



Guide pratique pour la gestion du diabète de type 1 chez l'adulte

Vous avez reçu un diagnostic
de diabète de type 1 ou LADA ?
Voici des réponses
à vos questions.

ISBN: 978-2-9819935-4-0 (version imprimée)

ISBN: 978-2-9819935-5-7 (PDF)

© Diabète Québec, 2023

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Conception :

Équipe des professionnelles de la santé de Diabète Québec

Montage et graphisme :

Maison 1608 par Solisco

maison1608.com

Diabète Québec

514 259-3422 | 1 800 361-3504

diabete.qc.ca

Le saviez-vous ?

Les cas de diabète de type 1 sont en constante croissance. Il y aurait actuellement 8,8¹ millions de personnes vivant avec cette maladie dans le monde. Autrefois, on l'appelait « le diabète juvénile. » Toutefois, on observe que l'âge du diagnostic de la maladie augmente au fil des ans. Plus de 50%² des personnes vivant avec le diabète de type 1 ont reçu leur diagnostic après l'âge de 18 ans.

À l'annonce de ce diagnostic, le choc et l'imposante quantité d'information sont tels qu'il peut être difficile de s'ajuster.

Les professionnelles de la santé de Diabète Québec ont donc créé ce guide pratique afin d'aider les personnes vivant avec le diabète de type 1 ou le diabète LADA*, particulièrement à l'annonce de leur diagnostic. Ce guide contient de l'information de base pertinente sur plusieurs aspects du diabète de type 1 qui, nous l'espérons, vous permettra de discuter de manière éclairée avec l'équipe traitante qui assurera votre suivi afin de mieux gérer votre diabète.

A blue ink signature, likely of Sylvie Lauzon, written in a cursive style.

Sylvie Lauzon, PDG de Diabète Québec

**Afin de simplifier le texte, les auteures font principalement référence au diabète de type 1. Sachez cependant que si vous vivez avec le diabète LADA, ce guide s'applique aussi à votre situation.*

Diabète Québec tient à remercier Cindye Audet et Mario La Rochelle pour leur précieuse collaboration dans l'élaboration de ce guide. Nous remercions également les professionnel(le)s consulté(e)s :

Steve Chalifoux

Infirmier clinicien pivot en diabète,
Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Isabelle Breton

Infirmière clinicienne,
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Dora Marcario

Infirmière clinicienne, Centre de jour
du diabète, Hôpital Santa Cabrini

Hélène Désorcy

Nutritionniste, Centre de jour
du diabète, Hôpital Santa Cabrini

Cloé Paradis

Nutritionniste,
Éducatrice agréée en diabète,
Clinique de diabète spécialisée,
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Zosia Anders

Travailleuse sociale,
Service de psychiatrie médicale,
CHUM

Andréanne Fortin

Nutritionniste, Éducatrice agréée
en diabète, Institut de recherches
cliniques de Montréal

Annie Castonguay

Infirmière clinicienne,
Centre régional du diabète de Laval

Carinne Duhaime

Infirmière clinicienne, Centre
d'expertise en gestion des maladies
chroniques de l'Outaouais,
CISSS de l'Outaouais

Gladice Salem

Infirmière clinicienne, Centre
d'expertise en maladies chroniques
de l'Outaouais, CISSS de l'Outaouais

Marie-Ève Caron

Infirmière clinicienne,
Clinique de diabète spécialisée,
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Lisa Truchon

Nutritionniste,
Éducatrice agréée en diabète,
Centre régional du diabète de Laval

Marie Devaux

Infirmière clinicienne, Clinique
de diabète, Institut de recherches
cliniques de Montréal

Mélanie Couturier

Infirmière clinicienne,
Service d'endocrinologie,
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Mélanie Désautels

Infirmière clinicienne,
Programme de gestion du diabète,
Hôpital Charles-Le Moyne

Diabète Québec tient à remercier ses partenaires, grâce auxquels la production de ce guide a été rendue possible :

Novo Nordisk — Medtronic — Sanofi — Dexcom — Insulet — Abbott

En aucun cas ce guide ne remplace les conseils d'un(e) professionnel(le) de la santé. Il s'agit plutôt d'un complément au suivi offert par votre équipe traitante idéalement composée, entre autres, d'un(e) infirmier(ière), d'un(e) nutritionniste et d'un(e) médecin. Les équipes œuvrent dans les groupes de médecine de famille (GMF), les CLSC ou les cliniques de diabète.

Sommaire



37



47



17



57

Section 1 7
Le diabète de type 1

Section 2 13
Les complications

Section 3 17
L'autosurveillance
de la glycémie

Section 4 23
L'hyperglycémie

Section 5 29
L'hypoglycémie

Section 6 37
L'insuline

Section 7 47
L'alimentation

Section 8 57
L'activité physique

Section 9 63
Les jours de maladie

Section 10 67
La santé mentale

Section 11 75
La vie avec le diabète

Section 12 83
Les examens de suivi

Ressources 87

Vers une nouvelle réalité

Il est possible de ressentir plusieurs émotions à la suite de l'annonce d'un diagnostic de diabète de type 1 : choc, déni, incompréhension, indifférence, sentiment d'injustice, etc.

Toutes ces émotions sont normales. Il s'ensuit généralement diverses étapes plus ou moins conscientes et organisées avant d'en arriver à apprivoiser cette nouvelle réalité.

Le diabète de type 1 requiert de faire le deuil de la vision que l'on avait de soi, de son corps et de sa santé. Il faut adopter de nouvelles habitudes, acquérir de multiples connaissances et apprendre à vivre avec toutes les composantes de la gestion de la maladie.

On peut avoir l'impression d'être envahi(e) par toutes les informations reçues. Il est alors possible de se sentir impuissant(e), incompetent(e), en perte de contrôle, incapable d'intégrer et de retenir toutes ces informations.

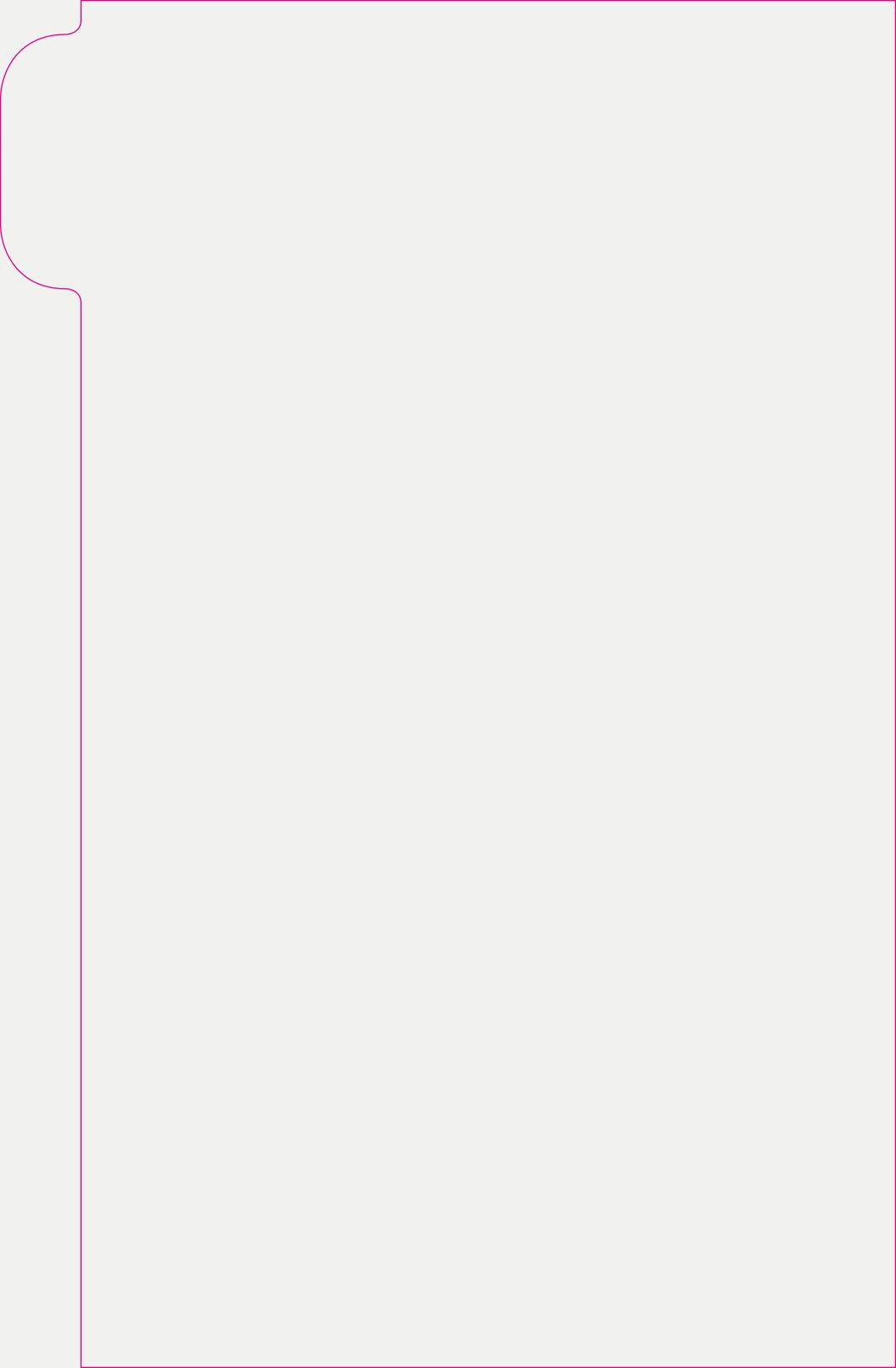
Il faut vous laisser du temps. Sachez qu'il est tout à fait possible de vivre une vie normale malgré le diabète de type 1. Votre famille ou toute personne significative peut être d'une grande aide pour vous offrir de l'écoute et du soutien. N'hésitez pas à en parler aussi à un(e) professionnel(le) de la santé qui pourra vous guider au besoin vers les ressources d'aide appropriées.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter la section sur **la santé mentale** à la page 67.



Section 1

Le diabète de type 1

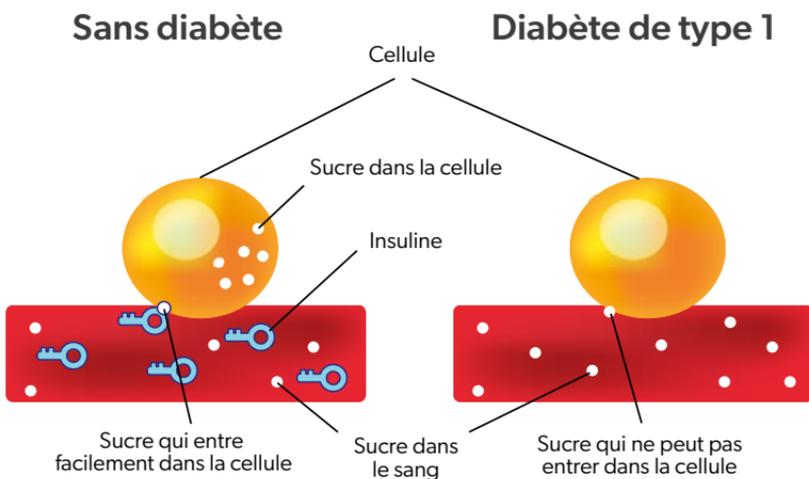


Le diabète de type 1

Le diabète de type 1 est une **maladie chronique qui ne se guérit pas, mais qui se gère**. Il est caractérisé par une glycémie, c'est-à-dire un taux de sucre dans le sang, au-dessus des valeurs normales.

Habituellement, la glycémie est maintenue dans les valeurs normales grâce, entre autres, à l'insuline. L'insuline est une hormone produite par les cellules bêta du pancréas. Elle agit comme une clé, en permettant au sucre présent dans le sang d'entrer dans les cellules du corps pour qu'il soit utilisé comme source d'énergie.

Dans le diabète de type 1, il y a une absence de production d'insuline en raison d'une destruction des cellules bêta du pancréas. Sans insuline, le sucre s'accumule dans le sang, ce qui fait augmenter la glycémie au-dessus des valeurs normales. Les personnes vivant avec le diabète de type 1 dépendent donc d'injections quotidiennes d'insuline ou d'une pompe à insuline pour vivre.



À la suite d'un diagnostic d'un diabète de type 1, il est fortement recommandé de vous procurer un identifiant médical (par exemple, bracelet, carte, collier) pour que les mesures appropriées soient prises en cas de perte de conscience.

Quelles sont les causes du diabète de type 1 ?

Les causes de l'apparition du diabète de type 1 sont inconnues. Dans la majorité des cas, **les cellules bêta du pancréas qui produisent l'insuline sont détruites par le système immunitaire, principalement par les anticorps anti-GAD**. La destruction se fait habituellement sur plusieurs années et débute avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

On ne sait pas ce qui déclenche cette destruction. Certains chercheurs pensent qu'une prédisposition génétique et des facteurs liés à l'environnement, comme une maladie virale récente, seraient en cause.

Qu'est-ce que le diabète LADA ?

Le diabète LADA (*Latent Autoimmune Diabetes in Adults*), aussi appelé « diabète de type 1.5 », apparaît généralement chez les personnes de 30 à 50 ans. Comme dans le diabète de type 1, des anticorps causent une destruction des cellules bêta du pancréas.

Le diabète LADA se distingue toutefois du diabète de type 1 par une progression beaucoup plus lente vers la destruction complète des cellules bêta. Le traitement à l'insuline est habituellement débuté entre six mois et six ans après le diagnostic.

Le diabète de type 1 et le diabète LADA sont des maladies auto-immunes. Les personnes vivant avec l'un ou l'autre de ces types de diabète ne sont cependant pas immunosupprimées, c'est-à-dire que leur système immunitaire n'est pas affaibli.

Comment pose-t-on le diagnostic ?

La présence d'une glycémie au-dessus des valeurs normales, de symptômes d'hyperglycémie, et d'anticorps anti-GAD dans le sang permet de poser un diagnostic de diabète de type 1 ou LADA.

Pour l'instant, il est impossible de prévenir le diabète de type 1 et le diabète LADA.

Quelle est la différence avec le diabète de type 2 ?

