

Le portrait complet

KRKT:TIDE · L'éducation sur le diabète de type 1 de KRKT

[Commencer ici](#) · [Urgences](#) · [Votre entourage](#) · [Aide et ressources](#)

En cas d'urgence. Une personne vivant avec le type 1 qui est confuse, très somnolente, incapable d'avaler ou inconsciente : composez le 911.

De l'éducation, pas un avis médical. Chaque dose, ratio et cible se décide avec votre équipe de soins en diabète.

Commencer ici

Tout ce qui fait bouger la glycémie, les deux urgences et ce que le travail quotidien rapporte, pour les personnes atteintes et leur entourage.

Vous êtes à la porte d'entrée du site. Vous y trouverez une vue d'ensemble du diabète de type 1, pour les personnes qui vivent avec cette maladie et pour la famille, les amis, les collègues et les entraîneurs qui les entourent. Des sections plus poussées sur l'alimentation, l'activité physique, les médicaments, les drogues et l'alcool, et les complications prennent ensuite le relais.

Le site suit un ordre voulu :

- **D'abord, les urgences.** L'hypoglycémie et l'acidocétose passent avant tout le reste, parce que ce sont elles qui peuvent vous faire du tort dès cette semaine. Commencez par les deux urgences.
- **Ensuite, les trois leviers quotidiens.** L'alimentation, le moment de l'insuline et l'activité physique, que vous ajustez plusieurs fois par jour, tous les jours.
- **Puis, l'interférence.** Médicaments, alcool, drogues, maladie et stress : tout ce qui fait aussi bouger le chiffre.
- **Puis, le long terme.** Ce que le travail quotidien rapporte vraiment, quelles sont les cibles et quels rendez-vous prendre.
- **Enfin, l'entourage.** Ce que la famille, les amis et les collègues doivent savoir, et ce qu'il vaut mieux ne pas dire.

Diagnostic récent? Lisez les urgences aujourd'hui. Vous avez le droit de vous arrêter là : la sécurité est la seule chose qui ne peut pas attendre. Le reste sera encore ici la semaine prochaine.

Ce site sert à l'éducation, il ne remplace pas un avis médical. Chaque dose, chaque ratio et chaque cible relèvent de votre équipe de soins en diabète. Tous les chiffres sont canadiens.

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique · Diabète Québec

Le diabète de type 1 : ce que c'est, et en quoi consiste le travail

Le type 1 est auto-immun, personne ne l'a causé, ce n'est pas le type 2 et l'insuline n'est pas facultative. Voici ce que sa gestion demande vraiment.

Cette page répond à deux questions : qu'est-ce que le diabète de type 1, et qu'est-ce que vivre avec lui demande chaque jour? Les deux sont souvent mal comprises, y compris par les proches de la personne qui en est atteinte.

Une maladie auto-immune

Dans le diabète de type 1, le système immunitaire a détruit les cellules du pancréas qui fabriquent l'insuline. C'est une maladie de la même famille que la maladie coéliqua ou les maladies de la thyroïde, et c'est pourquoi celles-ci l'accompagnent souvent.

Personne ne l'a causé

Pas le sucre. Pas l'alimentation. Pas l'éducation donnée par les parents. Rien de ce que quelqu'un a fait ou n'a pas fait.

À dire à chaque membre de la famille

Personne n'a causé ce diabète. Ça vaut la peine de le dire clairement à chaque proche qui apprendra le diagnostic.

Ce n'est pas le type 2

Le type 1 et le type 2 n'ont ni la même cause, ni le même traitement, ni les mêmes risques. Presque tout ce que le grand public croit savoir sur le diabète concerne le type 2, et la plupart de ces idées ne s'appliquent pas au type 1.

Cette confusion a un coût bien réel. Environ trois personnes sur quatre vivant avec le diabète de type 1 disent avoir subi de la stigmatisation, le plus souvent en étant perçues comme ayant un défaut de caractère. Presque tout ça vient de la confusion avec le type 2. Voilà qui explique une bonne partie de ce que vivent socialement les personnes atteintes. Certaines familles réalisent qu'elles y ont contribué sans le savoir : il ne s'agit pas de blâmer, mais d'en prendre conscience.

L'insuline n'est pas facultative

Aucune diète, aucun supplément et aucune quantité d'exercice ne remplace l'insuline dans le type 1. Quiconque prétend le contraire vend quelque chose de dangereux.

Le travail : remplacer une boucle de rétroaction, à la main, pour toujours

Un pancréas en santé mesure la glycémie et ajuste l'insuline en continu, des centaines de fois par heure, sans le moindre effort conscient.

Le remplacer, c'est :

- estimer ce que contient votre assiette;
- prévoir ce que votre corps s'apprête à faire;
- injecter une décision qu'on ne peut pas reprendre;
- puis vivre avec le résultat pendant les quatre heures suivantes.

Plusieurs fois par jour. Tous les jours. Sans congé.

Cette idée d'une décision qu'on ne peut pas reprendre, c'est ce qui distingue l'insuline de la plupart des autres médicaments. Une fois la dose donnée, elle agit, que le repas arrive ou non, que l'après-midi se passe comme prévu ou non.

Tout le reste de ce site, ce sont des détails. Le vrai travail, c'est celui-là, et il est beaucoup plus exigeant qu'il n'y paraît de l'extérieur. Pour les membres de la famille, c'est ce qui donne la mesure de la tâche.

Et ensuite?

Si vous ne lisez qu'une autre page aujourd'hui, choisissez les deux urgences : comment reconnaître et traiter une hypoglycémie, et quand l'acidocétose exige d'aller à l'hôpital. Ensuite, les trois leviers quotidiens expliquent ce qui fait monter et descendre la glycémie d'heure en heure.

Sources : Diabète Canada

Les trois leviers quotidiens : alimentation, moment de l'insuline et activité physique

Les aliments font monter la glycémie, l'insuline la fait baisser, et l'activité physique peut la pousser dans un sens ou dans l'autre. Un survol.

Trois choses font bouger la glycémie tous les jours, et ce sont les leviers qu'une personne vivant avec le diabète de type 1 actionne plusieurs fois par jour. Cette page présente un court survol de chacun (l'alimentation, le moment de l'insuline et l'activité physique) et renvoie aux sections détaillées.

- **Les aliments** font **monter** le glucose. Les glucides font presque tout le travail, et vite. Les gras et les protéines arrivent tard, et discrètement.
- **L'insuline** fait **baisser** le glucose. La quantité compte, et le *moment* compte presque autant.
- **L'activité physique** le pousse **dans un sens ou dans l'autre**. Un effort soutenu le fait baisser; un effort intense et court le fait monter. Et l'effet dure longtemps après l'arrêt.

Tout ce qui s'ajoute à ces trois leviers (médicaments, alcool, maladie, stress, chaleur, hormones, sommeil) est de l'interférence par-dessus. C'est pourquoi deux journées identiques peuvent donner deux chiffres différents, sans que ce soit la faute de personne. Faire deux fois la même chose et obtenir des résultats différents est l'une des sources les plus courantes d'autoblâme; c'est aussi tout à fait normal.

L'alimentation : la diète diabétique n'existe pas

Il n'y a pas de liste d'aliments interdits ni d'allée spéciale à l'épicerie, et le gâteau de fête est permis. Ce qui change, c'est que quelqu'un doit maintenant estimer ce qu'il y a dans l'assiette.

Les glucides sont ceux pour lesquels on calcule la dose. Leur effet est rapide et important. Ils se cachent dans les légumes féculents, le lait, les légumineuses, le jus et les sauces, pas seulement dans le pain et le sucre.

Les gras et les protéines arrivent tard. Pizza, poutine, pâtes à la crème, friture. Une étude marquante a montré qu'un souper riche en gras demandait **40 % plus d'insuline** qu'un souper faible en gras contenant exactement les mêmes glucides, et ce, de trois à six heures plus tard.

Lire une étiquette canadienne. Dans le tableau de la valeur nutritive, « Glucides » est déjà le total : n'ajoutez jamais la ligne des sucres par-dessus. Soustrayez les fibres en entier, et environ la moitié des polyalcools (sucres-alcools).

