



Reconnaître les troubles alimentaires chez les personnes atteintes de DT1

Les troubles alimentaires sont des problèmes courants dans la population générale, et le sont encore plus chez les personnes atteintes de diabète de type 1 (DT1).¹ Chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de DT1, les troubles alimentaires ou comportements alimentaires désordonnés touchent au moins 40 % des femmes et 16 % des hommes.² Ce document vise à explorer les moyens de reconnaître, de dépister et de traiter des troubles alimentaires chez les personnes atteintes de DT1, en mettant l'accent sur les stratégies pour parler de ce sujet important aux patients et à leurs familles.



LES VISAGES DES TROUBLES ALIMENTAIRES ET DU DT1

Les troubles alimentaires peuvent varier de comportements subcliniques (par exemple, une attention excessive à l'image corporelle, à l'alimentation et à l'exercice physique), à l'hyperphagie boulimique et à des troubles alimentaires potentiellement mortels, tels que l'anorexie mentale et la boulimie.¹ La réduction ou l'omission intentionnelle de doses d'insuline pour éliminer des calories - souvent appelée « diaboulimie » - est un phénomène propre au DT1.³ Toutefois, ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de DT1 et de troubles alimentaires qui adoptent un tel comportement.

SIGNES AVANT-COUREURS DE TROUBLES ALIMENTAIRES EN PRÉSENCE DE DT1

- Mauvais résultats à l'école ou au travail
- Difficultés dans les relations interpersonnelles
- Négligence au niveau de la surveillance de la glycémie et de l'administration d'insuline
- Symptômes dépressifs
- Souvent au régime
- Utilisation de laxatifs/diurétiques
- Vomissements provoqués
- Attention extrême portée à la taille ou à la forme du corps
- Activité physique excessive
- Hypoglycémie récurrente liée à l'activité physique
- Augmentation inexplicquée de l'HbA1c
- Hyperglycémie persistente le matin
- Épisodes répétés d'acidocétose diabétique (ACD)
- Aménorrhée



Aaliyah est une jeune fille de 17 ans qui a reçu le diagnostic de DT1 à l'âge de 8 ans. Son indice de masse corporelle a toujours été bas (entre 18 et 20). Au cours des deux dernières années, elle a maintenu un taux d'HbA1c « parfait » entre 6,5 % et 7 %. Cependant, lorsque son médecin demande à voir ses données de glycémie, ses registres d'insuline ou son carnet d'alimentation, Aaliyah répond toujours qu'elle a oublié de les apporter. Elle ne veut pas que son médecin et ses parents sachent qu'elle ne consomme que 1 000 à 1 200 calories par jour pour éviter de prendre du poids, ce qui a considérablement réduit la quantité d'insuline dont elle a besoin aux repas.



Corrina est une femme de 37 ans atteinte de DT1 dont le désir de maintenir son poids actuel après la naissance de son fils il y a deux ans est devenu une obsession. Elle note qu'il lui arrive de faire des excès de malbouffe à l'occasion, environ une fois par mois lorsqu'elle se sent stressée. Elle omet alors de prendre de l'insuline pendant quelques jours pour éviter de prendre du poids, et reprend son traitement à l'insuline lorsqu'elle a l'impression d'avoir suffisamment compensé son épisode boulimique. Son HbA1c est à 9 %.



Josh est un homme de 25 ans atteint de DT1. Il est devenu dépressif à cause d'un gain de poids important occasionné par l'augmentation des quantités d'insuline. Il a lu sur Internet que prendre moins d'insuline pouvait l'aider à perdre du poids, il a donc réduit ses quantités d'insuline depuis les trois derniers mois. Lors de son dernier examen de santé, il s'est plaint de se sentir fatigué tout le temps pendant la journée, d'avoir des difficultés à se concentrer et de se réveiller souvent la nuit pour aller aux toilettes. Il a perdu 15 livres, et son HbA1c est passée de 7,5 % à 10 %.

FACULTÉ

Ann Goebel-Fabbri, Ph. D.,
psychologue agréée,
Brookline, MA

Sylvain Iceta, MD, Ph. D.
Professeur adjoint
Université Laval,
Québec, QC

AUTRICE

Katherine Kahn
Holyoke, MA

ORGANISATEURS DES ACTIVITÉS

Jaime Symowicz, Ph. D.
Responsable de la stratégie
et du contenu éducatif
Med-IQ
Baltimore, MD

Lisa R. Rinehart, MS, ELS
Directrice des services de
rédaction
Med-IQ
Baltimore, MD

Samantha Gordon
Spécialiste FMC
Med-IQ
Baltimore, MD

Cette activité est financée en
partie par Percée DT1 et The
Leona
M. and Harry B. Helmsley
Charitable Trust et soutenue
par une subvention éducative
de Novo Nordisk, Inc.