	Diabète de type 2	Diabète de type 1	Diabète LADA
Moments du diagnostic	Généralement après 40 ans	Généralement lors de l'enfance, de l'adolescence ou au début de l'âge adulte	Généralement entre 30 et 50 ans
Phénomènes	Résistance du corps à l'insuline et diminution de la production d'insuline par les cellules bêta du pancréas	Destruction, par le système immunitaire, des cellules bêta du pancréas	Destruction lente, par le système immunitaire, des cellules bêta du pancréas
Traitements	Saines habitudes de vie, médicaments oraux ou injectables, ou injections d'insuline	Injections d'insuline plusieurs fois par jour ou utilisation d'une pompe à insuline	Injections d'insuline plusieurs fois par jour ou utilisation d'une pompe à insuline
Causes	Multiples (par exemple, génétique, habitudes de vie, âge)	Inconnues	Inconnues
Prévention possible dans certains cas	Oui	Non	Non

Le phénomène de la « lune de miel »

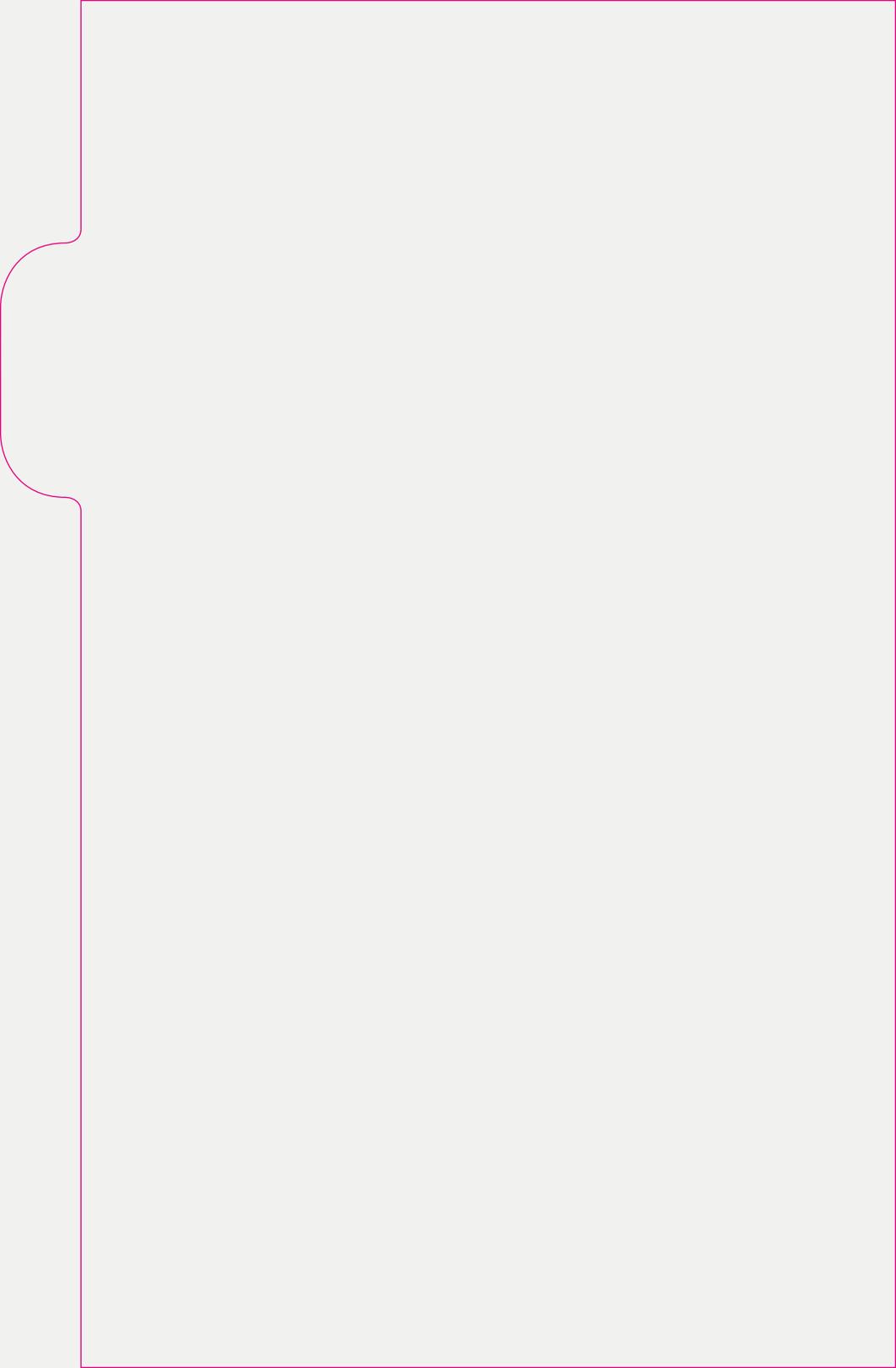
Après le diagnostic de diabète de type 1, certaines personnes vivront ce qu'on appelle le phénomène de la « lune de miel ». Durant cette période, quelques cellules bêta du pancréas arrivent encore à produire de l'insuline, la glycémie peut donc être plus stable et les doses d'insuline à administrer plus faibles. La lune de miel dure en moyenne six à neuf mois, mais peut durer jusqu'à deux ans.

Éventuellement, le système immunitaire aura complètement détruit les cellules bêta. En l'absence de production d'insuline, les valeurs de glycémie seront plus élevées et les doses d'insuline devront être augmentées.



Section 2

Les complications



Les complications associées au diabète

Une glycémie souvent élevée peut à long terme causer **des dommages graves et irréversibles** aux petits et aux gros vaisseaux sanguins.

Les principaux petits vaisseaux sanguins pouvant être touchés sont ceux qui nourrissent les :

— **yeux** (rétinopathie)

La rétinopathie peut entraîner une perte de la vision. Le diabète augmente également les risques de développer des cataractes et du glaucome.



Vue normale



Rétinopathie



Cataractes



Glaucome

— **reins** (néphropathie)

La néphropathie peut mener à la dialyse, qui est le traitement de remplacement des reins, et à la transplantation rénale.

— **nerfs** (neuropathie)

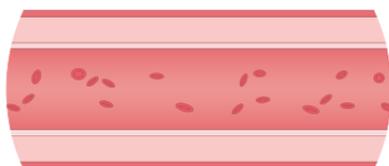
La neuropathie peut entraîner des engourdissements, de la douleur ou une perte de sensibilité, particulièrement des jambes et des pieds. Un des dangers est de se blesser sans s'en rendre compte et que la blessure s'infecte jusqu'à la gangrène et l'amputation.

La neuropathie peut aussi toucher d'autres organes et entraîner, entre autres, **des dysfonctions sexuelles** et **des problèmes gastro-intestinaux** (par exemple, gastroparésie, constipation, diarrhée, nausées).

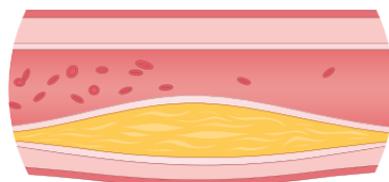
De plus gros vaisseaux sanguins peuvent aussi être touchés par une glycémie souvent élevée, ce qui contribue, entre autres, au développement de **l'athérosclérose**.

L'athérosclérose est une accumulation de gras sous forme de plaque dans les artères causant un durcissement et un rétrécissement de celles-ci. La circulation du sang dans les artères endommagées est ralentie et peut même être bloquée. Un caillot peut aussi se détacher de la plaque et bloquer d'autres vaisseaux sanguins.

Vaisseau sanguin
sans (gras) athérosclérose



Vaisseau sanguin
avec (gras) athérosclérose



Les personnes vivant avec le diabète présentent de deux à quatre fois plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire (par exemple, angine, infarctus, AVC).

Le fait d'avoir une glycémie souvent élevée est également associé à d'autres problèmes de santé tels que la parodontite, les atteintes rhumatologiques (par exemple, capsulite, maladie de Dupuytren), en plus d'augmenter les risques d'infections.

Pour plus d'information sur les complications associées au diabète, consultez nos différents dépliants :



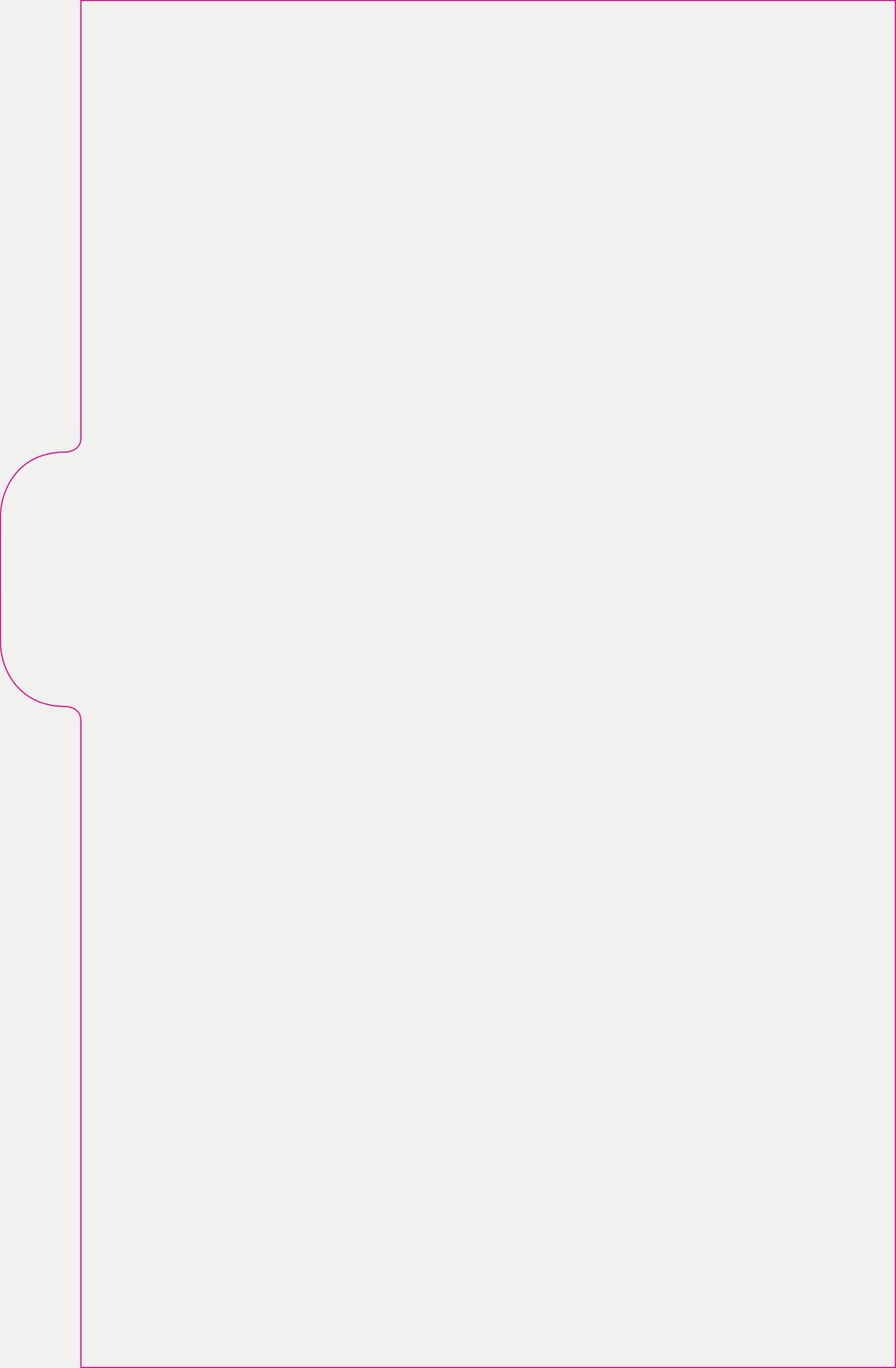
Maintenir la glycémie dans les valeurs cibles est la meilleure façon de prévenir les complications associées au diabète ou de freiner leur progression.



L'autosurveillance
de la glycémie

Section 3

L'autosurveillance de la glycémie



L'autosurveillance de la glycémie

À la suite du diagnostic de diabète de type 1, on vous demandera de mesurer votre glycémie plusieurs fois par jour. Pour cela, on vous prescrira un lecteur de glycémie, couramment appelé « glucomètre », ou un système de surveillance continue du glucose.

Pourquoi devez-vous mesurer votre glycémie ?

Selon les résultats obtenus, mesurer votre glycémie vous permet de :

- Comprendre l'effet de votre traitement sur votre glycémie et l'ajuster en conséquence avec votre équipe traitante ;
- Identifier les différents facteurs qui influencent votre glycémie et de quelle façon ;
- Identifier les situations d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie qui nécessitent des interventions de votre part (voir les sections sur **l'hyperglycémie** à la page 23 et **l'hypoglycémie** à la page 29).

Quelles devraient être vos valeurs de glycémie ?

Les **valeurs cibles** de la glycémie sont :

À jeun (au lever ou plus de 4 heures après avoir mangé)	Entre 4,0 et 7,0 mmol/L
2 heures après le début du repas	Entre 5,0 et 10,0 mmol/L

Votre équipe traitante pourrait vous indiquer des valeurs cibles différentes.

Les appareils pour mesurer votre glycémie

Lecteur de glycémie

Il s'agit d'un appareil qui permet de mesurer la glycémie sur le bout du doigt à l'aide d'une goutte de sang provenant d'un capillaire, c'est-à-dire d'un petit vaisseau sanguin.



Comment utiliser votre lecteur de glycémie ?

- 1 Lavez vos mains à l'eau tiède avec un savon doux et non parfumé, et asséchez-les bien.
- 2 Insérez une bandelette dans l'ouverture du lecteur de glycémie et refermez le contenant de bandelettes.
- 3 Introduisez une lancette dans l'autopiqueur.
- 4 Piquez le côté du bout de votre doigt avec l'autopiqueur.
- 5 Mettez la bandelette en contact avec la goutte de sang qui s'est formée.
- 6 Au besoin, notez le résultat et toute information pouvant vous aider à mieux comprendre le résultat.
- 7 Jetez la bandelette et l'aiguille dans un contenant pour déchets biomédicaux.

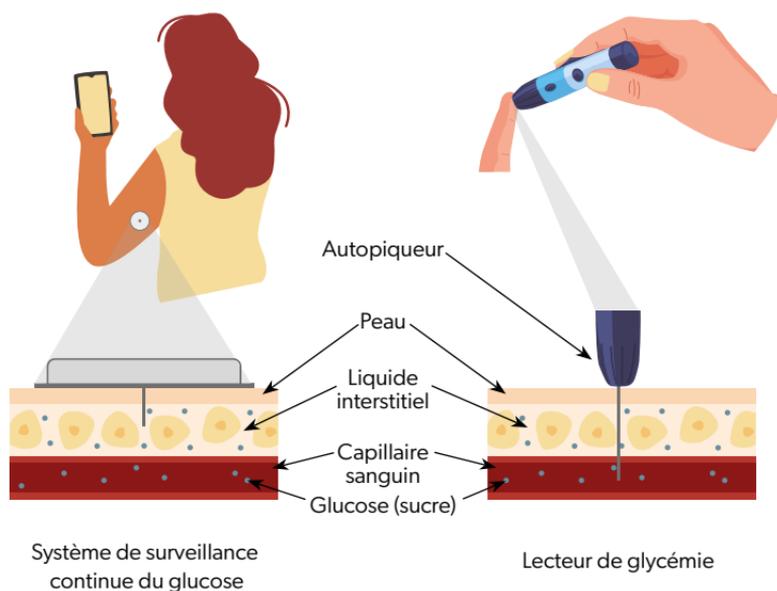
Informez-vous auprès de votre équipe traitante ou consultez le Répertoire des produits pour la gestion du diabète de Diabète Québec afin d'avoir plus de détails sur les différents appareils existants et ainsi mieux choisir ceux qui répondent à vos besoins.