Le piège « parfait, puis 3 h du matin »

Une glycémie dans la cible deux heures après un souper gras, puis élevée pendant la nuit, ce n'est pas une erreur. Le repas n'avait tout simplement pas fini d'arriver. Cette hausse tardive explique une situation que presque tout le monde a déjà vécue, et pour laquelle on s'est souvent blâmé.

Beaucoup plus sur les glucides, les étiquettes, la hausse tardive, les repas entre amis et les fêtes d'enfants dans [la section Alimentation](#).

L'insuline : le moment compte presque autant que la quantité

Elle met du temps à agir. L'insuline injectée doit être absorbée, et les aliments, eux, n'attendent pas. Diabète Canada recommande l'insuline à action rapide dans les 15 minutes du repas; l'injecter de 15 à 20 minutes à l'avance donne un pic nettement plus bas, surtout au déjeuner.

Les nouvelles insulines changent la donne. L'insuline à action ultrarapide est conçue pour être donnée au moment même du repas, et peut l'être jusqu'à 20 minutes après. Il n'y a donc pas de règle

universelle : c'est votre insuline qui détermine le moment. Votre propre horaire se discute avec votre équipe de soins en diabète.

Quand ne pas s'injecter à l'avance

Au restaurant, quand les plats ne sont pas encore servis. Avec un jeune enfant qui risque de ne pas finir son assiette. De l'insuline qui agit sans que la nourriture arrive, c'est une hypoglycémie, et c'est pourquoi un souper retardé est un vrai enjeu de sécurité, pas un simple inconvénient.

À l'attention des hôtes : annoncez une heure de repas réaliste, et prévenez si elle change. C'est l'un des gestes les plus utiles qu'un proche puisse poser dès ce soir.

L'activité physique fait bouger la glycémie dans les deux sens

Un effort soutenu la fait baisser. Jogging, vélo, natation, longue marche. Les muscles retirent le glucose du sang, et l'insuline injectée ne s'arrête pas comme le ferait un pancréas. La baisse survient souvent en moins de 45 minutes. Pour la plupart des gens, la zone de départ est de **7 à 10 mmol/L**; sous 5, prenez d'abord de 10 à 20 g de glucose.

Un effort intense et court la fait monter. Sprints, musculation lourde, intervalles, un match. L'adrénaline pousse le foie à libérer du glucose plus vite que les muscles ne l'utilisent. L'hyperglycémie d'avant-match vient généralement de la nervosité et se replace une fois le jeu commencé. **C'est la corriger fortement qui cause la chute plus tard.**

Comprendre que l'exercice agit dans les deux sens dissipe la plus grande partie de la confusion, et avec elle, une bonne partie de la peur qui empêche de bouger.

Diabète Canada recommande 150 minutes par semaine, réparties sur au moins trois jours, plus des exercices de résistance deux fois par semaine. Ne vous entraînez pas si vos cétones sont à 1,5 ou plus, ni dans les 24 heures suivant une hypoglycémie grave.

La séance se termine. Le risque, non.

Seulement 45 minutes d'activité entraînent **de 7 à 11 heures** de risque accru d'hypoglycémie par la suite, et la sensibilité à l'insuline reste élevée jusqu'à 24 heures. Voilà pourquoi l'exercice après 16 h devient si souvent un problème à 2 h du matin.

- **Réduire l'insuline basale de nuit d'environ 20 %.** C'est la mesure unique la mieux appuyée par les données après une activité en après-midi ou en soirée. Les détails se décident avec votre équipe.
- **Une collation au coucher ne suffit pas à elle seule.** Elle aide pendant environ huit heures; c'est l'ajustement de la basale qui couvre le reste.

- **Ou, tout simplement, s'entraîner plus tôt.** Quarante-cinq minutes le midi n'entraînent pas le même risque la nuit, ce qui est rassurant pour le sport scolaire.

Ne jamais empiler les corrections après une séance intense

L'énoncé de consensus sur l'exercice le dit clairement : trop corriger après l'exercice peut causer une hypoglycémie nocturne grave, voire mortelle. Ce réflexe part d'une bonne intention. Corrigez prudemment, ou attendez.

La glycémie de départ, la réduction de l'insuline, les glucides pendant l'effort, la nervosité de compétition, l'équipement et ce que les entraîneurs doivent savoir sont traités dans la section Activité physique.

Sources : Wolpert et al., Diabetes Care 2013 · Diabète Canada · Diabète Québec · Agence canadienne d'inspection des aliments · ISPAD 2022 · Riddell et al., Lancet Diabetes & Endocrinology 2017

Tout le reste qui fait bouger votre glycémie

Médicaments, alcool, drogues, maladie, stress, hormones, chaleur et sommeil : l'interférence qui s'ajoute aux aliments, à l'insuline et à l'activité.

L'alimentation, l'insuline et l'activité physique sont les leviers de tous les jours. Par-dessus s'ajoute une longue liste d'autres facteurs qui font monter ou descendre la glycémie, souvent sans que personne n'en parle. Cette page fait le survol de cette interférence : les médicaments, l'alcool, les drogues et les petites choses du quotidien que personne ne mentionne.

Les médicaments dont personne ne vous parle

Les corticostéroïdes, de loin les plus importants

La prednisone commence à faire monter le glucose environ quatre heures après la dose, et son effet dure douze heures. Une injection de cortisone compte aussi. Et c'est pendant le sevrage graduel que les hypoglycémies arrivent. Appelez votre équipe dès qu'on vous en prescrit, pas après trois mauvaises journées.

Les bêtabloquants masquent les hypoglycémies. Ils atténuent les tremblements et les palpitations qui vous avertissent. La transpiration persiste généralement, parce qu'elle passe par une autre voie nerveuse. Une sueur inexploitée est donc une hypoglycémie jusqu'à preuve du contraire.

En vente libre. Les sirops contre la toux contiennent de vrais glucides. « Non somnolent » veut généralement dire qu'il y a un décongestionnant, qui fait monter le glucose. Et les suppléments vendus pour « soutenir la glycémie » peuvent causer des hypoglycémies en plus de votre insuline.

Votre pharmacien ou pharmacienne, c'est gratuit. Cette personne voit toutes les ordonnances de tous les médecins, y compris celles de la clinique sans rendez-vous dont votre médecin habituel n'a jamais entendu parler. Utilisez une seule pharmacie, dites « type 1 » chaque fois, et apportez la boîte au comptoir.

Rien de tout cela n'est une raison de refuser un médicament dont vous avez besoin. Des gens arrêtent des médicaments nécessaires après avoir lu des listes comme celle-ci : ne le faites pas. C'est plutôt une raison de prévoir le changement et de vous y préparer. Beaucoup plus dans [la section Médicaments](#).

L'alcool : l'hypoglycémie arrive pendant que vous dormez

Votre foie a deux tâches ici : éliminer l'alcool, et libérer du glucose quand vous en manquez. Il ne fera pas la deuxième tant qu'il est occupé par la première.

L'hypoglycémie n'arrive donc pas pendant que vous buvez. Elle arrive des heures plus tard, au lit. Et, vues de l'extérieur, l'ivresse et l'hypoglycémie se ressemblent en tous points. Tout le danger est là, pour la personne elle-même et pour quiconque décide de la laisser « cuver ».

S'il y a de l'alcool

- Mangez des glucides en buvant, pas à la place du souper
- Ne sautez jamais l'insuline à action prolongée
- Mangez quelque chose avant de vous coucher
- Réglez une alarme et vérifiez vraiment votre glycémie pendant la nuit
- Prévenez les personnes chez qui vous dormez

Les mélanges sucrés font d'abord monter la glycémie, puis l'alcool la fait descendre plus tard. De plus, le glucagon fonctionne mal après avoir bu : dans ce cas, on appelle l'ambulance. L'alcool est, statistiquement, la première substance que la plupart des gens rencontrent; il reçoit donc ici autant d'attention que n'importe quelle drogue illégale.

Les drogues, sans faire la morale

Il s'agit de réduction des méfaits, pas d'une permission. L'autre option, c'est que les gens fassent tout ça sans aucune précaution.

Presque toutes les drogues nuisent de trois mêmes façons : vous oubliez votre insuline, votre alimentation déraile, et vous n'arrivez plus à distinguer une hypoglycémie d'un état d'euphorie.

