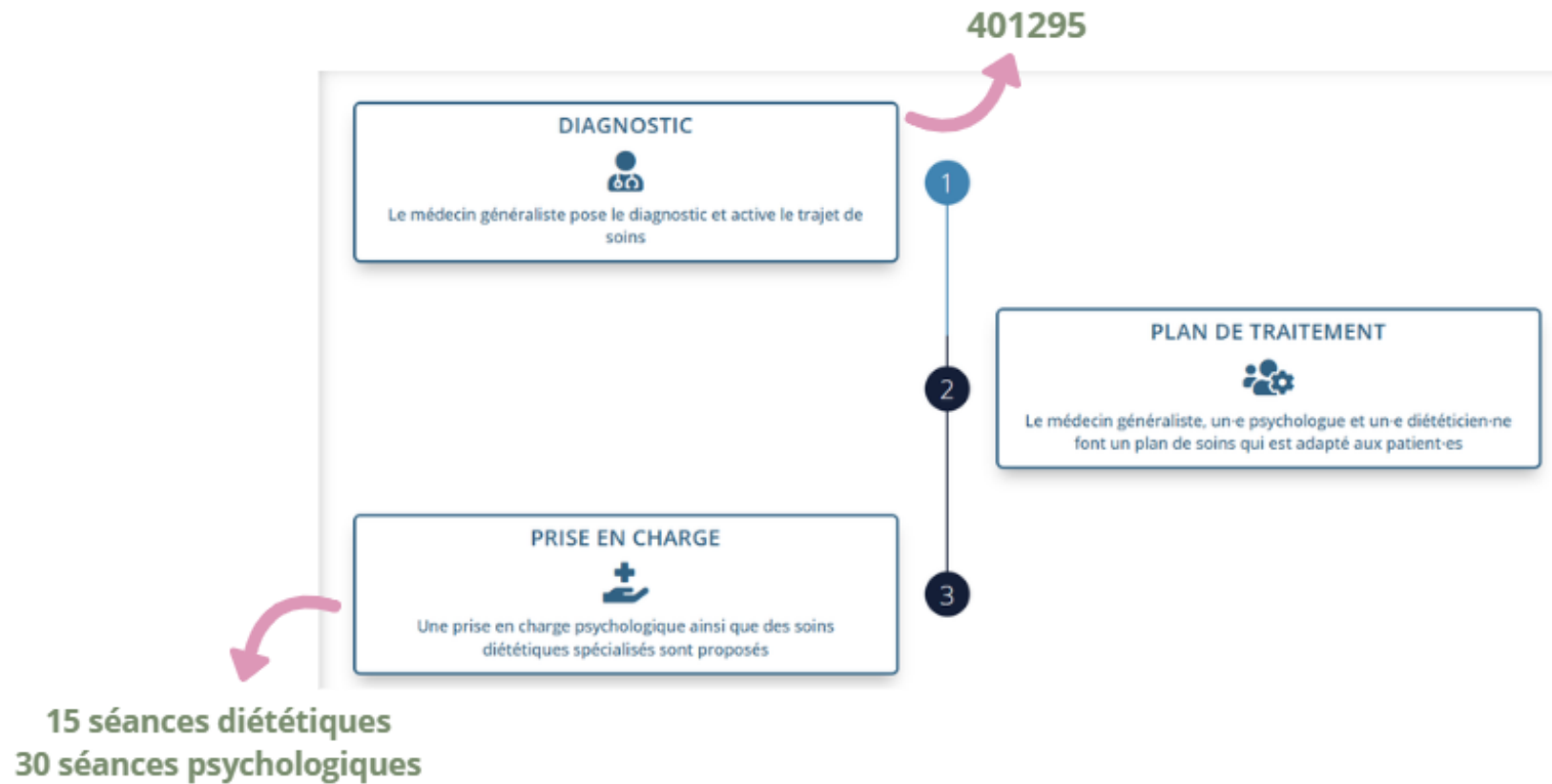
« Je pense que c'est le diabète qui est rentré dans ma vie en premier, sans aucun doute. J'ai toujours été un peu sensible aux troubles du comportement alimentaire, parce que j'ai grandi, en fait, dans l'univers de la danse classique. J'en ai fait plus de dix ans, donc j'ai été très tôt soumise à une certaine pression autour du corps, de la performance et de la balance. »

« Le diabète structure tout ce que l'on mange, quand on mange et combien on injecte. Chaque bouchée devient une équation. Tout est structuré, encadré, et très vite, on perd le contact avec ses sensations. La faim devient une énigme à résoudre. Quand le rapport à la nourriture devient conflictuel, c'est un terrain parfait pour que les TCA s'installent. Le rapport au corps devient lui aussi très compliqué. »

« Le diabète peut aussi devenir un outil pour contrôler son poids, un prétexte pour éviter certains aliments et, parfois, il devient même une arme : refuser de s'injecter, baisser volontairement ses doses, provoquer une hyperglycémie. Tout cela peut devenir une manière de dire que l'on n'en peut plus, sans forcément le dire avec des mots. »

« Il y a plusieurs signaux, parfois subtils, comme le fait de dîner juste avant le sport dans le but de réduire ses doses d'insuline. J'ai commencé à éliminer les glucides de mon alimentation. Je mangeais des asperges au goûter pour équilibrer ma glycémie, je ne faisais plus mes bolus ou je baissais volontairement mes doses d'insuline rapide, jusqu'à ne même plus m'injecter une dose que je savais indispensable. À partir d'un certain nombre d'unités, j'avais un blocage. Et puis, j'ai franchi un cap : j'ai volontairement provoqué des cétones en réduisant la dose d'insuline lente. Au début, c'était surtout pour perdre du poids, puis c'est devenu un moyen de reprendre le contrôle. »

Trajet de soins TCA - INAMI



Contacts

TCA-BRU, votre guide face aux Troubles du Comportement Alimentaire

Qui sommes-nous ?

Le site TCA-BRU est une plateforme bruxelloise dédiée aux **patient-es** présentant un Trouble du Comportement Alimentaire (TCA), à leurs **familles**, et aux **professionnel-les de santé**.

Notre mission

Nous avons pour objectif d'informer et d'orienter les soins quand des enfants, adolescent-es ou jeunes adultes souffrant de perturbations alimentaires, ainsi que leurs proches, recherchent de l'aide ou un accompagnement.



Je suis un-e patient-e
ou un-e proche



Je suis un-e
professionnel-le de
soins



Je recherche un-e
spécialiste des TCA à
Bruxelles



Outils



la Belle & LE DIABÈTE



Le poids à payer (TCA)



Et si le diabète de type 1 avait changé votre relation avec la nourriture?

type1better.com



- ✓ **2 à 3 fois plus de risque** de développer un TCA chez les patients DT1.
- ✓ Les sont **filles plus à risque**.
- ✓ Repérer les **signaux d'alerte** et **dépister** avec des outils validés : **SCOFF** et **DEPS-R**.
- ✓ **Favoriser l'IF** dès que possible et une **approche non stigmatisante**.
- ✓ **Orientation** rapide vers **prise en charge spécialisée** : médecin généraliste, diététicien spécialisé TCA, psychologue (individuel et familial), pédopsychiatre, kinésithérapeute...



Merci pour votre attention !