Système de surveillance continue du glucose

Les systèmes de surveillance continue du glucose sont composés d'un capteur muni d'un petit fil qui s'insère sous la peau. Le capteur mesure le taux de glucose, c'est-à-dire le taux de sucre, à intervalles réguliers dans le liquide interstitiel. Le liquide interstitiel est le liquide qui occupe l'espace entre les vaisseaux sanguins et les cellules. Cette mesure du taux de glucose dans le liquide interstitiel reflète la valeur de la glycémie. **Il peut tout de même être nécessaire de vérifier la glycémie à l'aide d'un lecteur de glycémie pour valider les valeurs obtenues avec un système de surveillance continue du glucose.**

Il existe deux types de système de surveillance continue du glucose :

1. **Par balayage intermittent (aussi appelé « flash »)** : les résultats des taux de glucose du moment et des huit dernières heures sont affichés en balayant (*scannant*) un lecteur ou un appareil intelligent devant le capteur ;
2. **En temps réel** : les résultats des taux de glucose sont transmis automatiquement par communication sans fil de l'émetteur (installé sur le capteur) à un récepteur ou à un appareil intelligent.



Quand devez-vous mesurer votre glycémie ?

Il est recommandé de mesurer sa glycémie **au minimum quatre fois par jour**, soit avant les repas et au coucher.

La glycémie devrait également être mesurée dans les situations suivantes :

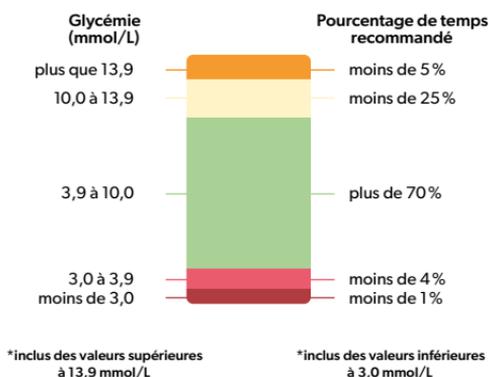
- Dans toute situation présentant un risque d'hypoglycémie (par exemple, pratique d'activité physique, consommation d'alcool) ;
- Si des symptômes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie sont ressentis ;
- Avant de s'administrer de l'insuline ;
- Avant de prendre le volant.

Il peut aussi être pertinent de mesurer sa glycémie deux heures après le début d'un repas. Certaines situations (par exemple, jours de maladie) nécessitent de mesurer sa glycémie plus souvent.

Le temps dans la cible

Si vous utilisez un système de surveillance continue du glucose, votre équipe traitante pourrait vous parler du « temps dans la cible ». Cela correspond au pourcentage de temps pendant lequel le taux de glucose a été dans les valeurs cibles, soit entre 4 et 10 mmol/L.

On vise généralement un temps dans la cible d'au moins 70%. Atteindre ce seuil permet d'avoir une hémoglobine glyquée près de 7%. Votre équipe traitante pourrait vous donner d'autres recommandations en fonction de votre situation.



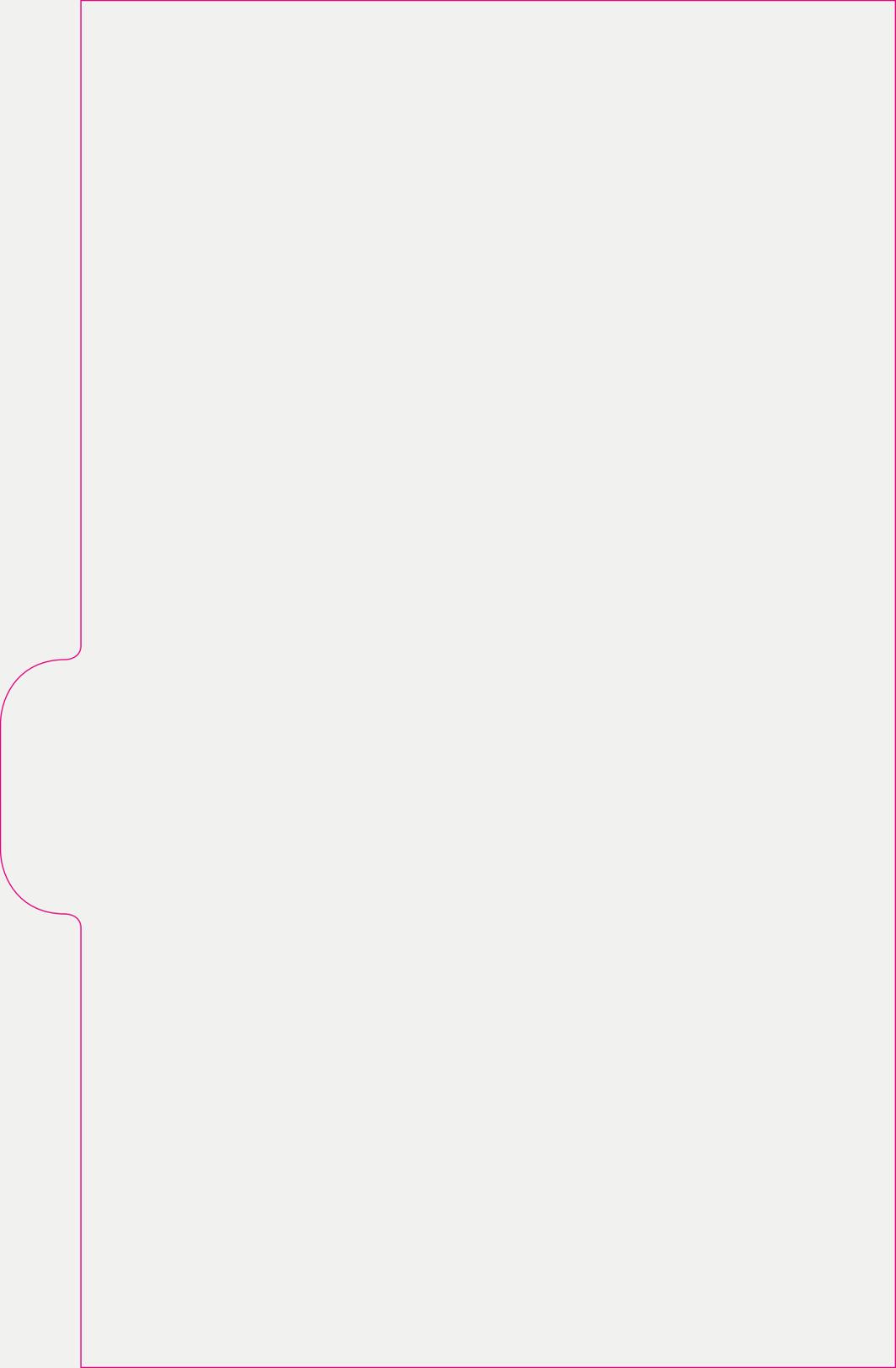
Tirée de la plateforme Support, Projet BETTER

L'autosurveillance de la glycémie est essentielle à la gestion du diabète de type 1.



Section 4

L'hyperglycémie



Hyperglycémie

L'hyperglycémie est **une hausse de la glycémie au-dessus des valeurs cibles**, soit :

- **Au-dessus de 7,0 mmol/L**, à jeun (au lever ou plus de 4 heures après avoir mangé) ;
- **Au-dessus de 10,0 mmol/L**, 2 heures après le début d'un repas.

Les symptômes les plus fréquents associés à l'hyperglycémie sont les suivants :



FATIGUE ET
SOMNOLENCE



SOIF INTENSE ET
BOUCHE SÈCHE



ENVIE FRÉQUENTE
D'URINER



IRRITABILITÉ

Si l'hyperglycémie est présente depuis plusieurs semaines ou mois, d'autres symptômes peuvent se manifester :



VISION TROUBLE



FAIM EXAGÉRÉE



PERTE DE POIDS
INVOLONTAIRE

Ces symptômes disparaissent habituellement lorsque la glycémie se normalise.

Quoi faire si vous êtes en hyperglycémie ?

- Buvez de l'eau pour prévenir la déshydratation.
- Réduisez la consommation excessive d'aliments contenant des glucides (sucres).
- Si possible, faites une activité physique légère, comme la marche.
- Administrez un bolus de correction selon le protocole établi avec votre équipe traitante.
- Mesurez votre glycémie plus souvent.
- Tentez de déterminer la cause de l'hyperglycémie et prenez les mesures appropriées pour diminuer les risques que cela se reproduise.

Si votre glycémie est au-dessus de 14 mmol/L :

vérifiez la présence de corps cétoniques dans le sang afin d'évaluer le risque d'acidocétose diabétique.



Les corps cétoniques

En l'absence d'une quantité suffisante d'insuline, le glucose en circulation dans le sang ne peut pas être utilisé par les cellules. Le corps tente alors de compenser ce manque de glucose dans les cellules en transformant ses réserves de graisse en glucose. Cette transformation produit des corps cétoniques.

L'accumulation de corps cétoniques est toxique. Dépassé un certain seuil, on parle alors d'acidocétose diabétique.

L'**acidocétose diabétique** représente une situation urgente nécessitant de consulter rapidement un médecin.

Assurez-vous d'avoir en votre possession le nécessaire pour mesurer les corps cétoniques. Informez-vous auprès de votre équipe traitante ou consultez le Répertoire des produits pour la gestion du diabète de Diabète Québec afin d'avoir plus de détails.

Consultez rapidement un médecin si une ou plusieurs de ces situations se présentent :

- Le taux de corps cétoniques dans le sang est **au-dessus de 1,5 mmol/L avec présence de symptômes d'acidocétose diabétique**, tels que nausées, vomissement, haleine fruitée, crampes abdominales ;
- Le taux de corps cétoniques dans le sang est **au-dessus de 3,0 mmol/L**, avec ou sans symptômes ;
- La glycémie demeure au-dessus de 20 mmol/L malgré un bolus de correction.

Discutez avec votre équipe traitante de la marche à suivre en cas de présence de corps cétoniques.

Les bolus de correction

Lors d'hyperglycémie, il peut être possible de s'administrer une dose supplémentaire d'insuline à action rapide afin de faire diminuer la glycémie. On appelle cette dose un **bolus de correction**.

Pour cela, votre équipe traitante doit déterminer votre **facteur de sensibilité**. Le facteur de sensibilité est une valeur propre à chaque personne, qui permet de prédire de combien de mmol/L la glycémie va diminuer à la suite de l'administration d'une unité d'insuline.

Selon votre aisance et votre motivation, votre équipe traitante déterminera le bon moment pour discuter avec vous de votre facteur de sensibilité et des bolus de correction.



Qu'est-ce qui peut faire augmenter votre glycémie ?

Alimentation	<ul style="list-style-type: none">— Consommer plus de glucides (sucres) qu'à l'habitude ;— Estimer de façon erronée la quantité de glucides consommés ;— Manger un repas qui ne respecte pas les principes de l'assiette équilibrée ;— Manger trop de sucres pour traiter un épisode d'hypoglycémie.
Médication	<ul style="list-style-type: none">— Ne pas administrer assez d'insuline à action rapide pour la quantité de glucides consommés ;— Oublier ou omettre une dose d'insuline ;— Avoir besoin d'ajustements à son traitement ;— Avoir des problèmes avec l'administration de l'insuline (par exemple, injection dans une zone avec de la lipodystrophie, tubulure de pompe obstruée) ;— Utiliser une insuline expirée ou mal conservée.
Activité physique	<ul style="list-style-type: none">— Faire moins d'activité physique que d'habitude ;— Faire des exercices musculaires (par exemple, boxe, musculation) ou cardiovasculaires intenses et brefs (par exemple, sprint, CrossFit).
Santé	<ul style="list-style-type: none">— Être malade* ;— Vivre un stress physique ou psychologique* ;— Prendre des médicaments qui font augmenter la glycémie (par exemple, cortisone) ;— Avoir des variations hormonales (par exemple, cycle menstruel, ménopause, grossesse)* ;— Faire une hyperglycémie de rebond à la suite d'un épisode d'hypoglycémie durant la nuit.

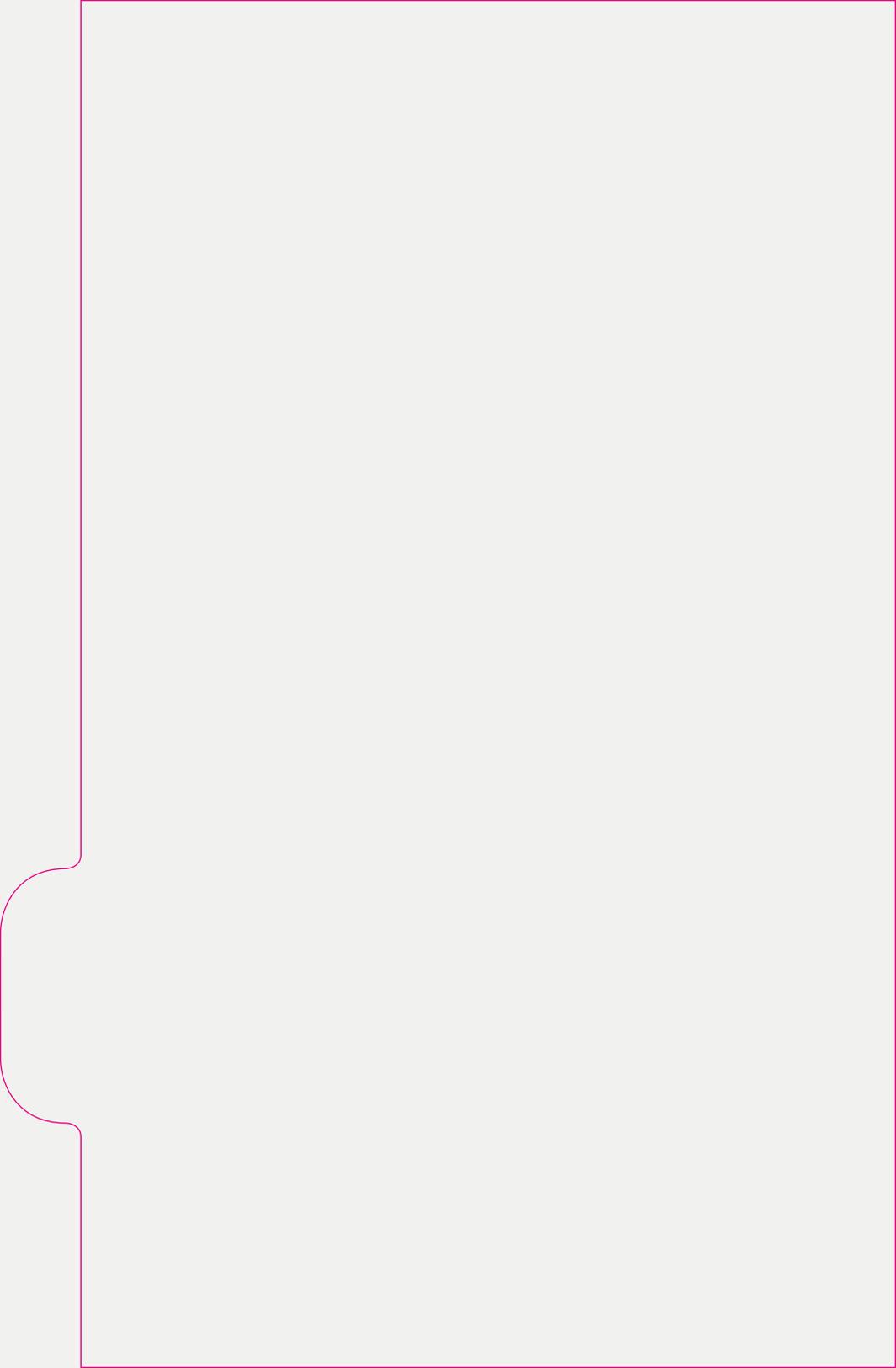
*L'effet de ces situations sur la glycémie peut varier d'une personne à l'autre.