- **La nicotine, la lente.** Elle abîme les mêmes vaisseaux sanguins que le diabète met déjà à l'épreuve, et elle rend chaque unité d'insuline moins efficace. La vapoteuse, c'est la même drogue.
- **Le cannabis, celui qui fait oublier.** Des doses oubliées ou doublées, des fringales qu'on ne compte pas, et un malaise de surconsommation (le « greening out ») ressemble exactement à une hypoglycémie, ou à une ACD. La seule façon de savoir, c'est de vérifier.
- **Les stimulants :** speed, cocaïne, MDMA. Ils brûlent des glucides tout en coupant l'appétit, et le cœur qui s'emballe et la sueur qui signalent une hypoglycémie peuvent aussi n'être que l'effet de la drogue.

La règle qui chapeaute tout

Ne sautez jamais l'insuline. Ne consommez jamais seul ou seule. Ayez une personne sobre qui sait que vous avez le diabète de type 1 et où se trouve votre sucre. Un bracelet ou une pièce d'identité médicale. Des alarmes sur votre téléphone pour vérifier.

Le NORS, au 1-888-688-6677, reste au téléphone avec toute personne qui consomme seule, partout au Canada, à tout âge. Tous les détails dans [la section Drogues et alcool](#).

Et ce que personne ne mentionne

- **La maladie et les infections** font monter le glucose de façon marquée, même sans manger. Un rhume peut demander plus d'insuline, pas moins. Voir [les jours de maladie](#).
- **Le stress et l'adrénaline :** un examen, une échéance, une dispute, une entrevue d'embauche. Même mécanisme qu'un sprint.
- **Les hormones et les cycles.** La sensibilité à l'insuline varie au cours du cycle menstruel, à la puberté et pendant la grossesse. C'est réel, documenté et rarement mentionné.
- **La chaleur et le froid.** Une peau chaude absorbe l'insuline plus vite; le froid la ralentit et peut même empêcher les lecteurs de glycémie de fonctionner.
- **Le sommeil, le travail de nuit, les voyages.** Changer l'heure à laquelle vous dormez change le moment où vous avez besoin d'insuline. Les fuseaux horaires décalent tout l'horaire.

Voilà la vraie réponse à « Pourquoi aujourd'hui, c'était différent? » Il y a plus de facteurs que quiconque peut en suivre, et un chiffre inexplicable n'est bien souvent qu'un chiffre inexplicable. La plupart des gens n'apprennent jamais combien de variables sont réellement en jeu; le savoir enlève une bonne part de l'autoblâme lors d'une journée étrange.

Le long terme : les données, les cibles et le dépistage

Ce que le travail quotidien rapporte, à quoi ressemble la réussite en chiffres, quels rendez-vous prendre et les cinq leviers du risque à long terme.

Le travail quotidien du diabète de type 1 n'a rien d'arbitraire. Cette page présente ce qu'il rapporte vraiment, quelles sont les cibles (et pourquoi elles ne sont pas de 100 %), quels rendez-vous de dépistage prendre, et les quatre autres leviers qui comptent autant que la glycémie sur toute une vie.

Ce que tout ce travail quotidien rapporte vraiment

À partir de 1983, une étude appelée DCCT a suivi 1 441 personnes vivant avec le diabète de type 1, réparties en deux groupes. La seule vraie différence entre eux : une A1C moyenne d'environ 7 % contre environ 9 %. Voici ce que valaient ces deux points de pourcentage :

76 %

moins de maladies des yeux

60 %

moins d'atteintes des nerfs

54 %

moins de fuites de protéines par les reins

57 %

moins de crises cardiaques et d'AVC, des décennies plus tard

33 %

de réduction du risque de décès, sur 27 ans

Et l'effet a duré plus longtemps que l'effort : ces bienfaits ont continué d'apparaître **des années après que les chiffres des deux groupes se sont rejoints**. Les chercheurs appellent ça la mémoire métabolique. Elle s'estompe avec le temps, ce qui veut aussi dire qu'une période difficile n'est pas une condamnation à vie.

La mise en garde honnête

En 1993, le traitement intensif triplait aussi les hypoglycémies graves. Depuis, les capteurs et les insulines modernes ont en grande partie brisé ce compromis.

Ce sont les données les plus porteuses d'espoir de toute la médecine du diabète, et la raison pour laquelle le travail quotidien compte.

À quoi ressemble la réussite, et ce n'est pas 100 %

Voici les cibles de temps dans la cible du consensus international de 2019, pour la plupart des adultes qui ne sont pas enceintes, ainsi que la cible d'A1C de Diabète Canada. Les enfants, les personnes âgées et la grossesse ont leurs propres cibles.

>70 %

temps dans la cible, de 3,9 à 10,0 : environ 17 heures par jour

<4 %

sous 3,9 : environ une heure, et moins de 1 % sous 3,0

<25 %

au-dessus de 10,0 : environ six heures par jour

≤7,0 %

A1C, pour la plupart des adultes : la cible de Diabète Canada

Lisez les deux premières ensemble : **une réussite conforme aux lignes directrices comprend environ sept heures par jour hors de la cible, et à peu près une heure en hypoglycémie.** Si chaque glycémie élevée vous donne l'impression d'un échec, la cible elle-même vous contredit. Le perfectionnisme mène à l'épuisement, et la ligne directrice est le meilleur argument contre lui. Vos propres cibles se fixent avec votre équipe de soins en diabète.

Les rendez-vous à vraiment prendre

Quoi	À partir de quand	À quelle fréquence	En quoi ça consiste
Yeux	5 ans après le diagnostic, à partir de 15 ans	Chaque année	Un ou une optométriste examine la rétine
Reins	Après 5 ans de diabète	Chaque année	Un échantillon d'urine et une prise de sang
Nerfs	5 ans après la fin de la puberté	Chaque année	Un monofilament de nylon et un diapason sur les pieds

Quoi	À partir de quand	À quelle fréquence	En quoi ça consiste
Pieds	Dès le diagnostic	Au moins une fois par année	Un examen attentif, chaussures et bas enlevés
Cholestérol	Au diagnostic	Chaque année s'il n'est pas traité	Une prise de sang, à jeun ou non
Pression artérielle	Dès le diagnostic	À chaque visite	Cible sous 130 sur 80

Remarquez que tous les dépistages des complications microvasculaires commencent à **cinq ans**. Les lignes directrices canadiennes ne s'attendent pas à ce qu'une personne nouvellement diagnostiquée ait quoi que ce soit à trouver.

Si vous ne retenez qu'une action de cette page, prenez le rendez-vous de dépistage qui est en retard.

La glycémie est le plus gros levier. C'est un levier parmi cinq.

Des études de registre estiment le risque à long terme selon le nombre de facteurs, parmi cinq, qui sont dans la cible, et ce risque augmente d'un cran pour chacun qui ne l'est pas. Seul le premier vous demande quelque chose d'heure en heure.

1. **La glycémie.** A1C égale ou inférieure à 7,0 %, temps dans la cible supérieur à 70 %. Celui qui ne s'arrête jamais.
2. **La pression artérielle.** Sous 130 sur 80. Habituellement un seul comprimé.
3. **Le cholestérol.** C-LDL sous 2,0, ou réduit de moitié. Une statine à partir de 40 ans, ou dès 30 ans après 15 ans de diabète.
4. **La protection des reins.** Un IECA ou un ARA lorsque c'est indiqué : l'intervention la plus efficace qui soit pour les reins.
5. **Ne pas fumer**, et bouger régulièrement. Les deux font partie du même modèle que les quatre autres.

Quatre de ces leviers se règlent lors d'un rendez-vous plutôt qu'à chaque repas. C'est une vraie bonne nouvelle, et on n'en parle pas assez. La plupart des personnes vivant avec le diabète de type 1 n'ont jamais été guidées à travers les quatre autres; en parler à votre équipe est donc une prochaine étape concrète.

Toutes les données du DCCT et de l'EDIC, chaque complication expliquée simplement et l'ampleur de la baisse des taux sont présentées dans [la section Complications](#).

Urgences

L'hypoglycémie est l'urgence rapide : du sucre, tout de suite. L'acidocétose est l'urgence lente : l'hôpital. À connaître par tout l'entourage.