Percée DT1 Inc. 2023©

Développé en
collaboration

Med-IQ

THE LEONA M. AND HARRY B.
HELMSLEY
CHARITABLE TRUST

Percée DT1^{INC}
Auparavant FRD



TROUBLES ALIMENTAIRES ET DT1 : COMPLICATIONS

Des études ont montré que les troubles alimentaires chez les personnes atteintes de DT1 peuvent entraîner une morbidité et une mortalité importantes, y compris les problèmes suivants⁴⁻⁷:

- Les patients atteints de DT1 et de troubles alimentaires présentent un risque plus élevé d'acidocétose diabétique et d'hospitalisation.
- La restriction d'insuline est associée à une récurrence de l'acidocétose diabétique et à une augmentation de la mortalité.
- Les personnes atteintes de DT1 et d'anorexie mentale ont un taux brut de mortalité de 10 ans d'environ 35 % - un taux cinq fois plus élevé que celui des personnes atteintes de DT1 seulement.
- Le risque de rétinopathie des personnes atteintes de DT1 et de boulimie est 2,5 fois plus élevé.
- Les troubles alimentaires prédisposent les personnes atteintes de DT1 à l'hypoglycémie

Compte tenu de ces complications potentielles, il est essentiel que les professionnels de la santé soient attentifs aux signes avant-coureurs des troubles alimentaires chez leurs patients atteints de DT1. Les lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada conseillent un dépistage régulier des symptômes des troubles psychiatriques courants.⁸ Un dépistage structuré des troubles alimentaires devrait être envisagé en cas d'hyperglycémie inexplicée, de perte de poids ou d'autres facteurs de risque. Le dépistage peut prendre la forme d'une discussion ouverte ou d'un questionnaire, mais une évaluation complète par un fournisseur de la santé mentale est également recommandée pour établir un diagnostic formel.⁸

DÉPISTAGE DES TROUBLES ALIMENTAIRES

Outils de dépistage liés au DT1

L'outil SCOFF modifié (mSCOFF, présenté à droite) est un questionnaire de dépistage de 5 questions liées au diabète qui peut être rempli rapidement lors d'une visite de routine en clinique.⁹ Le questionnaire révisé de 16 questions sur les problèmes alimentaires et le DT1 a été conçu spécifiquement pour les enfants et les adolescents atteints de DT1 et a également démontré de bonnes propriétés psychométriques chez les adultes atteints de DT1.^{10,11} Cet outil est toutefois principalement utilisé dans le cadre de la recherche.¹⁰

Accent sur le langage utilisé lors des conversations de dépistage

Choisissez soigneusement vos mots lorsque vous discutez des comportements liés aux troubles alimentaires. Évitez tout langage qui pourrait donner l'impression de blâmer ou d'humilier les patients. Optez pour un dialogue plus positif.^{12,13}

OUTIL MSCOFF

1. Vous arrive-t-il de vous faire vomir parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé?
2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle sur la quantité que vous consommez?
3. Avez-vous récemment perdu au moins 14 livres au cours d'une période de trois mois?
4. Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint alors que les autres vous disent que vous êtes trop mince?
5. Vous arrive-t-il de prendre moins d'insuline que vous ne le devriez?

Reproduit avec l'autorisation de Zuidwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(2):e26-e27.

*Les auteurs ont modifié cette question pour qu'elle se rapporte directement au diabète.

Communication du fournisseur de soins de santé pour obtenir des informations sur des comportements liés à des troubles alimentaires.

À ÉVITER

« Vous avez perdu beaucoup de poids et votre HbA1c a augmenté depuis votre dernière visite. Prenez-vous votre insuline comme recommandé? »

« Vous oubliez toujours d'apporter vos données du glucomètre lors de vos visites. Me cachez-vous quelque chose? »

« Votre HbA1c est plus élevée chaque fois que je vous vois. Est-ce que vous sautez des doses d'insuline pour perdre du poids? »

À PRIVILÉGIER

« J'ai remarqué que votre poids a diminué et que votre HbA1c est plus élevée depuis votre dernière visite. Avez-vous fait quelque chose de différent depuis? »

« J'ai remarqué que vous avez oublié d'apporter les données de votre glucomètre lors de vos deux dernières visites. J'ai vraiment besoin de voir vos tendances glycémiques pour adapter votre plan d'insuline. Selon vous, pourquoi est-ce difficile de vous souvenir de l'apporter? »

« Votre taux HbA1c ne cesse d'augmenter. J'ai l'impression que vous avez des difficultés à prendre de l'insuline. Les gens peuvent avoir plusieurs raisons d'avoir de la difficulté à prendre de l'insuline. Qu'est-ce qui vous complique la tâche en ce moment? »