L'hypoglycémie

Section 5

L'hypoglycémie



Hypoglycémie

L'hypoglycémie est une baisse de la glycémie en dessous des valeurs cibles, soit **moins de 4,0 mmol/L**.

Les symptômes les plus fréquents de l'hypoglycémie sont :



CHANGEMENT
D'HUMEUR SOUDAIN



FAIBLESSE



MAUX DE TÊTE



ÉTOURDISSEMENTS



ALTÉRATION DE LA VUE



FRINGALE



TRANSPIRATION



TREMBLEMENTS

L'hypoglycémie peut survenir durant la nuit. Les symptômes les plus fréquents de **l'hypoglycémie nocturne** sont :

- Transpiration ;
- Cauchemars ;
- Sommeil agité ;
- Mal de tête au réveil.

Quoi faire si vous êtes en hypoglycémie ?

1

Mesurez votre glycémie.

Si vous utilisez un système de surveillance continue du glucose et que le résultat obtenu ne correspond pas à vos symptômes, vérifiez le résultat avec un lecteur de glycémie.

2

Prenez sans délai des glucides à absorption rapide.

Résultat entre 2,8 et 3,9 mmol/L	Résultat de moins de 2,8 mmol/L
15 g de glucides <ul style="list-style-type: none">— 4 comprimés de Dex4^{MD} ;— 15 ml (1 c. à soupe) de sirop de maïs, de miel ou de sirop d'érable ;— 15 ml (1 c. à soupe ou 4 sachets) de sucre dissous dans l'eau ;— 150 ml ($\frac{2}{3}$ tasse) de boisson gazeuse ordinaire, de boisson aux fruits ou de jus de fruits.	20 g de glucides <ul style="list-style-type: none">— 5 comprimés de Dex4^{MD} ;— 20 ml (4 c. à thé) de sirop de maïs, de miel ou de sirop d'érable ;— 20 ml (4 c. à thé ou 5 sachets) de sucre dissous dans l'eau ;— 200 ml (environ $\frac{3}{4}$ tasse) de boisson gazeuse ordinaire, de boisson aux fruits ou de jus de fruits.

3

Attendez 15 minutes au repos.

4

Mesurez votre glycémie de nouveau.

Si le résultat est de moins de 4 mmol/L	Si le résultat est de plus de 4 mmol/L
Traitez de nouveau en suivant les étapes 2 à 4.	Si votre repas est prévu dans plus d'une heure, prenez une collation contenant 15 g de glucides et une source de protéines (par exemple, 1 tranche de pain et 30 g [1 oz] de fromage).

5

Identifiez la cause de l'hypoglycémie et prenez les mesures pour diminuer les risques que la situation se reproduise.

Attendez 40 minutes après avoir traité une hypoglycémie avant de conduire (voir la section sur la vie avec le diabète à la page 75).

Il se peut que vous mangiez plus de 15 ou 20 g de glucides ou encore que vous ne soyez pas en mesure d'attendre 15 minutes avant de manger à nouveau. **Ne vous culpabilisez pas si c'est le cas.**

Si le traitement de votre hypoglycémie cause une hyperglycémie de rebond, consultez la section **hyperglycémie** à la page 23.

Ayez toujours sous la main des sources de glucides à absorption rapide.

Si vous êtes inconscient(e) et avez besoin de l'aide d'une autre personne, celle-ci doit :

1. Vous coucher sur le côté et éviter de vous faire boire ou manger ;
2. Arrêter votre pompe à insuline si vous en portez une ;
3. Vous administrer le glucagon (nasal ou en injection) ;
4. Appeler le 911 ;
5. Vérifier votre glycémie 15 minutes après l'administration du glucagon.

Si vous reprenez conscience, prenez 15 g de glucides à absorption rapide. Si ces glucides sont tolérés, prenez une collation contenant 30 g de glucides et une source de protéines (par exemple, un bol de céréales avec du lait).

Si vous ne reprenez pas conscience, que vous ne tolérez pas la prise de 15 g de glucides à absorption rapide, que vous êtes confus(e) ou que vous faites des convulsions, vous aurez besoin de soins prodigués à domicile par un service d'urgence ou vous devrez être transporté(e) rapidement à l'hôpital.

Si l'aide d'une autre personne est nécessaire pour traiter un épisode d'hypoglycémie, on parle alors d'une **hypoglycémie sévère**.

Toute personne vivant avec le diabète de type 1 devrait avoir en sa possession du glucagon et enseigner son utilisation à son entourage (par exemple, conjoint[e], amis[es], collègues).

Discutez-en avec votre équipe traitante.

Faire des épisodes d'hypoglycémie à répétition ou faire un épisode d'hypoglycémie sévère avec perte de conscience peut nuire à la perception des symptômes de l'hypoglycémie. Cela peut aussi diminuer le seuil à partir duquel les symptômes surviennent, et donc augmenter le risque d'hypoglycémie.



Qu'est-ce qui peut faire diminuer votre glycémie ?

Alimentation	<ul style="list-style-type: none">— Sauter ou retarder un repas ou une collation ;— Consommer moins de glucides (sucres) qu'à l'habitude ;— Estimer de façon erronée la quantité de glucides consommés ;— Manger un repas qui ne respecte pas les principes de l'assiette équilibrée ;— Consommer de l'alcool.
Médication	<ul style="list-style-type: none">— Administrer trop d'insuline à action rapide par rapport à la quantité de glucides consommés ;— Administrer un bolus de correction trop élevé ;— Administrer deux doses d'insuline trop rapprochées dans le temps ;— Avoir des problèmes avec l'administration de l'insuline (par exemple, injection dans un muscle).
Activité physique	<ul style="list-style-type: none">— Faire de l'activité physique de façon intensive ou sur une longue période sans avoir mangé ou ajusté le traitement ;— Faire une activité physique imprévue.
Santé	<ul style="list-style-type: none">— Être malade* ;— Vivre un stress psychologique* ;— Avoir un trouble digestif (par exemple, gastroparésie)* ;— Avoir des variations hormonales (par exemple, cycle menstruel, ménopause, grossesse)*.

*L'effet de ces situations sur la glycémie peut varier d'une personne à l'autre.

La peur des épisodes d'hypoglycémie

Les épisodes d'hypoglycémie peuvent survenir de façon inattendue. Quand un épisode d'hypoglycémie se produit, il oblige la personne à mettre sur pause ses activités. Les symptômes associés peuvent également être une source d'angoisse et d'embarras.

Pour ces raisons, certaines personnes peuvent avoir tendance à maintenir leur glycémie à des valeurs plus élevées afin d'éviter les épisodes d'hypoglycémie. À long terme, cette stratégie n'est pas souhaitable puisqu'avoir souvent une glycémie élevée peut entraîner diverses complications (voir la section sur **les complications** à la page 13). Si c'est votre cas, discutez avec votre équipe traitante de stratégies afin de prévenir les épisodes d'hypoglycémie. Consultez également la section sur **la santé mentale** à la page 67.

Si vous avez peur des hypoglycémies, n'hésitez pas à en parler avec votre équipe traitante.

Les fausses hypoglycémies

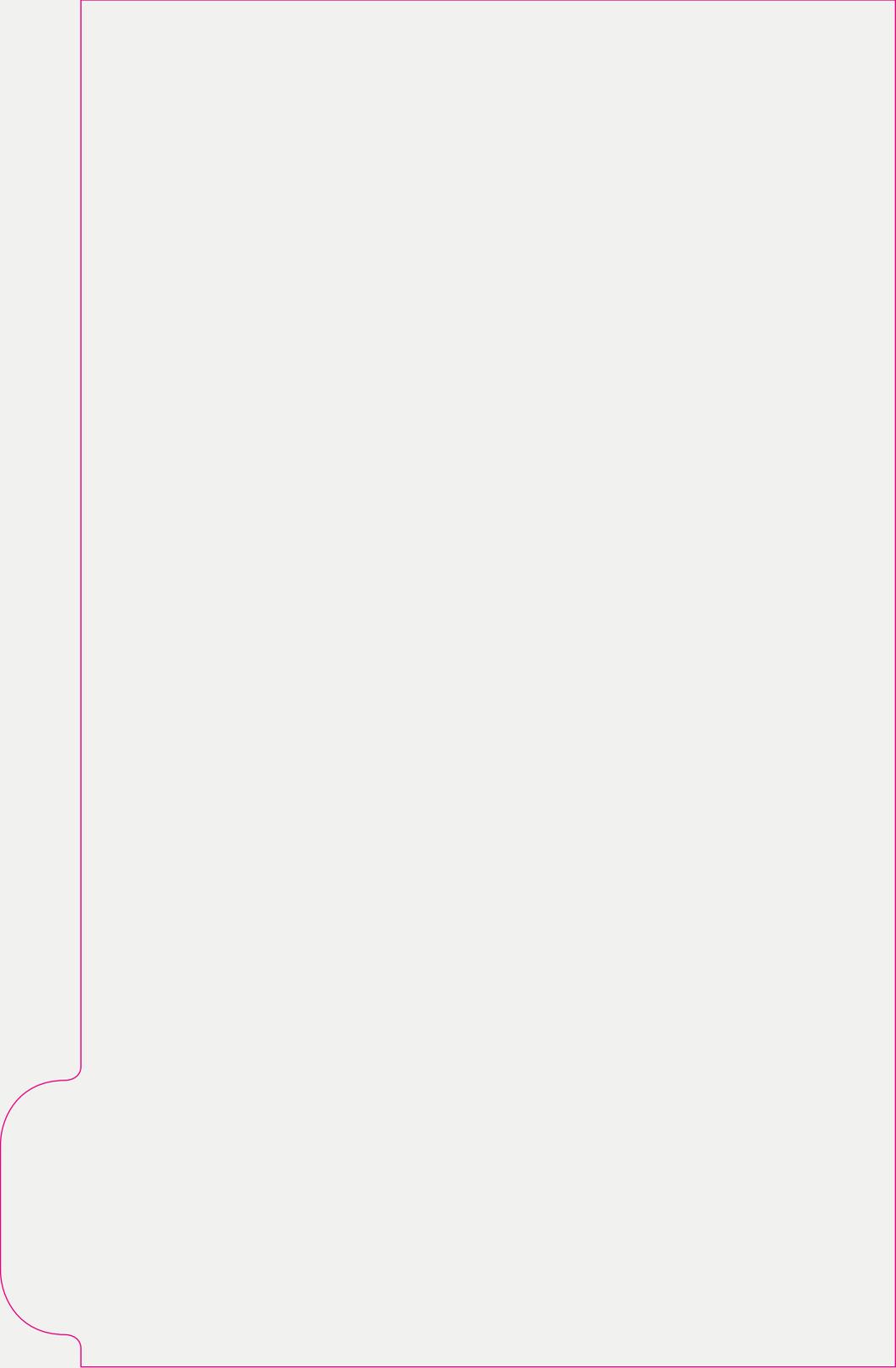
Une fausse hypoglycémie est le fait de ressentir des symptômes d'hypoglycémie alors que la glycémie est au-dessus de 4,0 mmol/L.

Les fausses hypoglycémies se produisent lorsque la glycémie se normalise après avoir été longtemps élevée. Ce phénomène est donc particulièrement fréquent à la suite du diagnostic.



Section 6

L'insuline



L'insuline

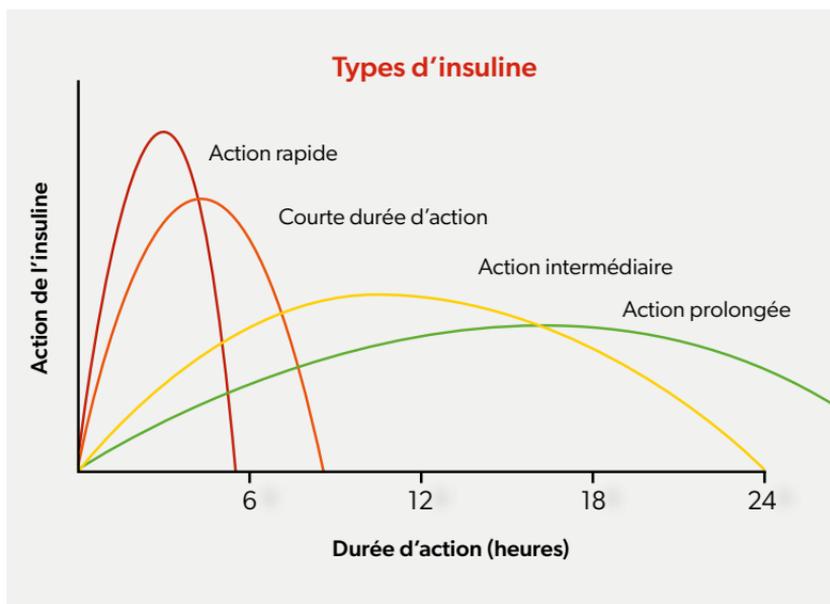
Dans le diabète de type 1, l'administration d'insuline est essentielle à la survie (voir la section sur **le diabète de type 1** à la page 7). L'insuline administrée va permettre au sucre dans le sang d'entrer dans les cellules afin, entre autres, d'être utilisé comme source d'énergie.

Les types d'insuline

Il existe différents types d'insuline. Ils se distinguent par leur :

- **Début d'action** (moment où l'insuline commence à agir) ;
- **Pic d'action** (moment où l'insuline agit de façon maximale) ;
- **Durée d'action** (temps total où l'insuline agit).

Voici un schéma illustrant de façon approximative l'action de chaque type d'insuline.



Action de l'insuline

Type d'insuline	Nom commercial	Début d'action	Pic d'action	Durée d'action	Moment d'injection
Action rapide	(Fiasp ^{MD})	4 min	30 min à 1,5 h	3-4 h	0-2 min avant le repas
	(Admelog ^{MD} , Apidra ^{MD} , Humalog ^{MD} , Kirsty ^{MD} , NovoRapid ^{MD} , Trurapi ^{MD})	10-20 min	1-3 h	3-5 h	0-15 min avant le repas
Courte durée d'action	(Humulin ^{MD} R, Novolin ^{MD} ge Toronto)	30 min	2-3 h	6-8 h	30 min avant le repas
Action intermédiaire	(Humulin ^{MD} N, Novolin ^{MD} ge NPH)	1-3 h	5-8 h	Jusqu'à 24 h	Matin et/ou soir
Action prolongée	(Basaglar ^{MD} , Lantus ^{MD} , Semglee ^{MD})	1-1,5 h	Aucun	24 h	Matin et/ou soir
	(Toujeo ^{MD})	Jusqu'à 6 h		36 h	Une fois par jour, à la même heure
	(Tresiba ^{MD})	1 h		42 h	Une fois par jour, à n'importe quel moment

Ce tableau est à titre indicatif seulement.

Référez-vous à votre équipe traitante pour connaître l'action et les particularités de vos insulines.

Traitement à l'insuline

Au moment du diagnostic, **deux types d'insuline** vous seront prescrits :

1. L'insuline à action prolongée (aussi appelée insuline « lente » ou « basale »)

Elle permet principalement à votre corps de gérer la glycémie en période de jeûne. La dose est ajustée selon les valeurs de glycémie à jeun. Quand la dose appropriée est trouvée, elle reste généralement fixe.