Le diabète de type 1 comporte deux urgences. Elles passent avant tout le reste sur ce site, parce que ce sont elles qui peuvent faire du tort dès cette semaine.

Trop bas : l'hypoglycémie (« hypo »). Elle s'installe en quelques **minutes**, sous 3,9 mmol/L. Tremblements, sueurs, pâleur, confusion, irritabilité, maladresse. Elle est causée par trop d'insuline par rapport aux aliments ou à l'activité, et par l'alcool, des heures plus tard. Sans traitement, elle mène à une convulsion et à une perte de conscience. **C'est l'urgence rapide, et elle demande du sucre tout de suite.**

Trop haut : l'acidocétose diabétique (ACD). Elle s'installe en quelques **heures**. Une dose d'insuline oubliée, une maladie ou une panne de pompe laissent les cétones s'accumuler et le sang devenir acide. Maux de ventre, vomissements, haleine sucrée, respiration rapide et profonde, soif, somnolence. Elle ne se règle pas toute seule. **C'est l'urgence lente, et elle demande l'hôpital.**

Rapide ou lente : c'est tout le modèle à retenir. L'une se traite avec le sucre qu'on a dans sa poche; l'autre, en allant à l'urgence.

Toute personne qui passe du temps avec la personne atteinte (conjoint ou conjointe, colocataire, collègue, entraîneur ou entraîneuse) devrait pouvoir décrire les deux. Ça prend deux minutes à expliquer.

Appelez le 911 si la personne

- est inconsciente, fait une convulsion ou ne peut pas avaler
- a des cétones et vomit

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique

Traiter une hypoglycémie : 15 grammes, 15 minutes

Sous 3,9 mmol/L, prenez 15 g de sucre rapide, attendez 15 minutes et vérifiez de nouveau. Ce qui compte pour 15 g, ce qui ne marche pas, et la suite.

L'hypoglycémie (ou « hypo ») est l'urgence rapide. Elle s'installe en quelques minutes et demande du sucre tout de suite. Cette page explique comment la reconnaître, comment la traiter exactement et quelles erreurs courantes retardent le traitement.

Reconnaître une hypoglycémie

On parle d'hypoglycémie quand la glycémie est sous **3,9 mmol/L**. Elle peut se manifester par :

- des tremblements, des sueurs, de la pâleur
- de la confusion ou une élocution pâteuse
- une irritabilité soudaine, de la colère ou un comportement étrange
- de la maladresse, ou un silence inhabituel
- de la somnolence, une personne difficile à réveiller

Elle est causée par trop d'insuline par rapport aux aliments ou à l'activité, et par l'alcool, des heures plus tard. Sans traitement, elle mène à une convulsion et à une perte de conscience. C'est pourquoi elle passe en premier.

La règle du 15-15

Sous 3,9 mmol/L, Diabète Canada recommande de prendre **15 g de glucides à action rapide**, idéalement du glucose ou du sucrose en comprimés ou en solution, qui sont plus efficaces que le jus et les gels.

Traitez l'hypoglycémie maintenant

1. Prenez 15 g de glucides à action rapide (voir la liste ci-dessous).
2. Assoyez-vous et attendez 15 minutes.
3. Vérifiez de nouveau. Toujours sous 3,9? Recommencez.
4. Une fois la glycémie remontée, prenez le repas prévu, ou, s'il est dans plus d'une heure, une collation contenant 15 g de glucides et un peu de protéines.

À quoi ressemblent 15 grammes

15 grammes, c'est

- 4 comprimés de glucose
- 15 mL (3 c. à thé) de sucre dans de l'eau, ou 3 sachets
- 5 cubes de sucre
- 150 mL de jus ou de boisson gazeuse ordinaire
- 6 Life Savers
- 15 mL (1 c. à soupe) de miel

En pratique, bien des gens ont besoin de plus de 15 g : une étude canadienne a relevé une moyenne de 32 g. Commencez par 15 g, vérifiez de nouveau, et déterminez votre propre quantité avec votre équipe de soins en diabète.

Ce qui ne fonctionne pas

Ne fonctionne pas

- Chocolat, biscuits, gâteau : le gras ralentit le sucre
- Le lait, pour la même raison
- Les boissons diète ou zéro : elles ne contiennent aucun sucre
- Le gel de glucose est lent; les comprimés sont plus efficaces

L'erreur de la boisson diète est la plus classique autour de la table familiale, où les deux canettes se côtoient dans le même frigo et se ressemblent en tous points. Si vous gardez des boissons gazeuses à la maison pour traiter les hypoglycémies, rangez-les bien à part des versions diète.

Si la personne ne peut pas avaler

On ne donne rien par la bouche à une personne inconsciente, qui fait une convulsion ou qui ne peut pas avaler sans danger. C'est à ce moment qu'on utilise le glucagon et qu'on appelle le 911. Voir [le glucagon](#).

Pour l'entourage

Le sucre d'abord, les questions ensuite. Toujours. Si une personne vivant avec le diabète de type 1 semble confuse, irritable ou étrangement silencieuse, le geste le plus bienveillant est de lui offrir tout de suite du jus, des comprimés de glucose ou une boisson gazeuse ordinaire, et de poser les questions après. Ce que la famille, les amis et les collègues doivent savoir se trouve dans [la section Entourage](#).

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique

Quand la personne ne peut pas avaler : le glucagon

Glucagon nasal de 3 mg ou injectable de 1 mg pour une hypoglycémie grave, puis le 911. Cette page s'adresse à tout l'entourage.

Le glucagon est le traitement de l'hypoglycémie grave, quand la personne ne peut pas avaler sans danger, a perdu connaissance ou fait une convulsion. La personne vivant avec le diabète ne se l'administre jamais elle-même : par définition, elle n'en est pas capable. Cette page s'adresse donc à tout le monde autour d'elle : conjoint ou conjointe, parents, colocataires, collègues, entraîneurs et entraîneuses.

Les deux formes

Le glucagon nasal, 3 mg. Une pulvérisation dans une narine. Pas d'aiguille, pas de mélange, et il agit même si la personne est inconsciente : elle n'a pas besoin de l'inspirer.

Le glucagon injectable, 1 mg. Dans la cuisse, à travers les vêtements s'il le faut. Les stylos plus récents sont prêts à l'emploi.

Quelle que soit la forme que la personne a sur elle, lisez-en le mode d'emploi à l'avance, pas pendant l'urgence.

Quoi faire

Hypoglycémie grave : la personne ne peut pas avaler, a perdu connaissance ou fait une convulsion

1. Donnez le glucagon : 3 mg par voie nasale dans une narine, ou 1 mg injectable dans la cuisse.
2. Appelez le 911. Dites les mots « la personne a le diabète de type 1 ».
3. Tournez-la sur le côté : les vomissements sont fréquents après.
4. Ne mettez jamais rien dans la bouche d'une personne inconsciente.
5. Restez avec elle jusqu'à ce qu'elle soit bien réveillée et qu'elle ait mangé.

Appelez le 911 chaque fois qu'on utilise le glucagon.

Après avoir bu, il fonctionne moins bien

Après de l'alcool, appelez l'ambulance

Le glucagon agit en demandant au foie de libérer du glucose, et l'alcool empêche le foie de le faire. Au-delà d'un verre ou deux, appelez l'ambulance plutôt que d'attendre de voir si le glucagon fonctionne.

Où est-il, en ce moment?

Toute personne sous insuline devrait avoir du glucagon, non périmé, rangé à un endroit où son entourage peut vraiment le trouver.

Posez-vous donc la question maintenant : savez-vous où il est? La réponse honnête est souvent non, et c'est justement le but de la question. Vérifiez la date de péremption, convenez de l'endroit où il sera rangé, et montrez-le aux personnes avec qui vous passez le plus de temps.

La dose et le produit qui conviennent à une personne en particulier, y compris aux enfants, relèvent de son équipe de soins en diabète et de son pharmacien ou sa pharmacienne.

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique

L'acidocétose diabétique (ACD) : l'urgence lente

L'ACD s'installe en quelques heures et demande l'hôpital. Ses signes, quand y aller tout de suite, et comment la prévenir.