TRAITEMENT DES TROUBLES ALIMENTAIRES

Pour les patients atteints de DT1 et de troubles alimentaires, une approche multidisciplinaire est privilégiée et devrait comprendre l'intervention des fournisseurs de soins de santé suivants⁶:

- Endocrinologue
- Spécialiste certifié en matière de soins du diabète et d'éducation
- Médecin de première ligne
- Nutritionniste expérimentée dans le domaine des troubles alimentaires et/ou du DT1
- Psychiatre et/ou fournisseurs de la santé mentale

Il peut être difficile de trouver des fournisseurs de soins de santé mentale ayant une expertise à la fois dans le domaine des troubles alimentaires et du DT1. Pour les personnes qui peuvent être soignées en clinique externe, la meilleure approche consiste à les orienter vers un spécialiste des troubles alimentaires qui est disposé à s'informer auprès de l'équipe soignante sur les questions liées au DT1. Les sources pour trouver des fournisseurs de soins de santé mentale comprennent :

- Répertoire Santé mentale + Diabète (<https://repertoire.perceedt1.ca/>)
- Répertoire de prestataires du National Eating Disorder Information Centre (en anglais seulement) (<https://nedic.ca/find-a-provider/>)

Pour les personnes qui ne peuvent être traitées en toute sécurité en clinique externe (par exemple, les patients qui présentent une instabilité psychiatrique et/ou médicale), l'admission dans un centre de traitement hospitalier est nécessaire pour une évaluation médicale et psychiatrique complète.¹⁴ Une unité de psychiatrie générale peut être plus appropriée si le risque de suicide du patient l'emporte sur l'urgence médicale, tandis qu'une unité d'hospitalisation spécialisée dans les troubles alimentaires est mieux adaptée pour les personnes dont les troubles alimentaires ont provoqué une instabilité médicale et psychiatrique sans risque suicidaire. Après avoir répondu aux besoins urgents de la personne, un plan de gestion médicale doit être élaboré pour rétablir l'insulinothérapie et des habitudes alimentaires régulières pendant le séjour à l'hôpital. Des interventions psychosociales et comportementales sont également nécessaires pour traiter les problèmes sous-jacents associés aux troubles alimentaires.¹⁴



ADAPTER LA CONVERSATION

Il est important de bien choisir ses mots lors du dépistage des troubles alimentaires, et c'est tout aussi important dans la perspective de prévention des troubles alimentaires.

Le choix des mots joue également un rôle important dans l'amélioration des résultats de santé lorsque les discussions sur le DT1, le poids et les troubles alimentaires avec les patients sont menées de manière plus générale.^{12,13} Le langage doit être exempt de jugement et d'exclusion, tout en donnant de l'espoir et transmettant la volonté de collaborer.^{12,13} Envisagez les tactiques suivantes^{6,13}:

Mettez moins d'accent sur les chiffres. Encouragez les patients à accorder plus d'importance à la façon dont ils se sentent lorsqu'ils maintiennent un poids santé et une glycémie équilibrée plutôt qu'aux chiffres sur la balance ou le lecteur de glycémie.

Utilisez des mots tels que « vérifier » à la place de « tester », « gérer » à la place de « contrôler », et « plus élevé » ou « moins élevé » à la place de « bon » ou « mauvais »

Éduquez les patients sur le gain de poids et l'insuline. Les patients peuvent ne pas comprendre entièrement que le gain de poids associé à un traitement à l'insuline efficace indique un renversement des effets néfastes du diabète.

Sans insuline, le corps se ronge, mais avec l'insuline, il guérit, devient plus fort et se reconstruit.

Expliquez pourquoi un gain de poids rapide peut survenir après une hospitalisation. Les patients hospitalisés pour une acidocétose diabétique peuvent prendre du poids en raison du remplacement des liquides qui entraîne une rétention d'eau (également appelée oedème insulinique).

L'acidocétose diabétique entraîne une grave déshydratation, alors lorsque le corps reçoit les liquides appropriés, il les emmagasine. Il s'agit d'un poids dû à un excès d'eau et non d'un véritable gain de poids. Il se résorbera avec le temps. Il est plus sain de continuer à fournir à votre corps les liquides dont il a besoin.

Discutez avec les parents. Les cliniciens doivent discuter avec les parents du risque des troubles alimentaires dès la préadolescence. Les cliniciens peuvent encourager les enfants, les frères et sœurs, et les parents à éviter les sujets du poids et de l'apparence dans leurs conversations en adoptant une règle de base à la maison qui interdit toute mention de l'aspect corporel. Ils peuvent également encourager à adopter des comportements sains, comme une alimentation équilibrée et flexible, et à mettre moins d'accent sur les régimes restrictifs et les approches extrêmes de l'exercice physique.