2. L'insuline à action rapide (aussi appelée insuline « rapide » ou « prandiale »)

Elle permet à votre corps d'utiliser les glucides de l'alimentation. Les doses sont préférablement établies selon un **ratio insuline/glucides**, c'est-à-dire qu'elles doivent être calculées à partir de la quantité de glucides du repas.

L'insuline à action rapide peut aussi être administrée selon des **doses fixes, avec ou sans dose de correction**. Cela veut dire que la dose est prédéterminée pour chacun des repas, et qu'une quantité supplémentaire d'insuline peut être ajoutée selon la valeur de glycémie obtenue avant le repas.

Les termes utilisés pour définir le traitement à l'insuline pourraient varier selon votre équipe traitante.

Vos doses d'insuline et l'horaire d'administration peuvent aussi varier selon divers facteurs, tels que votre poids, votre âge, votre mode de vie.

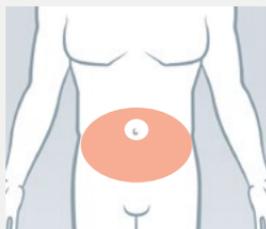


Pour tout ajustement à vos doses d'insuline ou pour toute modification à votre traitement, consultez votre équipe traitante ou votre pharmacien(ne).

Où injecter votre insuline ?

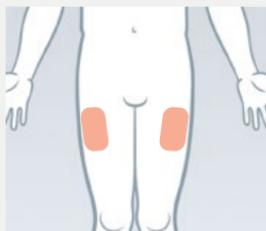
Vous pouvez injecter votre insuline dans plusieurs régions d'injection, aussi appelées « sites d'injection » :

Abdomen



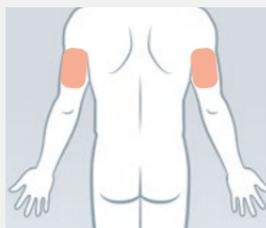
- Injecter à au moins 2-3 cm du nombril.
- Injecter au moins 1 cm en bas de la côte la plus basse.
- Vitesse d'absorption : rapide.

Haut des cuisses



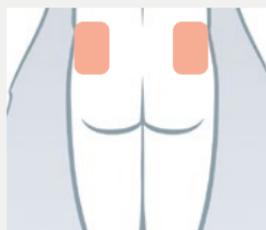
- Diviser la cuisse en trois parties égales.
- Injecter dans la partie la plus haute, légèrement sur le côté externe de la cuisse.
- Vitesse d'absorption : moyenne.

Arrière des bras



- Non recommandé pour une injection sans aide.
- Vitesse d'absorption : moyenne.

Haut des fesses



- Injecter en haut de la fesse, légèrement sur le côté externe.
- Vitesse d'absorption : lente.

Pour votre confort, évitez d'injecter l'insuline dans des cicatrices, des vergetures ou des grains de beauté.

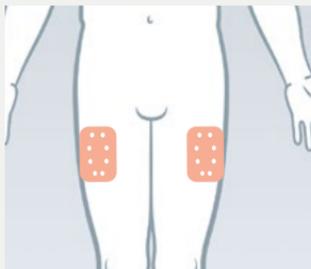
La rotation des sites

Il est essentiel d'alterner les sites d'injection. Si vous injectez l'insuline toujours aux mêmes endroits, une **lipodystrophie** peut apparaître.

La lipodystrophie est caractérisée par la présence de bosses sous la peau, visibles ou non, ou de creux aux sites d'injection. **Une injection dans une zone avec de la lipodystrophie peut affecter l'absorption et l'efficacité de l'insuline et causer des hypoglycémies ou des hyperglycémies.**

Voici quelques conseils pour éviter la lipodystrophie :

- Faites-vous un plan de rotation des sites.
- Palpez les sites d'injection pour détecter la présence de bosses sous la peau.
- Inspectez les sites d'injection pour détecter la présence de creux sur la peau.
- Espacez les points d'injection de 2 à 3 cm si vous utilisez le même site dans la même journée (voir exemple sur l'image ci-contre).



Si vous avez peur des injections, n'hésitez pas à en parler à votre équipe traitante. Il existe des stratégies qui pourront vous aider à y faire face.

Comment injecter votre insuline ?

- 1 Lavez vos mains à l'eau savonneuse, rincez-les et asséchez-les bien
- 2 Choisissez le site d'injection et le laver au besoin.
- 3 Retirez le capuchon de votre stylo.
- 4 Vissez le dispositif contenant l'aiguille sur le bout du stylo.
- 5 Retirez le capuchon du dispositif contenant l'aiguille et le protecteur d'aiguille.
- 6 Faites le vide d'air (selon les directives du fabricant).
- 7 Ajustez la dose d'insuline à injecter.
- 8 Insérez l'aiguille dans la peau à un angle de 90 degrés (ou selon les directives de votre équipe traitante).
- 9 Appuyez sur le bouton au bout du stylo sans ajouter de pression sur la peau.
- 10 Vérifiez que la dose a été complètement administrée (compteur à zéro).
- 11 Attendez 10 secondes en laissant l'aiguille insérée au point d'injection, puis retirez l'aiguille de votre peau.
- 12 Dévissez l'aiguille de votre stylo et jetez l'aiguille dans un contenant pour déchets biomédicaux.
- 13 Remettez le capuchon du stylo.

Il est important d'utiliser une aiguille neuve pour chaque injection.

L'utilisation de la même aiguille pour plus d'une injection augmente les risques d'infection au site d'injection, de bris d'aiguille dans la peau, de blocage lors de l'administration et d'administration d'une dose inexacte.

Matériel d'injection

Bout du stylo sur lequel on visse le dispositif contenant l'aiguille

ÉTAPE 4

Dispositif contenant l'aiguille

ÉTAPE 4



Capuchon du stylo

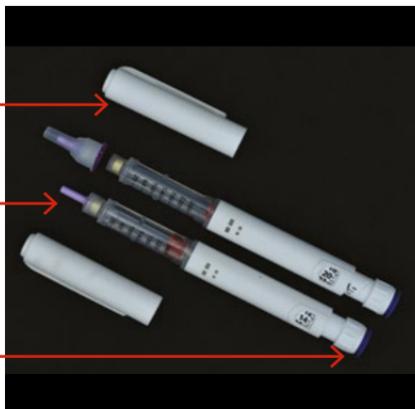
ÉTAPE 3

Protecteur d'aiguille

ÉTAPE 5

Bouton pour faire le vide d'air et injecter l'insuline

ÉTAPES 6 ET 9



Fenêtre qui indique le nombre d'unités d'insuline qui sera injecté

ÉTAPE 7



Comment conserver votre insuline ?

Votre insuline peut être moins efficace si elle est conservée de façon inappropriée. Pour vous assurer qu'elle reste efficace, voici quelques conseils :

- Les cartouches, les stylos et les fioles d'insuline non ouverts doivent être conservés au réfrigérateur (4-7 °C) ;
- L'insuline en cours d'utilisation doit être conservée à la température de la pièce (20-25 °C) de 28 à 45 jours après l'ouverture ;
- L'insuline ne doit pas être utilisée après la date d'expiration, ou si elle a été congelée ou exposée à des chaleurs extrêmes ;
- Le capuchon de votre stylo à insuline doit être remis après chaque utilisation.

Attention ! L'insuline oubliée dans la voiture lors de grands froids ou de grandes chaleurs ne devrait pas être utilisée. Dans le doute, consultez votre pharmacien.

La pompe à insuline

La pompe à insuline est un petit appareil portatif qui administre de façon continue de l'insuline à action rapide. Elle permet aussi d'administrer des doses supplémentaires d'insuline sur demande au moment des repas, ou pour corriger une hyperglycémie.

Il existe plusieurs modèles de pompes. Certaines ont une tubulure reliant le réservoir de la pompe au site d'insertion.

D'autres pompes n'ont pas de tubulure et ont plutôt un réservoir fixé directement au site d'insertion.

Pour plus d'information sur les prix et le fonctionnement des pompes, consultez notre *Répertoire des produits pour la gestion du diabète* ou votre équipe traitante.

La pompe à insuline n'est pas remboursée par la RAMQ au Québec pour les personnes ayant reçu un diagnostic après l'âge de 18 ans.





Section 7

L'alimentation



L'alimentation

Les glucides

Dans le diabète de type 1, le corps ne peut pas utiliser l'énergie qui circule sous forme de sucre dans le sang (voir la section sur **le diabète de type 1** à la page 7). Le sucre dans le sang provient surtout des **glucides** consommés. Il est donc important de savoir **identifier et calculer les glucides dans votre alimentation**.



La plupart des personnes ont besoin de 45 à 75 g de glucides par repas et de 15 à 30 g de glucides par collation, si nécessaire.

Les glucides sont présents sous différentes formes dans les aliments :

- **Les sucres** : ils donnent un goût sucré aux aliments. Ils peuvent être présents naturellement, comme dans les fruits et le lait, ou encore être ajoutés, comme dans les desserts, les boissons sucrées et certains produits transformés. **Les sucres font augmenter la glycémie.**
- **L'amidon** : il ne donne pas un goût sucré aux aliments. Il est présent dans les grains (par exemple, le riz, l'orge), les produits céréaliers (par exemple, pain, pâtes), les légumineuses (par exemple, lentilles, pois chiches, haricots) et les légumes féculents (par exemple, petits pois, pommes de terre). **L'amidon fait augmenter la glycémie.**
- **Les fibres** : elles sont présentes dans les grains entiers, les produits céréaliers à grains entiers, les fruits et les légumes, les légumineuses, les noix et les graines. Les fibres ne sont pas digérées et **ne font donc pas augmenter la glycémie.** Au contraire, elles **contribuent à ce que la glycémie s'élève de façon moins importante après les repas.** Les aliments riches en fibres sont à privilégier.

Aucun aliment n'est interdit pour les personnes vivant avec le diabète de type 1. Au fil du temps, vous apprendrez à calculer les glucides de votre alimentation, à connaître comment votre corps réagit aux différents aliments et à ajuster votre traitement en conséquence.

**Un suivi avec un(e) nutritionniste
vous permettra d'être accompagné(e)
de façon personnalisée.**

Le calcul des glucides

Il existe deux types de calcul des glucides :

- 1. Le calcul simplifié :** consiste à calculer les glucides consommés de manière approximative, habituellement en utilisant des portions d'aliments qui fournissent environ 15 g de glucides ;
- 2. Le calcul avancé :** consiste à calculer les glucides consommés de manière précise afin d'ajuster la dose d'insuline en conséquence.

Votre équipe traitante déterminera avec vous quel type de calcul des glucides vous convient le mieux.

Des outils pour le calcul des glucides



Site Web

Fichier canadien sur les éléments nutritifs
(Gouvernement du Canada)



Brochure

Le calcul des glucides, méthode avancée
(Diabète Québec)

Utilisez ces différents outils pour vous aider dans le calcul des glucides

Valeur nutritive Nutrition Facts	
pour 1 tasse (250 mL) Per 1 cup (250 mL)	
Calories 110	% valeur quotidienne* % Daily Value*
Lipides / Fat 0 g	0%
Saturés / Saturated 0 g	0%
Trans / Trans 0 g	0%
Glucides / Carbohydrate 28 g	6%
Fibres / Fibre 0 g	0%
Sucre / Sugar 22 g	44%
Protéines / Protein 2 g	4%
Cholestérol / Cholesterol 0 mg	0%
Sodium 0 mg	0%
Potassium 450 mg	10%
Calcium 200 mg	2%
Fer / Iron 0 mg	0%

*15% ou moins c'est **peu**, 15% ou plus c'est **raisonnable**
*5% ou moins c'est **très peu**, 15% ou plus c'est **raisonnable**

Outils

Tableau de la valeur nutritive



Brochure

Guide de poche pour vos repas au restaurant
(Diabète Québec)



Dépliant

Les collations et le diabète
(Diabète Québec)

Comprendre le tableau de la valeur nutritive

La portion de référence

La portion de référence représente la portion à partir de laquelle les valeurs du tableau ont été calculées. Elle ne représente pas nécessairement la portion qui est recommandée de manger ni celle que vous allez manger.

Glucides

Cette quantité inclut tous les types de glucides, soit les sucres, l'amidon et les fibres. L'amidon n'est habituellement pas mentionné dans le tableau.

Valeur nutritive Nutrition Facts	
pour 1 tasse (250 ml) Per 1 cup (250 mL)	
Calories 110	% valeur quotidienne* % Daily Value*
Lipides / Fat 0 g	0 %
saturés / Saturated 0 g	0 %
+trans / Trans 0 g	0 %
Glucides / Carbohydrate 26 g	
Fibres / Fibre 0 g	0 %
Sucres / Sugars 22 g	22 %
Protéines / Protein 2 g	
Cholestérol / Cholesterol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Potassium 450 mg	10 %
Calcium 30 mg	2 %
Fer / Iron 0 mg	0 %

*5% ou moins c'est **peu**, 15% ou plus c'est **beaucoup**
*5% or less is **a little**, 15% or more is **a lot**

Fibres

Pour savoir quelle quantité de glucides aura un impact sur votre glycémie, il faut soustraire les fibres du total de glucides.

**Par exemple,
glucides 35 g – fibres 3 g = 32 g
de glucides ayant un impact
sur la glycémie.**

Sucres

La quantité de sucre inclut à la fois les sucres naturellement présents dans les aliments, comme ceux présents dans le lait ou les fruits, et les sucres ajoutés. Pour savoir d'où viennent les sucres, il faut se référer à la liste des ingrédients.

Que signifient les pourcentages ?

Les pourcentages indiquent les besoins quotidiens qui sont comblés par la portion de référence. Ils permettent donc de voir rapidement si un aliment contient une quantité faible ou élevée d'un élément nutritif. En bas de 5 %, on considère que c'est faible et en haut de 15 %, que c'est élevé.

La liste d'ingrédients

Elle indique tous les ingrédients contenus dans l'aliment. Les ingrédients sont listés selon leur poids. L'ingrédient présent en plus grande quantité est au début de la liste, et celui présent en plus petite quantité est à la fin de la liste.