L'acidocétose diabétique (ACD) est l'urgence lente. Elle s'installe en quelques heures plutôt qu'en quelques minutes, elle ne se règle pas toute seule, et elle demande l'hôpital. Cette page présente ses causes, ses signes, et le moment exact où il faut cesser d'attendre et aller à l'urgence.

De quoi il s'agit

Quand il n'y a pas assez d'insuline qui agit, les cétones s'accumulent et le sang devient acide. Les causes habituelles :

- **une dose d'insuline oubliée**
- **une maladie**, qui augmente les besoins en insuline même quand on ne mange pas
- **une panne de pompe** : sans insuline à action prolongée en arrière-plan, les cétones peuvent grimper vite

Les signes

- maux de ventre
- vomissements
- haleine sucrée
- respiration rapide et profonde
- soif
- somnolence

Pourquoi on y accorde autant d'attention

Dans les données nationales écossaises sur le diabète de type 1, la plus grande part des années de vie perdues avant 50 ans venait de **l'ACD et du coma diabétique**, et non des yeux, des reins ou des nerfs.

L'ACD est aiguë, rapide et évitable. C'est le délai qui la rend dangereuse. Les règles des jours de maladie et les bandelettes de cétones sont donc la partie de l'éducation sur le diabète qui sauve le plus d'années de vie, et celle qu'on saute le plus souvent. La plupart des documents destinés aux patients consacrent une note de bas de page à l'ACD et un chapitre entier aux maladies des yeux; chez les jeunes, les données disent de faire l'inverse.

Quand aller à l'urgence

Allez à l'urgence tout de suite si

- les cétones sont modérées ou élevées
- les vomissements durent depuis plus d'une ou deux heures
- rien ne reste dans l'estomac
- la glycémie reste élevée malgré les corrections
- la respiration est rapide et profonde, ou l'haleine sent sucré
- la personne est somnolente ou difficile à réveiller

Appelez le 911 si la personne

- a des cétones et vomit
- est inconsciente, fait une convulsion ou ne se réveille pas

Personne ne s'est jamais fait reprocher d'être arrivé à l'urgence avec des cétones. Dans le doute, y aller est la bonne décision.

La prévention

Trois habitudes sont au cœur de la prévention :

1. **Ne jamais arrêter l'insuline à action prolongée**, même quand on est trop malade pour manger.
2. **Mesurer les cétones quand on est malade**, peu importe ce que dit la glycémie, et garder à la maison des bandelettes de cétones non périmées.
3. **Avoir un plan écrit pour les jours de maladie**, préparé avec votre équipe de soins en diabète avant d'en avoir besoin.

Tous les détails se trouvent à la page [jours de maladie](#). Certains médicaments peuvent aussi déclencher une ACD même avec une glycémie normale; la [section Médicaments](#) en parle.

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique, chapitre 15 · Livingstone et al., données nationales écossaises sur le type 1

Jours de maladie : l'insuline ne s'arrête pas

La maladie augmente les besoins en insuline même sans manger. Ce qui continue, ce qu'on suspend habituellement, et la trousse à préparer d'avance.

Être malade quand on vit avec le diabète de type 1 (un rhume, la grippe, une gastro, une infection) change les règles. Cette page explique pourquoi l'insuline continue quand on ne mange plus, ce qu'il faut continuer de faire, quels médicaments on suspend habituellement et ce qu'il faut préparer avant d'en avoir besoin.

Pourquoi l'insuline ne s'arrête pas

La maladie augmente vos besoins en insuline, même quand vous ne mangez rien du tout. Arrêter l'insuline parce qu'on ne mange pas est la voie la plus courante vers [l'acidocétose](#).

Ce qui continue

- Votre insuline à action prolongée, toujours
- Des glycémies toutes les deux à quatre heures, la nuit aussi
- La mesure des cétones, peu importe ce que dit la glycémie
- Des liquides, bus à petites gorgées régulières

Ce qu'on suspend habituellement

Quand vous êtes déshydraté ou déshydratée, certains médicaments sont habituellement suspendus, parce qu'ils sollicitent les reins quand le corps manque d'eau :

- les inhibiteurs du SGLT2
- les IECA et les ARA
- les diurétiques
- la metformine
- les anti-inflammatoires comme l'ibuprofène

Votre liste dépend de ce que vous prenez. Demandez à votre pharmacien ou pharmacienne votre liste personnelle de médicaments à suspendre, sur papier, avant d'être assez malade pour en avoir besoin, et n'arrêtez ou ne reprenez rien sans cette liste ou l'avis de votre équipe.

Des glucides sous forme liquide

Si les aliments solides ne restent pas dans l'estomac, les glucides peuvent venir :

- d'une boisson gazeuse ordinaire
- de jus
- d'une boisson pour sportifs
- de popsicles
- de thé sucré

Ajoutez quelque chose de salé : du bouillon ou une solution de réhydratation.

La trousse, prête d'avance

La trousse des jours de maladie

Des bandelettes de cétones non périmées, du sucre rapide, des boissons sucrées et salées, un thermomètre, le numéro de votre équipe en dehors des heures d'ouverture, et un plan écrit. Malade, on juge mal : préparez-vous pendant que vous allez bien.

Le plan écrit est important parce que la personne qui le lira sera peut-être un parent, un conjoint ou une conjointe, pendant que la personne atteinte est trop mal en point pour réfléchir. Demandez-en un à votre équipe de soins en diabète, et rangez-le dans la trousse.

Une panne de pompe est un jour de maladie en soi

Avec une pompe, il n'y a pas de réserve d'insuline à action prolongée en arrière-plan. Si la pompe cesse de fonctionner, les cétones grimpent vite. Traitez une panne de pompe avec la même urgence qu'une maladie, et suivez le plan de votre équipe pour passer aux injections.

Quand aller à l'urgence

Allez à l'urgence tout de suite si

- les cétones sont modérées ou élevées
- les vomissements durent depuis plus d'une ou deux heures
- rien ne reste dans l'estomac
- la glycémie reste élevée malgré les corrections
- la respiration est rapide et profonde, ou l'haleine sent sucré
- la personne est somnolente ou difficile à réveiller

Appelez le 911 si la personne est inconsciente, fait une convulsion, ou a des cétones et vomit. Personne ne s'est jamais fait reprocher d'être arrivé à l'urgence avec des cétones.

Plus d'information sur les listes de médicaments à suspendre et les médicaments qui influencent la glycémie dans [la section Médicaments](#).

Sources : Recommandations canadiennes sur les médicaments en période de maladie · Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique

Votre entourage

Ce que la famille, les amis, les collègues, les entraîneurs et les hôtes doivent savoir sur le type 1 : aider en cas d'urgence, et quoi éviter de dire.

Le diabète de type 1 est géré par une seule personne, mais il se vit avec bien d'autres : conjoints et conjointes, parents, frères et sœurs, colocataires, amis, collègues, entraîneurs, enseignants et hôtes. Ce que ces personnes savent, et ce qu'elles disent, change vraiment les choses, tant pour la sécurité que pour le poids du travail quotidien.

Cette section s'adresse à elles, et à la personne vivant avec le diabète de type 1 qui veut avoir quelque chose à leur montrer. On y explique pourquoi une A1C n'est pas un bulletin de notes sur l'effort, ce que tout l'entourage devrait savoir pour repérer et traiter une hypoglycémie, les phrases qui blessent et quoi dire à la place, le poids émotionnel de la détresse liée au diabète, et un court guide pour les entraîneurs, le personnel enseignant et les hôtes.

Un plan que personne d'autre ne connaît n'est pas un plan. Si vous vivez avec le diabète de type 1, pensez à montrer les pages sur les urgences à deux personnes qui sont souvent avec vous : conjoint ou conjointe, colocataire, frère ou sœur, collègue.

Sources : Diabète Canada, Language Matters · dStigmatize

Ce que votre entourage doit vraiment savoir

Repérer une hypoglycémie, la corriger et savoir quand appeler le 911. Deux minutes de lecture pour les proches, colocataires et collègues.

Si une personne avec qui vous vivez, travaillez ou passez du temps a le diabète de type 1, cette page est pour vous. Elle se lit en deux minutes environ, et elle porte sur la situation où ce que vous faites sur le moment compte le plus : l'hypoglycémie.