Types de discours du fournisseur de soins de santé sur le poids

À ne pas faire/critique

« Vous prenez du poids. Vous devez perdre au moins 10 livres. »

« Vous devez augmenter votre activité physique à 45 minutes par jour si vous voulez contrôler votre poids. »

À faire/soutien

« Puis-je vous demander quel est votre poids? Souhaitez-vous consulter une nutritionniste pour en savoir plus sur une alimentation équilibrée? »

« Avez-vous essayé de faire plus d'activité physique? Puis-je vous parler de certains exercices qui ont donné de bons résultats pour mes autres patients? »

Types de discussion entre les membres de la famille sur le poids

À ne pas faire/critique

« Je sais que tu dois perdre du poids, alors j'ai décidé que nous devrions commencer un régime. »

« Tu ne fais rien après l'école. Tu dois t'inscrire à un gym. »

À faire/soutien

« Je sais que tu veux perdre du poids. Trouvons des moyens de préparer des repas plus sains en famille. »

« Parle-moi d'une activité amusante que tu aimerais essayer pour bouger davantage. Veux-tu que je t'accompagne pour visiter le nouveau gym? »

Adapté de l'avis d'experts et Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk MD, et al. The use of language in diabetes care and education. *Diabetes Care*. 2017;40(12):1790-1799.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Nous espérons que ce résumé d'informations vous sera utile pour vous aider à gérer les troubles alimentaires de personnes atteintes de DT1. Les organisations supplémentaires suivantes offrent du soutien et de l'éducation pour les personnes atteintes de DT1 aux prises avec des troubles alimentaires, lesquels peuvent être utiles pour vos patients et leurs familles :

- National Eating Disorder Information Center (NEDIC) (en anglais seulement) : <https://nedic.ca/>
- Anorexie et boulimie Québec (ANEB) : <https://anebquebec.com/>
- Ligne d'assistance gratuite et anonyme du NEDIC (en anglais seulement) : <https://nedic.ca/contact/>
- Initiative nationale pour les troubles de l'alimentation (NIED) (en anglais seulement) : <https://nied.ca/>
- Association des troubles alimentaires du Canada (en anglais seulement) : <https://edac-atac.com/>
- Pour les parents de personnes aux prises avec des troubles alimentaires : <https://www.feast-ed.org/>

De plus, ce livre peut également être un guide utile pour les fournisseurs de soins de santé ainsi que pour les patients et leurs proches : Goebel-Fabbri, AE. *Prevention and Recovery from Eating Disorders in Type 1 Diabetes : Injecting Hope*. New York, NY: Routledge Press; 2017.

REFERENCES

1. American Diabetes Association. Types of eating disorders. American Diabetes Association. <https://www.diabetes.org/diabetes/mental-health/eating-disorders>. Accessed February 28, 2020.
2. Neumark-Sztainer D, Patterson J, Mellin A, et al. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. *Diabetes Care*. 2002;25(8):1289-1296.
3. Goebel-Fabbri AE. Diabetes and eating disorders. *J Diabetes Sci Technol*. 2008;2(3):530-532.
4. Scheuing N, Bartus B, Berger G, et al; DPV Initiative; German BMBF Competence Network Diabetes Mellitus. Clinical characteristics and outcome of 467 patients with a clinically recognized eating disorder identified among 52,215 patients with type 1 diabetes: a multicenter German/Austrian study. *Diabetes Care*. 2014;37(6):1581-1589.
5. Peveler RC, Bryden KS, Neil HA, et al. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(1):84-88.
6. Goebel-Fabbri AE, Uplinger N, Gerken S, Mangham D, Criego A, Parkin C. Outpatient management of eating disorders in type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(3):147-152.
7. Nielsen S, Emborg C, Mølbak AG. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care*. 2002;25(2):309-312. Zuijdwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(2):e26-e27.
8. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee; Robinson DJ, Coons M, Haensel H, Vallis M, Yale JF. Diabetes and Mental Health. *Can J Diabetes*. 2018;42 Suppl 1:S130-S141.
9. Zuijdwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(2):e26-e27.
10. Markowitz JT, Butler DA, Volkening LK, Antisdell JE, Anderson BJ, Laffel LMB. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(3):495-500. 5 of 5
11. Wisting L, Wonderlich J, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Psychometric properties and factor structure of the diabetes eating problem survey - revised (DEPS-R) among adult males and females with type 1 diabetes. *J Eat Disord*. 2019;7:2.
12. Banasiak, K, Cleary D, Bajurny V, et al. Language Matters – A Diabetes Canada Consensus Statement. *Can J Diabetes*. 2020;44(5):370-373.
13. Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk MD, et al. The use of language in diabetes care and education. *Diabetes Care*. 2017;40(12):1790-1799.
14. Bermudez O, Gallivan H, Jahraus J, Lesser J, Meier M, Parkin C. Inpatient management of eating disorders in type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(3):153-158.