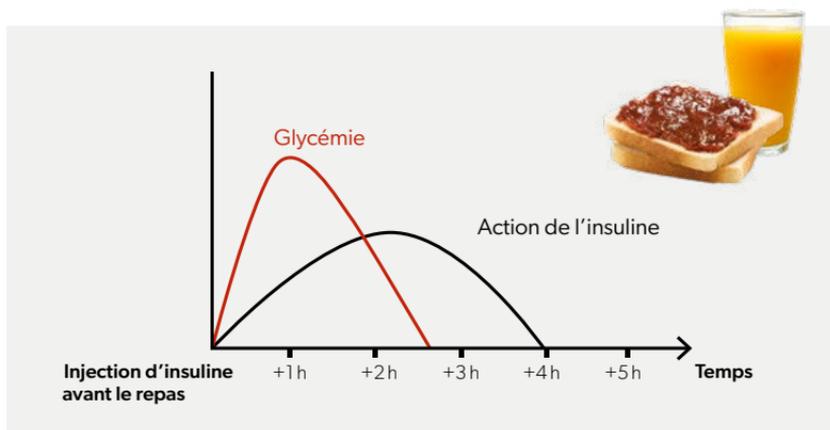


**Privilégiez une liste d'ingrédients courte
avec des ingrédients que vous connaissez.**

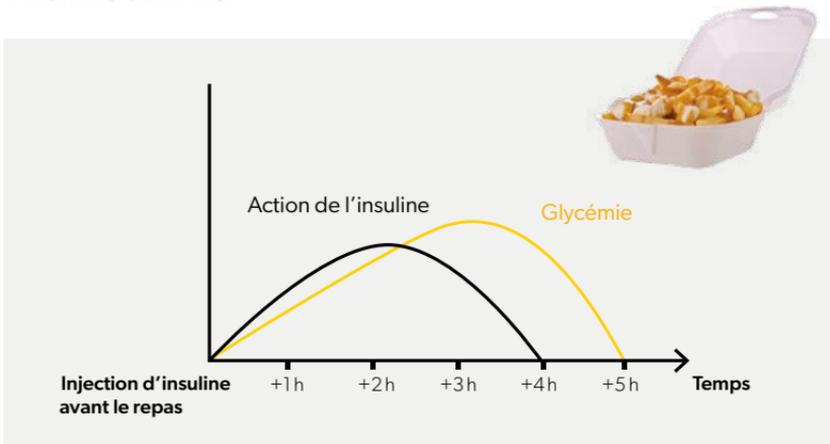
Influence des autres nutriments sur la glycémie

Certains nutriments comme **les fibres, les protéines et les matières grasses peuvent modifier l'effet des glucides sur la glycémie.**

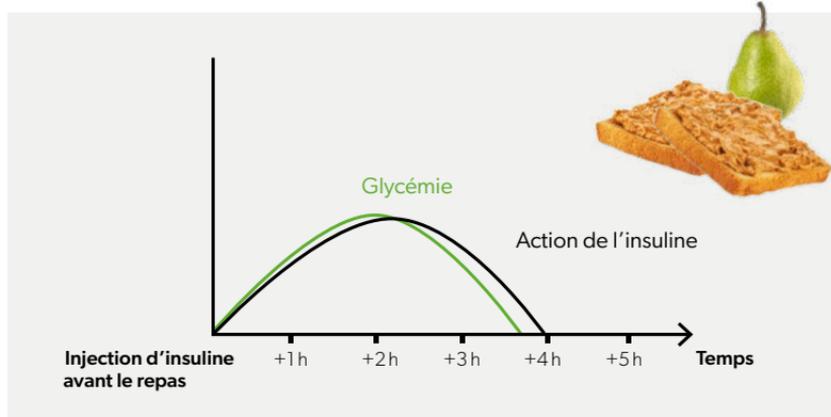
Un repas composé principalement de glucides (par exemple, deux rôties de pain blanc avec confiture et un verre de jus d'orange) entraîne une **augmentation rapide et importante de la glycémie.** Ce type de repas peut causer une **hyperglycémie après le repas** puisque les glucides seront digérés avant le pic d'action de l'insuline.



Un repas contenant des glucides et beaucoup de matières grasses (par exemple, une poutine) entraîne une **augmentation importante, mais tardive de la glycémie.** Cela est dû au fait que les matières grasses ralentissent la digestion. Ce type de repas peut causer une **hypoglycémie au moment du pic d'action de l'insuline suivie d'une hyperglycémie quand les glucides sont absorbés et que l'effet de l'insuline diminue.**



Un repas respectant les principes de l'assiette équilibrée composé d'aliments qui contiennent des glucides, des fibres, des protéines et des matières grasses (par exemple, deux rôties de blé entier avec du beurre d'arachides et un fruit entier) entraîne une **augmentation moins rapide et moins importante de la glycémie**. Ce type de repas est **plus susceptible de maintenir la glycémie stable après le repas** puisque la digestion des glucides et du pic d'action de l'insuline seront davantage synchronisés.



En respectant les principes de l'assiette équilibrée, vous vous assurerez une répartition adéquate des différents nutriments, ce qui favorisera une meilleure gestion de la glycémie après les repas.

Assurez-vous de discuter avec votre équipe traitante de stratégies pour ajuster votre traitement à l'insuline selon les différents types de repas.

Qu'est-ce que l'assiette équilibrée?

La moitié de votre assiette devrait être composée de légumes.

Assurez-vous de consommer une variété de légumes.

Le quart de votre assiette devrait être composé de féculents.

Les féculents comprennent les légumes féculents (par exemple, pomme de terre, petits pois) ainsi que les grains et les produits céréaliers (par exemple, pain, pâtes, riz, quinoa). Privilégiez les grains entiers et les produits céréaliers à grains entiers qui contiennent plus de fibres.

Le quart de votre assiette devrait être composé d'aliments protéinés. Privilégiez les aliments protéinés d'origine végétale (par exemple, tofu, légumineuses) et le poisson. Choisissez du lait et du yogourt à 2 % de matières grasses ou moins et du fromage à 20% de matières grasses ou moins. Lorsque vous mangez de la viande, choisissez des coupes maigres.

Les fruits peuvent être consommés en dessert ou en collation.

Consommez les fruits entiers avec la pelure.

L'eau est la boisson idéale pour s'hydrater.

L'eau gazéifiée, les eaux aromatisées maison, les tisanes, les thés et le café non sucrés sont aussi des choix intéressants.

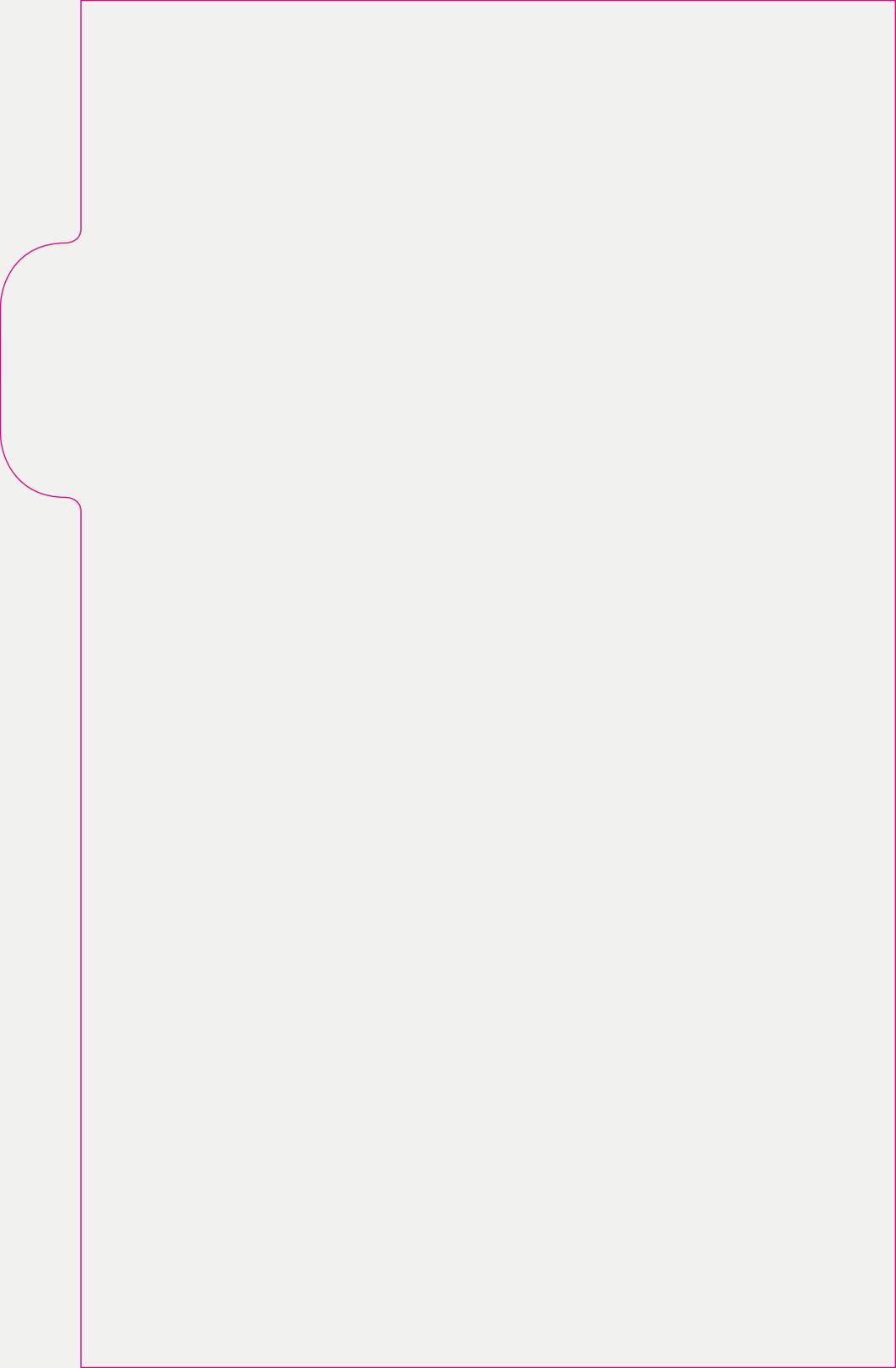
Privilégiez les gras monoinsaturés et polyinsaturés, qui sont favorables pour la santé du cœur, tels que l'huile d'olive, l'huile de canola, les noix et les graines, les poissons gras et les avocats.





Section 8

L'activité physique



L'activité physique

La pratique d'activité physique peut apporter plusieurs bienfaits pour la santé :

- Une meilleure sensibilité à l'insuline ;
- Une diminution des risques d'ostéoporose, d'arthrite, de maladies cardiovasculaires et de neuropathie ;
- Une diminution du stress ;
- Une augmentation de l'estime de soi, une sensation de bien-être et une meilleure qualité de vie ;
- Une meilleure qualité du sommeil ;
- Une augmentation du niveau d'énergie et une meilleure forme physique ;
- Une meilleure gestion du poids.

Il est recommandé de pratiquer **deux heures et demie d'activités cardiovasculaires par semaine**, réparties sur au moins trois jours, sans rester inactif(ve) plus de deux jours.

À cela, il est également recommandé d'ajouter **deux à trois séances d'exercices musculaires par semaine**.

Les recommandations liées à l'activité physique sont les mêmes pour les personnes vivant avec le diabète que pour celles qui ne vivent pas avec le diabète.

**Avant d'entreprendre un
programme d'entraînement,
consultez votre équipe traitante.**

L'impact sur la glycémie



De façon générale, les activités cardiovasculaires (par exemple, vélo, marche, natation, course) diminuent la glycémie.



Les exercices musculaires (par exemple, boxe, musculation) ou cardiovasculaires intenses et brefs (par exemple, sprint, CrossFit) augmentent la glycémie à court terme.



Les activités où les exercices musculaires et cardiovasculaires sont combinés en alternance (par exemple, hockey, basketball) et les entraînements par intervalles peuvent diminuer ou augmenter la glycémie. Il se pourrait également que la glycémie reste stable tout au long de l'activité.

Votre glycémie peut aussi varier en faisant certaines tâches et activités de la vie quotidienne, telles que :

- Pelleter, jardiner, tondre le gazon ;
- Avoir une relation sexuelle ;
- Faire des commissions ou le ménage ;
- Jouer avec vos enfants, vos petits-enfants ou vos animaux de compagnie.

C'est en pratiquant ces activités que vous saurez quels effets elles ont sur votre glycémie. Vous pourrez ainsi déterminer vos stratégies pour gérer les variations de votre glycémie.

Après votre diagnostic, commencez par des activités physiques de courte durée et de faible intensité. Il sera plus facile d'adapter votre gestion du diabète en augmentant la durée et l'intensité progressivement.

Comment pouvez-vous diminuer les risques d'hypoglycémie liés à l'activité physique ?

Voici quelques conseils pour vous aider à gérer votre glycémie lors d'une activité physique :

Avant l'activité :

- Mesurez votre glycémie.
- Si la glycémie est supérieure à 15 mmol/L avant de commencer l'activité physique, mesurez vos corps cétoniques dans le sang ou dans l'urine :
 - Si le taux de cétones dans le sang est de 1,5 mmol/L et plus, traitez l'hyperglycémie (voir la section sur l'**hyperglycémie** à la page 23) et reportez l'activité ;
 - Si le taux de cétones est normal et que vous vous sentez bien, faites votre activité comme prévu.
- Aidez une personne autour de vous de votre diabète.
- Réduisez votre dose d'insuline à action rapide donnée lors du repas précédant l'activité physique selon les recommandations de votre équipe traitante.
- Évitez d'administrer votre insuline à action rapide dans un site d'injection qui sera utilisé durant l'activité, par exemple :
 - Le bras si vous allez jouer au tennis ;
 - La cuisse si vous allez courir.
- Si vous utilisez une pompe à insuline, ajustez votre débit basal avant, pendant et après l'activité physique selon les recommandations de votre équipe traitante.
- Tentez d'avoir une glycémie entre 7 et 10 mmol/L avant de commencer une activité physique cardiovasculaire.
- Si votre glycémie est de moins de 7 mmol/L, consommez des glucides selon les recommandations de votre équipe traitante.
- Commencez votre séance d'activité physique avec des exercices musculaires ou cardiovasculaires intenses qui font augmenter la glycémie.
- Gardez à proximité des sources de glucides à absorption rapide, particulièrement en cas d'activité cardiovasculaire prolongée.

Il n'est pas recommandé de faire de l'activité dans les 24 heures suivant une hypoglycémie sévère, soit une hypoglycémie ayant nécessité l'aide d'une autre personne pour se traiter.

Pendant l'activité :

- Consommez des glucides au besoin.
- Mesurez votre glycémie au milieu de l'activité si celle-ci est d'une durée de plus de 60 minutes.

Après l'activité :

- Mesurez votre glycémie.
- En cas d'hypoglycémie, consommez des glucides (voir la section sur **l'hypoglycémie** à la page 29).
- En cas d'hyperglycémie, vous pourriez vous administrer un bolus de correction selon les directives de votre équipe traitante (voir aussi la section sur **l'hyperglycémie** à la page 23).

Le corps demeure plus sensible à l'insuline jusqu'à 48 heures après la pratique d'une activité physique. Le risque d'hypoglycémie est donc plus élevé pendant cette période. Faire de l'exercice tard dans la journée augmente aussi le risque de faire une hypoglycémie durant la nuit.