Pas besoin de comprendre les doses d'insuline ni le calcul des glucides. Vous devez savoir trois choses : repérer une hypoglycémie, la corriger, et savoir quand appeler le 911.

La repérer

Une hypoglycémie peut s'installer en quelques minutes. Soyez attentif ou attentive à une personne qui :

- est confuse ou a l'élocution pâteuse
- tremble, transpire, est pâle
- devient soudainement fâchée ou bizarre
- est somnolente, difficile à réveiller

- est maladroite, ou devient silencieuse

Ces signes se confondent facilement avec de la fatigue, de la mauvaise humeur ou quelques verres de trop. Vues de l'extérieur, l'ivresse et l'hypoglycémie se ressemblent en tous points : ne tenez donc pas pour acquis que la personne a seulement besoin de dormir.

La corriger

Si la personne peut avaler

Donnez-lui du sucre tout de suite : du jus, des comprimés de glucose, une boisson gazeuse ordinaire (pas diète). Attendez, puis donnez-lui un vrai repas.

Le sucre d'abord, les questions ensuite. Toujours.

Les boissons diète ou zéro ne font rien contre une hypoglycémie; le chocolat et le lait non plus, parce qu'ils sont trop lents. La méthode complète se trouve à la page [traiter une hypoglycémie](#).

Appeler le 911

Appelez le 911 si la personne

- ne peut pas avaler
- perd connaissance
- fait une convulsion
- n'arrête pas de vomir

Dites les mots « la personne a le diabète de type 1 ». Tournez-la sur le côté. Rien dans la bouche.

Si elle a du glucagon et que vous savez l'utiliser, donnez-le : voir [le glucagon](#). Les ambulanciers ne sont pas la police; personne n'est accusé pour avoir appelé une ambulance.

Bon à savoir aussi

- **Où se trouve le sucre rapide** : dans son sac, son bureau, l'auto, le frigo.
- **Où se trouve le glucagon**, et s'il est encore bon.
- **Qu'un repas retardé est un vrai problème**. Si la personne a déjà pris son insuline et que le repas est repoussé d'une heure, l'insuline agit sans que la nourriture arrive. C'est une hypoglycémie en

préparation, pas un petit inconvénient. Annoncez une heure de repas réaliste, et prévenez si elle change.

- **L'autre urgence.** Vomissements, maux de ventre, respiration rapide et profonde ou haleine sucrée peuvent être des signes d'acidocétose, qui demande l'hôpital.

Faites passer le message

Un plan que personne d'autre ne connaît n'est pas un plan. Si vous vivez avec le diabète de type 1, montrez cette page à deux personnes qui sont souvent avec vous : conjoint ou conjointe, colocataire, frère ou sœur, collègue. Et si vous êtes l'une de ces personnes, merci de l'avoir lue.

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique

Pas un bulletin : les mots qui aident et ceux qui blessent

Une A1C n'est pas un verdict sur l'effort. Les phrases qui font du tort, quoi dire à la place, et pourquoi le jugement est un problème de sécurité.

Ce qu'on dit du diabète, à table, au travail ou à la clinique, influence la sécurité avec laquelle une personne peut vivre avec lui. Cette page explique pourquoi un chiffre n'est pas une note, quelles phrases les recommandations publiées conseillent d'éviter, et quoi dire à la place.

Une A1C n'est pas un bulletin sur les efforts fournis

Une A1C est le résultat combiné de bien des choses : la biologie, l'accès à la technologie, les assurances, la sécurité alimentaire, la santé mentale, la qualité de l'enseignement reçu, le fait que les mots du clinicien ou de la clinicienne aient donné envie de revenir, et l'effort. L'effort n'est qu'un facteur parmi d'autres.

C'est aussi le seul qu'on reproche aux gens. Et le blâme aggrave tous les autres facteurs : les personnes qui subissent de la stigmatisation ont une A1C plus élevée, une glycémie plus variable, et sont **moins susceptibles de revenir pour leur suivi médical**.

La honte n'est pas un outil de motivation qui échoue par hasard. C'est un facteur de risque.

En famille, c'est la phrase que la personne vivant avec le diabète a le plus besoin que les autres entendent.

Les phrases qui font du tort

Cette liste n'est pas une opinion : elle vient de recommandations publiées sur le langage entourant le diabète. Si vous reconnaissez quelque chose que vous avez déjà dit, vous êtes en très nombreuse compagnie; ce qui compte, c'est la suite, pas le blâme.

Jamais

- « Tu vas devenir aveugle, perdre un pied, finir en dialyse »
- « Ma grand-mère avait le diabète, et elle... »
- « Ton sucre est-il *bon* aujourd'hui? »
- « Devrais-tu manger ça? »
- « As-tu le droit de manger ça? »
- « Il te faut juste plus de discipline »

À la place

- « Comment ça va, avec ton diabète? »
- « Qu'est-ce qui t'aiderait vraiment, là? »
- « Ça a l'air de demander beaucoup de travail. »
- « Parle-moi un peu plus de ce qui t'inquiète. »
- Ou rien du tout au sujet du chiffre à l'écran.

Pourquoi c'est important

Le jugement pousse à cacher. Les gens déclarent moins les glycémies pour lesquelles ils s'attendent à être jugés, et des chiffres cachés sont un problème de sécurité, pas seulement un problème d'émotions.

Les personnes vivant avec le diabète savent clairement quels mots elles préfèrent. Selon les sondages, 96 % d'entre elles rejettent le mot « souffrant » et 83 % rejettent « bonne » et « mauvaise » pour parler de la glycémie. C'est pourquoi ce site parle de glycémie dans la cible ou hors de la cible, et donne les vrais chiffres.

Quelques remplacements

- « Un diabétique » → « une personne vivant avec le diabète » ou « une personne vivant avec le diabète de type 1 »
- Une « bonne » ou « mauvaise » glycémie → « dans la cible », « élevée », « basse », ou le chiffre lui-même
- « Contrôler » → « gérer »

- « Observant » ou « non observant » → décrire ce qui se passe réellement, sans verdict

La version alimentaire de tout ça, « As-tu le droit de manger ça? », fait l'objet de conseils pour les hôtes à la page [Pour les entraîneurs, le personnel enseignant et les hôtes](#).

Sources : dStigmatize · ADA 2017 · Diabète Canada, Language Matters · Diabetes Australia

Détresse liée au diabète, épuisement et troubles alimentaires

Le poids émotionnel du type 1 est courant, normal et traitable. À quoi ressemblent la détresse et l'épuisement, et un risque à nommer avec délicatesse.

Certaines des parties les plus difficiles du diabète de type 1 n'ont rien à voir avec la glycémie. Cette page parle du poids émotionnel de la gestion quotidienne : à quel point il est courant, sur quoi il porte surtout, et un risque précis qu'il vaut la peine de nommer. Elle s'adresse aux personnes vivant avec le diabète de type 1 et à celles qui tiennent à elles.

La détresse liée au diabète est courante

1 sur 4

, et jusqu'à **2 sur 5** adultes vivant avec le diabète de type 1 rapportent une détresse élevée liée au diabète

La détresse liée au diabète, c'est le poids émotionnel d'une gestion quotidienne qui ne lâche jamais. La littérature la décrit comme une réaction attendue au fait de vivre avec le type 1, et non comme un trouble de santé mentale. Si vous la ressentez, ce n'est pas que quelque chose cloche chez vous : vous réagissez normalement à un travail exigeant, sans aucun congé.

Sur quoi elle porte surtout

La source de détresse la plus souvent rapportée, c'est l'inquiétude face à l'avenir et aux complications. La peur est déjà là; personne n'a besoin d'en rajouter. C'est l'une des raisons pour lesquelles des avertissements comme « tu vas devenir aveugle » font plus de mal que de bien (voir [les mots qui aident](#)).

L'épuisement est bien réel, lui aussi

L'épuisement lié au diabète, c'est la fatigue et le détachement face à tout ça. La dépression est aussi environ trois fois plus fréquente chez les personnes vivant avec le type 1 que dans la population générale.

Ni l'un ni l'autre n'est un défaut de caractère, ni un verdict sur l'effort. Les deux méritent d'être mentionnés à votre équipe de soins en diabète.

Un risque précis à nommer

Réduire l'insuline pour influencer son poids

Environ le quart des personnes sous insuline ont un dépistage positif pour des troubles alimentaires, et environ une sur cinq dit réduire son insuline, souvent pour influencer son poids. Cette pratique abîme les yeux et les reins plus rapidement que d'autres comportements de contrôle du poids. Elle est courante, elle se traite, et il n'y a pas de honte à avoir.

On la nomme ici pour que toute personne qui s'y reconnaît sache deux choses : elle est loin d'être seule, et ça se traite.

Le réflexe de restreindre la nourriture part généralement d'une bonne intention. Priver de nourriture pour corriger une hyperglycémie est inefficace et constitue un pas vers les troubles alimentaires. C'est pourquoi les conseils pour les fêtes d'enfants disent : après la fête, ne privez pas l'enfant de nourriture. Plus de détails dans [la section Alimentation](#).

Quoi en faire

Tout cela mérite d'être abordé avec votre équipe de soins en diabète, comme vous le feriez pour un résultat de prise de sang. La détresse et l'épuisement se traitent, et on les passe souvent sous silence.

Si vous vivez avec le diabète de type 1 : vous pouvez le dire simplement à votre prochain rendez-vous. « C'est lourd, en ce moment » suffit pour ouvrir la conversation.

Si vous êtes un proche : abordez le sujet avec délicatesse. Si quelqu'un se reconnaît dans cette page, la prochaine étape est de consulter un clinicien ou une clinicienne. Offrez votre aide pour trouver cette personne plutôt que d'insister pour avoir des détails. Une question comme « Qu'est-ce qui t'aiderait vraiment, là? » en fait plus que des conseils.

Pour les lignes d'écoute, y compris le soutien aux moins de 30 ans, voir [où trouver de l'aide](#).

Pour les entraîneurs, le personnel enseignant et les hôtes

Un court aide-mémoire pour quiconque entraîne, enseigne, reçoit ou sort avec une personne vivant avec le type 1, avec des liens vers les pages complètes.

Les entraîneurs, le personnel enseignant, les hôtes et les amis sont souvent les adultes présents quand quelque chose arrive, et souvent les derniers à qui l'on explique quoi faire. Cette page est un court aide-mémoire pour chacun de ces rôles. Tous les détails se trouvent dans les sections Alimentation, Activité physique et Drogues et alcool, dont les liens suivent.

Toutes ces personnes ont d'abord besoin des notions de base : repérer une hypoglycémie, la corriger et savoir quand appeler le 911. C'est expliqué à la page [ce que votre entourage doit vraiment savoir](#).

Entraîneurs, personnel enseignant et partenaires d'entraînement

Le type 1 n'est **pas** une raison de retirer un enfant du cours d'éducation physique, de l'entraînement ou d'une compétition, et toutes les lignes directrices le disent explicitement. Un ou une athlète qui vient de recevoir son diagnostic a besoin d'aide pour reprendre l'entraînement normal le plus tôt possible, pas d'une saison de congé.

Ce qu'il vous faut :

- un plan écrit de son équipe soignante, qui vous a été remis
- du glucose rapide sur le bord du terrain : comprimés, gel, boisson pour sportifs
- un moyen de vérifier la glycémie, et la permission de faire une pause pour le faire
- la personne à joindre en cas d'urgence
- savoir que la personne pourrait ne pas sentir venir une hypoglycémie

Chez un enfant, les signes d'une hypoglycémie sont plus difficiles à lire et faciles à confondre avec l'effort ou la mauvaise humeur. Une pause pour vérifier, ce n'est pas un joueur qui fait des caprices. Le sucre d'abord, les questions ensuite.

Si vous entraînez ou enseignez à une personne vivant avec le type 1, demandez-vous si on vous a réellement remis son plan écrit. Souvent, la réponse est non. Les conseils complets se trouvent à la page [Ce que les entraîneurs doivent savoir](#) de la section Activité physique.

Recevoir à souper

Vraiment utile

- Dire à l'avance ce que vous servirez
- Garder l'emballage ou la recette
- Servir à l'heure annoncée
- Avoir du jus ou une boisson gazeuse ordinaire (pas diète) à la maison
- Signaler si quelque chose est étonnamment sucré

Moins utile : préparer un « repas diabétique » à part, insister pour une deuxième portion (c'est une deuxième dose, pas seulement plus de nourriture), demander « As-tu le droit de manger ça? », acheter des versions sans sucre par gentillesse, ou annoncer à toute la tablée pourquoi le menu a changé.

Le point le plus important, c'est l'heure. Bien des gens s'injectent leur insuline de 15 à 20 minutes avant de manger. Si le souper est repoussé d'une heure, l'insuline agit déjà et la nourriture n'est pas là. Annoncez une heure réaliste, prévenez si elle change, et ne vous vexez pas si votre invité ou invitée mange un petit pain en attendant. Un tableau de la valeur nutritive vaut mieux que n'importe quelle parole rassurante.

Organiser une fête d'enfants

La solution n'est jamais que l'enfant reste à la maison; c'est de planifier un peu et d'accepter que ce ne sera pas parfait. Dites à la famille quels aliments seront servis et vers quelle heure, et placez les jeux où l'on court après le repas plutôt qu'avant. Le gâteau et le sac-surprise : c'est oui, dans les deux cas.

Après la fête, ne privez pas l'enfant de nourriture

Si l'enfant a une glycémie élevée en soirée, c'est l'insuline qui règle ça, pas le fait de sauter le souper. Priver de nourriture pour corriger une hyperglycémie est inefficace et constitue un pas vers les troubles alimentaires.

Les deux guides pour recevoir sont présentés en entier à la page [Recevoir à souper et fêtes d'enfants](#) de la section Alimentation.

Entre amis, lors d'une sortie

Les trois mêmes étapes s'appliquent (la repérer, la corriger avec du sucre si la personne peut avaler, appeler le 911 si elle ne le peut pas), avec un ajout : l'ivresse, l'effet d'une drogue et une hypoglycémie peuvent se ressembler de l'extérieur, alors ne laissez pas la personne simplement « cuver ». Les

ambulanciers ne sont pas la police; personne n'est accusé pour avoir appelé une ambulance. Plus de détails à la page [Ce que vos amis devraient savoir](#) de la section Drogues et alcool.

Sources : ISPAD 2022, sections 10 et 11 · Riddell et al. 2017 · Breakthrough T1D, conseils pour les fêtes

Aide et ressources

Les numéros québécois et canadiens à coller sur le frigo, qui appeler et dans quel ordre, et quoi faire ensuite.

Cette section rassemble en un seul endroit toutes les lignes d'aide et les ressources mentionnées sur le site : numéros d'urgence, Info-Santé, Diabète Canada et Diabète Québec, centres antipoison, lignes sur la consommation et lignes pour les jeunes. On y trouve aussi les membres de votre propre équipe de soins, souvent les meilleures personnes à appeler en premier.

Elle explique également quoi faire de tout ce que vous avez lu : trois gestes concrets à poser cette semaine, et où aller pour en savoir plus.

Appelez le 911 si

- une personne est inconsciente, fait une convulsion ou ne se réveille pas
- il y a des cétones et des vomissements

Tout ce qui se trouve sur ce site est de l'information générale. Vos doses, vos ratios, vos facteurs de correction et vos cibles vous appartiennent : ils viennent de votre équipe de soins en diabète, et si ses consignes diffèrent de ce que vous lisez ici, ce sont les siennes qui priment. Votre équipe connaît vos doses, vos reins et votre histoire.

Sources : Diabète Canada · Diabète Québec · Santé Canada

Les numéros à coller sur le frigo

Toutes les lignes d'aide québécoises et canadiennes du site : 911, Info-Santé 811, Diabète Canada, centres antipoison, consommation et jeunes.

Cette page regroupe toutes les lignes d'aide et les ressources mentionnées sur ce site, classées selon le besoin. Notez les plus importantes, sur papier, sur le frigo. La personne qui en aura besoin n'est peut-être pas celle dont le téléphone est déverrouillé.