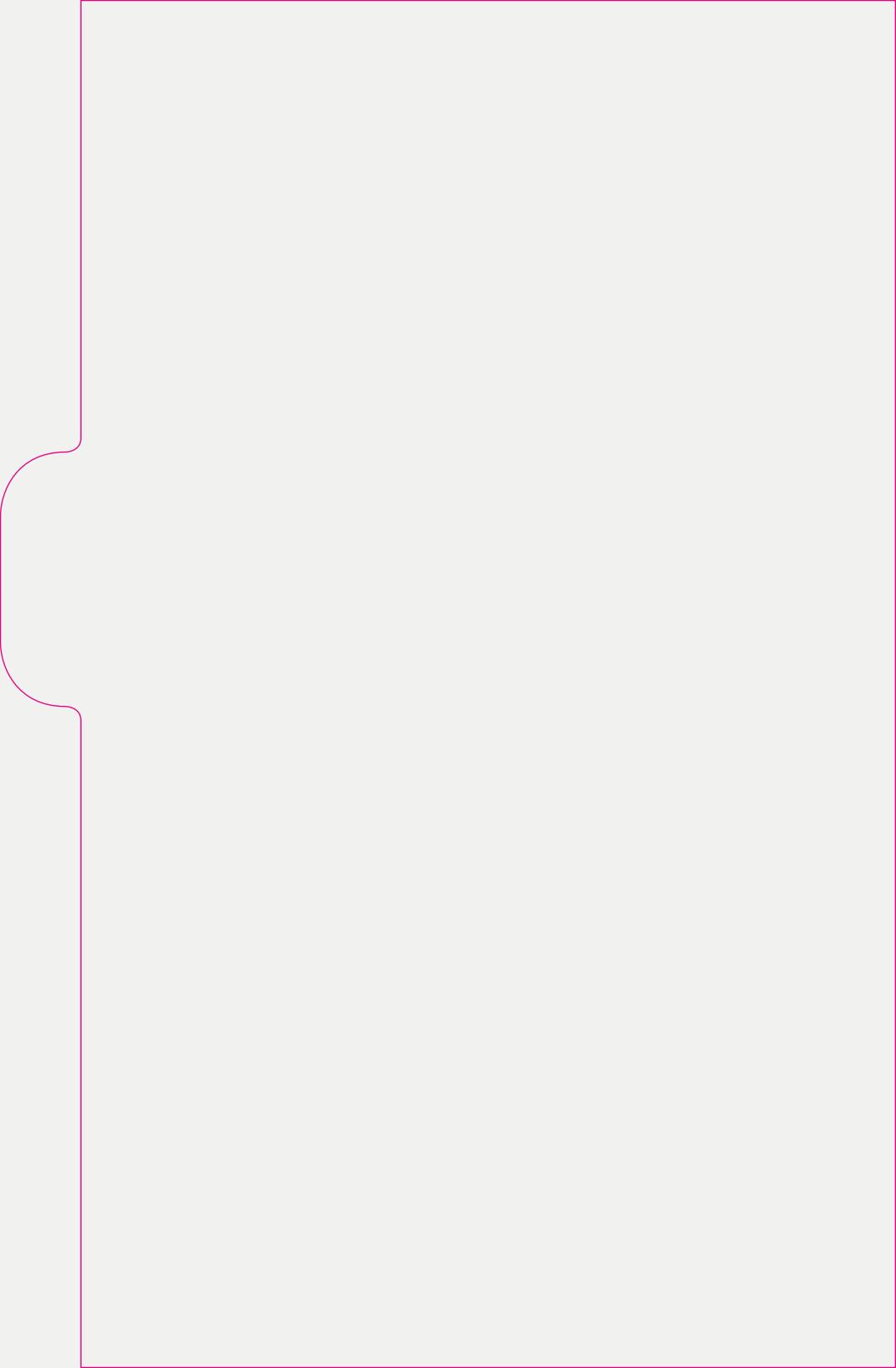
**Pour avoir des stratégies adaptées
à votre réalité, discutez avec
votre équipe traitante.**



Les jours
de maladie

Section 9

Les jours de maladie



Les jours de maladie

La plupart des maladies aiguës, comme le rhume ou la grippe, représentent un stress pour le corps et entraînent donc une augmentation de la glycémie. Certaines infections et leur traitement (par exemple, cortisone) peuvent augmenter les besoins en insuline. Des vomissements et de la diarrhée peuvent par ailleurs augmenter le risque d'hypoglycémie. Les effets des différentes maladies peuvent être difficiles à prévoir et varier d'une personne à l'autre.

Soyez donc préparé(e) en connaissant les stratégies suivantes :

1. Mesurez votre glycémie plus souvent

Il est recommandé de mesurer sa glycémie plus souvent, soit **au moins toutes les 2 à 4 heures**, lors des jours de maladie.

Il est important de savoir que les résultats des systèmes de surveillance continue du glucose peuvent être moins précis en raison de la déshydratation (par exemple, vomissements, diarrhée, fièvre importante) et de la prise de certaines substances (par exemple, acétaminophène, suppléments de vitamine C).

2. Mesurez la présence de corps cétoniques

Si la glycémie est au-dessus de 14 mmol/L ou s'il y a présence de nausées et de vomissements, il est recommandé de mesurer les corps cétoniques **toutes les 2 à 4 heures** (voir la section sur **l'hyperglycémie** à la page 23).

3. Continuez à vous alimenter et à vous hydrater

Il est important de **continuer à vous alimenter le plus normalement possible et à consommer des glucides**. Si vous n'avez pas beaucoup d'appétit, privilégiez des sources de glucides faciles à digérer (par exemple, compotes de fruits, riz blanc, biscuits soda, jus de fruits, smoothie, gelée aromatisé aux fruits (Jell-O^{MD}), pouding) afin de maintenir un apport en glucides. Il est également important de bien **vous hydrater** pour éviter la déshydratation. Visez à boire **250 ml (1 tasse) d'eau toutes les heures**.

4. Continuez à vous administrer de l'insuline

Il est important de **continuer à vous administrer de l'insuline**, même si vous mangez peu ou que vous avez des vomissements ou de la diarrhée, afin de prévenir le risque d'acidocétose.

5. Consultez rapidement un médecin si :

- Le taux de corps cétoniques dans le sang est **au-dessus de 1,5 mmol/L avec présence de symptômes d'acidocétose diabétique**, tels que nausées, vomissement, haleine fruitée, crampes abdominales.
- Le taux de corps cétoniques dans le sang est **au-dessus de 3,0 mmol/L**.
- La glycémie demeure au-dessus de 20 mmol/L malgré un bolus de correction.
- Vous avez des vomissements ou de la diarrhée depuis plus de 6 heures.
- Aucun liquide n'est toléré depuis plus de 4 heures en raison de vomissements.
- Il y a changement de l'état de conscience, tel que confusion, agitation, absence de réaction aux stimulations, hallucinations ou comportement inhabituel ;
- Il y a présence de signes de déshydratation, tels que bouche sèche, yeux creux, peau moins élastique, étourdissements ;
- La température corporelle est au-dessus de 38,5°C depuis plus de 48 heures.

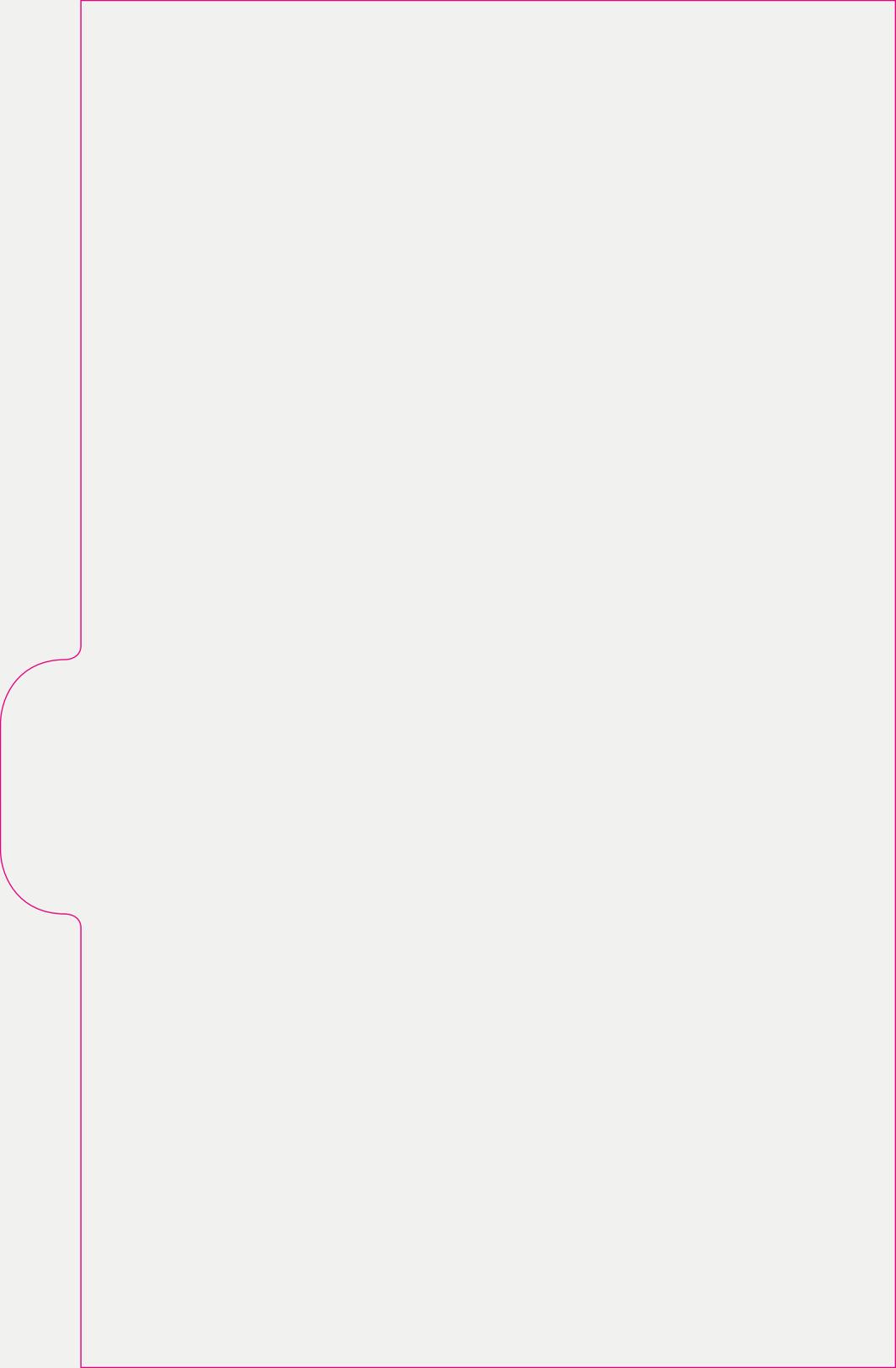
Discutez aussi avec votre pharmacien(ne) avant de prendre des médicaments en vente libre ou des produits de santé naturels.

Soyez prêt(e) ! Discutez avec votre équipe traitante afin d'avoir un plan de gestion clair sur les ajustements au traitement à faire lors des jours de maladie. Lorsque vous êtes malade, si vous avez des doutes sur la procédure à suivre, n'hésitez pas à communiquer avec votre équipe traitante ou avec votre pharmacien(ne).



Section 10

La santé mentale



La santé mentale

En gérant votre maladie, il est possible que vous viviez des difficultés, telles que la détresse liée au diabète et l'épuisement lié au diabète.

Ces difficultés peuvent survenir à n'importe quel moment, même plusieurs années après le diagnostic. N'hésitez pas à en parler avec votre équipe traitante.

La détresse liée au diabète

La détresse liée au diabète se définit par un découragement et une agitation reliés spécifiquement au fait de vivre avec la maladie et de la gérer au quotidien. Cela inclut, entre autres, **le fardeau émotionnel de la maladie** (p. 70), **la détresse liée à la gestion du diabète** (p. 69) et **le stress relié à la vie sociale** (p. 72).

Il est normal de ressentir des émotions négatives et d'avoir des difficultés à adopter certains comportements.

Voici cependant quelques signaux d'alarme :

- Se sentir dépassé(e) par la gestion de son diabète ;
- Sentir que le diabète contrôle sa vie ;
- Avoir une peur excessive des complications à long terme ;
- Se sentir triste, fâché(e) ou déprimé(e) en pensant à son diabète ;
- Douter de ses capacités à gérer son diabète ;
- Avoir une peur excessive de l'impact des aliments sur la glycémie ;
- Ressentir du stress à l'idée de vérifier sa glycémie ;
- Garder sa glycémie élevée par peur des hypoglycémies ;
- Garder sa glycémie basse par peur des hyperglycémies ;
- Vérifier constamment sa glycémie ;
- Avoir de la difficulté à accepter que des appareils médicaux soient visibles sur son corps ;
- Réagir fortement aux flèches de tendance du système de surveillance continue du glucose.

Fardeau émotionnel du diabète

Le fardeau émotionnel représente le fait de **vivre des émotions négatives en lien avec le diabète et sa gestion**, telles que la colère, la tristesse, la culpabilité. Ces émotions peuvent changer en intensité d'un moment à l'autre. Vous pourriez les ressentir plus fortement lorsque :

- Des événements ou des activités viennent affecter votre routine (par exemple, temps des Fêtes, activité physique imprévue).
- La gestion de votre diabète ne se passe pas comme prévu malgré vos efforts.
- Vous vivez une transition importante dans votre vie (par exemple, changement de travail, arrivée d'un enfant).

Dans ces moments particuliers, la vérification de la glycémie peut être une source d'émotions négatives.

Sachez que votre glycémie n'est pas votre ennemie.

C'est une donnée qui peut expliquer des symptômes que vous ressentez et vous permettre de savoir si une action doit être posée.

Vous n'êtes pas un(e) bon(ne) ou un(e) mauvais(e) patient(e).

Vous faites de votre mieux avec les informations que vous avez.

Détresse liée à la gestion du diabète

La gestion du diabète de type 1 doit être intégrée à votre quotidien et vous devrez la considérer pour la grande majorité de vos activités et des événements de votre vie.

Comme le diabète peut être imprévisible, certaines stratégies peuvent fonctionner plus ou moins bien au départ sans que vous sachiez pourquoi. **Il n'y a pas d'échec, seulement des stratégies qui vous permettent d'en apprendre plus sur la gestion de votre diabète.**



Plus vous gérez votre diabète



Plus vous apprenez à le gérer et à l'intégrer dans votre vie



Plus vous comprenez votre diabète et avez confiance en vos capacités

Plus de 40 facteurs peuvent influencer la glycémie. Certains d'entre eux sont impossibles à contrôler (par exemple, variations hormonales, jours de maladie). Il est donc difficile de tous les considérer.

Avec le temps, vous trouverez un équilibre entre la gestion de votre diabète et votre capacité à vivre pleinement en bonne santé.

Stress lié à la vie sociale

Le diabète et sa gestion pourraient aussi affecter votre vie sociale. Lorsque vous gérez votre diabète en public, vous pourriez ressentir le regard et le jugement des autres. Vous risquez aussi de devoir expliquer à votre entourage ce qu'est le diabète de type 1 et ce que ça implique.

Bien que cela puisse être difficile de parler de votre maladie, vos proches peuvent être d'un soutien précieux. Il se peut toutefois qu'ils ne sachent pas comment vous aider.

Il n'y a aucune honte à avoir le diabète de type 1.

Voici quelques conseils pour vous préparer à demander de l'aide à votre entourage, si vous le souhaitez :

- Pensez à ce qui vous aiderait ou vous ferait du bien, par exemple :
 - Aide avec les technologies ;
 - Besoin de parler à quelqu'un des difficultés que vous vivez ;
 - Aide pour calculer les glucides ;
 - Assistance pour les injections ;
 - Aide financière.
- Pensez aux personnes qui vous entourent et au genre de soutien qu'elles pourraient vous offrir.

Vous aurez peut-être besoin de temps avant d'être capable de parler de votre diagnostic. Respectez votre rythme.