Urgence

911

Appelez le 911 si une personne vivant avec le diabète de type 1 :

- est inconsciente ou ne se réveille pas
- fait une convulsion
- vomit et a des cétones

Le 911 fonctionne partout en Amérique du Nord : au Canada, aux États-Unis et au Mexique.

Conseils santé, jour et nuit

Info-Santé (Québec) : 811. Une infirmière ou un infirmier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, gratuitement.

Votre propre équipe de soins

Souvent, les appels les plus utiles sont ceux aux personnes qui vous connaissent déjà.

- **Votre pharmacie.** Pour tout nouveau médicament, tout produit en vente libre et votre liste de médicaments à suspendre les jours de maladie. Sans rendez-vous. Votre pharmacien ou pharmacienne voit toutes les ordonnances de tous les médecins : utilisez donc une seule pharmacie et dites « type 1 » chaque fois.
- **Votre équipe de soins en diabète.** Avant le début d'un traitement aux corticostéroïdes, quand les doses doivent changer, et pour votre plan écrit des jours de maladie. Gardez son numéro en dehors des heures d'ouverture avec les autres numéros de cette page.
- **Une ou un diététiste-nutritionniste.** Le rendez-vous le plus précieux après le diagnostic. Bien des personnes nouvellement diagnostiquées ne sont jamais dirigées vers une ou un diététiste et ne savent pas qu'elles peuvent le demander. Demandez une référence à votre équipe si personne ne vous l'a offert.

Votre équipe de soins en diabète a tout entendu, à tous les âges, y compris au sujet de l'alcool et des drogues. Son rôle n'est pas de vous juger, mais de garder votre glycémie en sécurité, peu importe ce que vous faites réellement.

Organismes en diabète

- **Diabète Canada :** 1-800-BANTING (1-800-226-8464)
- **Diabète Québec :** diabete.qc.ca, des guides sur le calcul des glucides et des outils pratiques en français

Centres antipoison : vous en avez pris trop?

- Québec : 1-800-463-5060
- Ailleurs au Canada : 1-844-764-7669
- États-Unis : 1-800-222-1222

Les centres antipoison répondent aussi aux appels sur les doses récréatives. Ce n'est pas la police, et on vous dira si la situation demande d'aller à l'urgence.

Alcool, drogues, tabac et vapotage

Au Canada, pour tous les âges, sauf indication contraire :

- **Drogue : aide et référence** (Québec) : 1-800-265-2626, 24/7, service bilingue
- **NORS, vous consommez seul ou seule?** 1-888-688-6677. On reste au téléphone avec vous, partout au Canada, à tout âge.
- **Arrêter de fumer ou de vapoter** : 1-866-527-7383 (Québec) · 1-866-366-3667 (partout au Canada)
- **SAMHSA (États-Unis)** : 1-800-662-4357, 24/7, gratuit, en anglais et en espagnol

Le NORS et les centres antipoison sont les deux ressources les moins utilisées de cette liste. Ni l'un ni les autres ne sont la police.

Les jeunes

Moins de 30 ans : Jeunesse, J'écoute, au 1-800-668-6868, ou textez PARLER au 686868, 24/7. Le service est offert en français (Kids Help Phone en anglais).

Avant de fermer cette page

Inscrivez le 911, le 811, le numéro de votre équipe en dehors des heures d'ouverture et celui de votre pharmacie sur papier, là où votre entourage pourra les trouver. À côté du glucagon, c'est un bon endroit.

Sources : Diabète Canada · Diabète Québec · Santé Canada

Et maintenant?

Trois gestes à poser cette semaine, les sections à explorer pour aller plus loin, et ce que les données ont de plus encourageant à dire.

Lire sur le diabète de type 1, c'est la partie facile. Cette page transforme tout ça en une courte liste d'actions, vous oriente vers la section qui correspond à votre situation, et se termine sur ce que les données ont de plus encourageant à dire.

Trois gestes à poser cette semaine

1. **Prendre un rendez-vous.** Yeux, reins ou pieds : celui des dépistages qui est en retard. Ce seul geste vaut plus que tout le reste de cette page. Le calendrier se trouve à la page [le long terme](#).
2. **Demander à votre équipe un plan écrit pour les jours de maladie.** Malade, on juge mal, et la personne qui lira le plan sera peut-être un parent, un conjoint ou une conjointe. Voir [les jours de maladie](#).
3. **Montrer les pages sur les urgences à deux personnes qui sont souvent avec vous.** Un plan que personne d'autre ne connaît n'est pas un plan. Commencez par [ce que votre entourage doit vraiment savoir](#).

Deux autres, quand vous serez prêt ou prête :

- **Poser des questions sur les quatre autres leviers** : pression artérielle, cholestérol, protection des reins et tabac. La plupart des personnes vivant avec le diabète de type 1 n'ont jamais été guidées à travers ces leviers.
- **Le dire, si c'est lourd.** La détresse et l'épuisement se traitent, et on les passe souvent sous silence. Parlez-en comme vous le feriez d'un résultat de prise de sang. Voir [la détresse liée au diabète](#).

Pour aller plus loin

Cinq sections vont plus loin que les survols. Chacune s'adresse aux personnes vivant avec le diabète de type 1 et à leur entourage, et chacune présente ses propres sources. Inutile de tout lire : choisissez celle qui correspond à votre situation.

- **[Alimentation](#)** : les groupes d'aliments selon leur vitesse, la hausse tardive, le moment de l'insuline, l'index glycémique, les fibres, les étiquettes canadiennes, la maladie coéliqua, recevoir à souper et les fêtes d'enfants.
- **[Activité physique](#)** : pourquoi l'exercice agit dans les deux sens, la glycémie de départ, la réduction de l'insuline, les glucides pendant l'effort, le risque qui se prolonge la nuit, la nervosité de compétition, l'équipement et ce que les entraîneurs doivent savoir.
- **[Médicaments](#)** : corticostéroïdes, bêtabloquants, inhibiteurs du SGLT2 et ACD avec une glycémie normale, listes de médicaments à suspendre les jours de maladie, interférences avec les capteurs, glucagon.
- **[Drogues et alcool](#)** : nicotine, cannabis, alcool, stimulants, MDMA et psychédéliques. De la réduction des méfaits, pas une leçon de morale. Plus les numéros utiles en voyage.
- **[Complications](#)** : toutes les données du DCCT et de l'EDIC, chaque complication expliquée simplement, l'ampleur de la baisse des taux, le dépistage, et pourquoi les résultats ne sont pas un

verdict sur l'effort.

Si vous transmettez ces informations à quelqu'un, partagez le lien plutôt qu'une capture d'écran : les sources suivent avec.

Votre équipe passe en premier

Tout ce qui se trouve sur ce site est de l'information générale, pas un avis médical. Vos doses, vos ratios, vos facteurs de correction et vos cibles viennent de votre équipe de soins en diabète, et si ses consignes diffèrent de ce que vous lisez ici, ce sont les siennes qui priment. Chaque chiffre sur ce site est un point de départ publié, pas votre dose. Apportez à votre équipe les tendances que vous remarquez : c'est une conversation qu'elle a tout le temps, et elle se passe beaucoup mieux avec des données qu'avec des suppositions.

Le dernier mot revient aux données

Deux points de pourcentage d'A1C, maintenus pendant six ans dans les années 1980, prévenaient encore des crises cardiaques et des décès trente ans plus tard. Presque rien d'autre en médecine ne rapporte autant.

Et les outils dont vous disposez aujourd'hui, les capteurs et les insulines modernes, sont bien meilleurs que ceux qui l'ont démontré.

Ce n'est pas une promesse sur l'avenir d'une personne en particulier. C'est la raison pour laquelle le travail quotidien en vaut la peine, et pour laquelle une période difficile n'est pas une condamnation à vie.

Sources : Diabète Canada, Lignes directrices de pratique clinique · DCCT/EDIC · ISPAD 2022 · Riddell et al. 2017 · ADA Standards of Care · Battelino et al. 2019 · Rawshani et al. 2022 · Diabète Québec · Santé Canada · NDSS

L'éducation sur le diabète de type 1 de KRKT (KRKT:T1DE), de la Bibliothèque KRKT.

De l'éducation, pas un avis médical. Chaque dose, ratio et cible se décide avec votre équipe de soins en diabète.