Après l'annonce de votre diagnostic, plusieurs réactions de la part de vos proches sont aussi possibles :

- Ils cherchent un coupable ou se sentent coupables de votre situation.
- Ils jugent vos choix alimentaires et vos habitudes de vie.
- Ils ne comprennent pas ce que vous vivez et le temps que la gestion du diabète de type 1 demande.
- Ils ont de fausses croyances face au diabète de type 1.

Voici quelques conseils pour vous aider à parler de votre diabète avec ceux qui vous entourent :

- Expliquez-leur que vos habitudes de vie n'ont pas causé la maladie et qu'il n'y a aucune façon de prévenir le diabète de type 1.
- Expliquez-leur comment vous vous sentez et comment le diabète change votre quotidien.
- Donnez-leur des ressources pour qu'ils puissent s'informer à leur rythme (voir la section **ressources** à la page 87).
- Si possible, impliquez vos proches dans vos suivis.
- Laissez-leur du temps pour s'habituer à votre nouvelle réalité.

Lorsque vos proches vous proposeront une activité, **n'hésitez pas à leur faire des suggestions pour vous accommoder.**

Par exemple, vous pourriez demander de :

- Changer le moment de l'activité ;
- Choisir vous-même le lieu de l'activité (par exemple, restaurant) ;
- Suggérer une activité alternative.

L'épuisement lié au diabète

Avec les exigences de la maladie, vous pourriez vous sentir découragé(e) ou dépassé(e) par moments. Bien que ce soit normal, il se peut que ces émotions évoluent et deviennent inquiétantes.

L'épuisement lié au diabète correspond à un sentiment d'impuissance et de fatigue mentale et physique intense. La personne se sent complètement dépassée par le diabète et se détache de sa maladie, sa gestion, ses conséquences et des professionnels qui l'entourent.

L'épuisement lié au diabète peut se manifester de plusieurs façons.

Voici quelques signaux d'alarme :

- Ne plus se présenter à ses rendez-vous médicaux ;
- Ne plus calculer les glucides ;
- Ne plus surveiller ou mesurer sa glycémie ;
- Ne plus se donner son insuline ;
- Se sentir frustré(e) et démotivé(e) ;
- Croire que ça ne sert à rien de s'occuper de son diabète ;
- S'isoler.



Prendre soin de sa santé mentale

Voici quelques conseils qui pourraient vous aider :

- Reconnaissez et nommez les émotions qui vous habitent.
- Croyez en vos capacités.
- Utilisez vos forces.
- Établissez-vous des objectifs réalistes et atteignables.
- Soyez indulgent envers vous-même.
- Écrivez ce qui vous cause du stress et les conseils que vous donneriez à une personne dans la même situation que vous.
- Joignez les communautés de personnes vivant avec le diabète de type 1 pour échanger avec elles (voir la section **ressources** à la page 87).
- Prenez le temps de faire des activités qui vous font du bien.
- Félicitez-vous des efforts que vous faites, peu importe votre résultat de glycémie.
- Ne culpabilisez pas lorsque ça ne va pas aussi bien que vous le voulez.
- Parlez à une autre personne vivant avec le diabète de type 1.
- Informez-vous sur les technologies qui pourraient vous aider.

Pour plus d'information sur la santé mentale et le diabète, consultez nos différents dépliants.

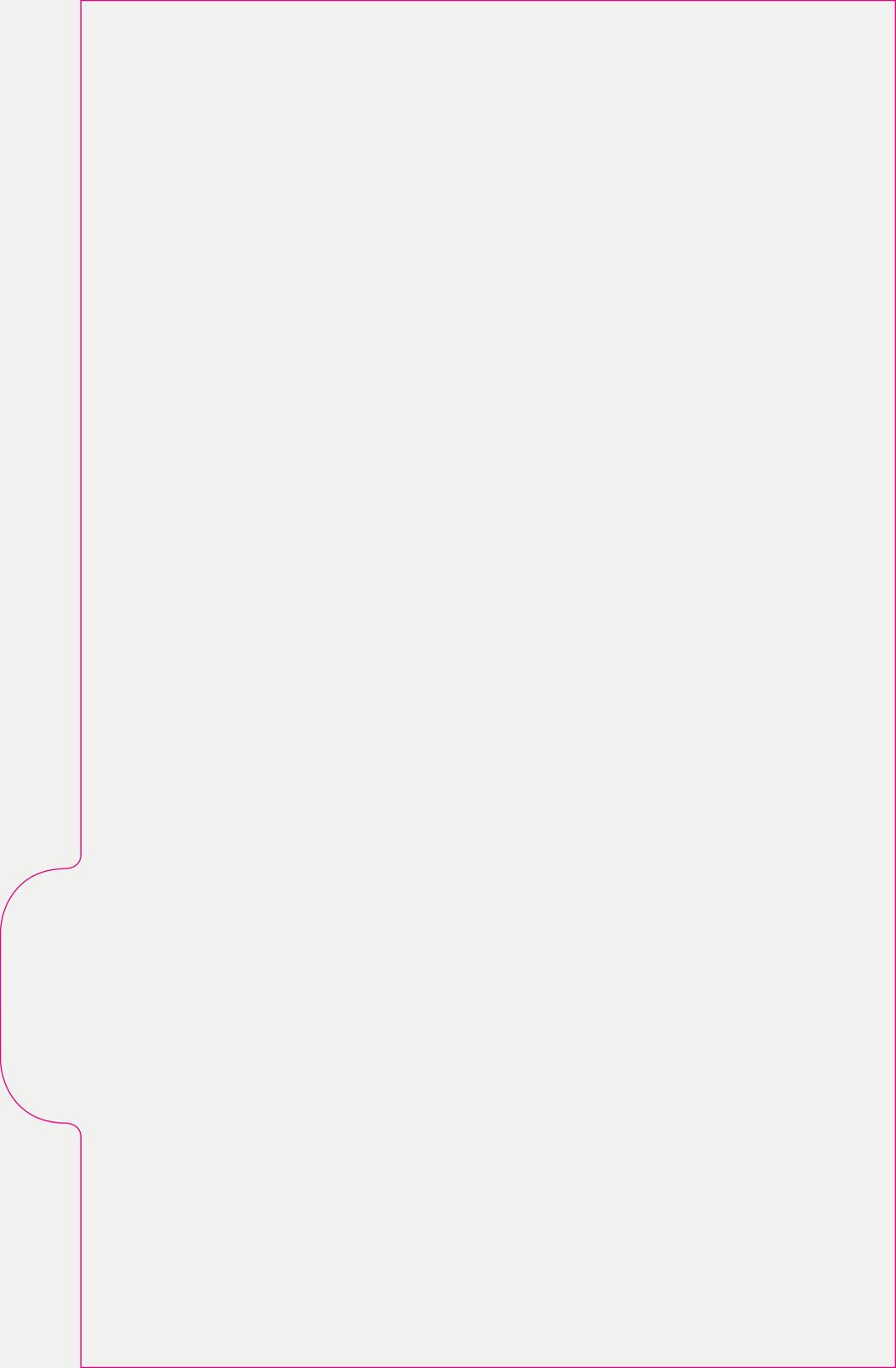


Pour connaître les divers organismes d'aide, consultez la section sur les ressources à la page 87.



Section 11

La vie avec le diabète



La vie avec le diabète

Voici les sujets qui seront abordés dans cette section :

- Conduite automobile ;
- Travail et vie professionnelle ;
- École ;
- Alcool ;
- Voyage ;
- Grossesse ;
- Sexualité.

Conduite automobile

Au Québec, la conduite automobile est un privilège et non un droit. Tous les conducteurs et conductrices doivent satisfaire à des exigences liées à l'état de santé et à la vision.

Le diabète de type 1 fait partie des situations pouvant être incompatibles avec la conduite automobile, principalement en raison du risque d'hypoglycémie et d'autres complications pouvant affecter la capacité de conduire (par exemple, rétinopathie, néphropathie).



Vous devez ainsi répondre à des exigences et prendre certaines précautions afin de réduire les risques :

- Déclarez votre état de santé à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) dans les 30 jours suivant le diagnostic.
- Passez un examen médical au moins tous les deux ans.
- Ayez un lecteur de glycémie ou un système de surveillance continue du glucose ainsi que des glucides à absorption rapide à portée de main en tout temps en conduisant.
- Mesurez votre glycémie avant de conduire et au moins toutes les 4 heures sur la route, ou portez un système de surveillance continue du glucose :
 - **Si le résultat est de moins de 4,0 mmol/L :** arrêtez le véhicule et traitez l'hypoglycémie (voir la section sur **l'hypoglycémie** à la page 29). Il est suggéré d'attendre 40 minutes après que la glycémie soit remontée au-dessus de 5 mmol/L avant de prendre le volant. C'est le délai habituellement nécessaire pour le retour à une vigilance normale.
 - **Si le résultat indique une hyperglycémie** et que vous ressentez des symptômes qui pourraient nuire à votre capacité de conduire (par exemple, somnolence, vision trouble, difficulté de concentration) : arrêtez le véhicule et prenez les mesures nécessaires afin que la conduite soit sécuritaire (voir la section sur **l'hyperglycémie** à la p. 23).
- Envisagez de mesurer votre glycémie plus souvent en présence de facteurs qui pourraient augmenter votre risque d'hypoglycémie (par exemple, activité physique récente, repas retardé ou sauté).
- Si vous avez fait une **hypoglycémie sévère qui a nécessité l'aide d'une autre personne pour la traiter ou qui a engendré une perte de conscience**, avertissez la SAAQ et votre médecin dans les 30 jours suivant l'épisode.

Certaines situations (par exemple, conduite d'un véhicule commercial) peuvent modifier les recommandations précédentes.



Pour plus de détails sur votre situation, faites le test interactif sur le site de Diabète Québec à l'aide de ce code QR.

Travail et vie professionnelle

Vous avez le choix de dire ou non à votre employeur(se) que vous vivez avec le diabète de type 1. Dans certains cas, pour votre sécurité, il pourrait être préférable de l'informer. Il pourrait ainsi être plus facile pour vos collègues de vous aider en cas d'hypoglycémie. Aussi, des mesures pourraient être mises en place pour vous accommoder.

Avant, certains emplois étaient interdits aux personnes vivant avec le diabète de type 1. L'évolution des mentalités et des technologies permettent maintenant aux personnes vivant avec le diabète de type 1 de travailler dans la majorité des domaines d'emploi. Toutefois, selon votre emploi, vous aurez peut-être à respecter certaines conditions particulières pour vous permettre d'exercer vos tâches en toute sécurité.

Selon la loi, votre employeur(se) ne peut pas vous congédier à cause de votre diabète.

École

Dans les cégeps et les universités, vous pourriez avoir droit à certains accommodements pour vous permettre de gérer votre diabète.

Voici quelques exemples de ce qui peut être offert :

- Plus de temps alloué pour un examen ;
- Droit d'avoir des collations avec vous en tout temps ;
- Droit d'avoir votre téléphone avec vous en tout temps ;
- Accès à des services professionnels.

Rencontrez l'équipe de soutien aux étudiants en situation de handicap. Elle évaluera vos besoins afin de vous offrir des services adaptés.



Alcool

L'alcool peut causer une hyperglycémie à court terme si la boisson consommée contient beaucoup de glucides (par exemple, cocktail sucré).

Cependant, **le risque principal de la consommation d'alcool est l'hypoglycémie**. Le foie est responsable de libérer du sucre dans le sang si la glycémie baisse. Il est aussi responsable de digérer l'alcool. Comme le corps perçoit l'alcool comme une « substance toxique », il priorise la digestion de l'alcool à la libération de sucre. Plusieurs autres risques sont associés à la consommation d'alcool, tels que :

- Ne pas ressentir une hypoglycémie ;
- Oublier de s'administrer son insuline ;
- Confondre une hypoglycémie avec un état d'ivresse ;
- Faire une hypoglycémie sévère ;
- Faire une acidocétose diabétique.

Voici quelques stratégies pour diminuer les risques d'hypoglycémie associés à la consommation d'alcool :

- Mangez lorsque vous consommez de l'alcool.
- Ne tenez pas compte des glucides contenus dans les boissons alcoolisées dans votre calcul des glucides.
- Ayez des collations contenant des glucides à portée de main.
- Mesurez votre glycémie plus souvent et avant de vous coucher.
- Ajustez vos doses d'insuline selon les recommandations de votre équipe traitante.
- Prenez une collation contenant des glucides et des protéines avant de vous coucher, au besoin.
- Ajustez vos alarmes de système de surveillance continue du glucose pour détecter les hypoglycémies avant qu'elles ne se produisent.
- Réveillez-vous à votre heure habituelle pour vérifier votre glycémie et manger au besoin.

Votre risque d'hypoglycémie peut demeurer plus élevé jusqu'à 24 heures après la consommation d'alcool.

L'alcool diminue grandement l'efficacité du glucagon administré en cas d'hypoglycémie sévère.

Voyages

Voici quelques conseils à appliquer avant de partir en voyage afin de faciliter la gestion de votre diabète :

- Prenez rendez-vous avec votre médecin quatre à six semaines avant votre départ.
- Discutez avec votre équipe traitante ou votre pharmacien(ne) des ajustements à faire à votre traitement en cas de décalage horaire.
- Ayez une lettre de votre médecin ou de votre infirmier(ère) vous permettant de passer les douanes avec votre matériel médical.
- Demandez une liste complète de vos médicaments à votre pharmacie.
- Contactez votre compagnie d'assurances pour l'aviser et vous informer des modalités de votre couverture à l'étranger.
- Prévoyez assez de matériel et de médicaments, idéalement pour le double de la durée de votre voyage.
- Assurez-vous de pouvoir transporter votre insuline de manière sécuritaire. Par exemple, en vous procurant une pochette réfrigérante.

En voyage, la routine est souvent différente qu'à la maison : heures de repas modifiées, nourriture différente, repas au restaurant, modification de l'activité physique, etc. Ce sont toutes des choses à prendre en considération puisqu'elles peuvent affecter la gestion de votre diabète. Pour cela, il est entre autres recommandé de mesurer sa glycémie plus souvent.



Grossesse

Il est tout à fait possible pour les femmes vivant avec le diabète de type 1 d'être enceintes et d'avoir des enfants en bonne santé. Dans la mesure du possible, la grossesse devrait être planifiée afin de réduire les risques de développer des complications. Il est recommandé d'avoir une hémoglobine glyquée (HbA1c) à 7 % ou moins avant de tomber enceinte. Aussi, pendant la grossesse, les valeurs cibles de glycémie sont plus basses afin d'assurer le bon développement du bébé.

Les femmes enceintes vivant avec le diabète de type 1 continuent habituellement leur traitement puisque l'insuline est sécuritaire pour le bébé. Les besoins en insuline peuvent varier grandement pendant la grossesse et le traitement sera ajusté avec l'équipe traitante.

Les femmes enceintes vivant avec le diabète de type 1 sont suivies en clinique GARE (grossesse à risque élevé).

Pour plus de renseignements, [consultez](#) notre dépliant sur le sujet.



Sexualité

Certaines personnes vivant avec le diabète de type 1 peuvent se sentir mal à l'aise d'avoir une relation sexuelle en raison des appareils présents sur leur corps (par exemple, système de surveillance continue du glucose), ou du risque d'hypoglycémie. Voici donc quelques conseils :

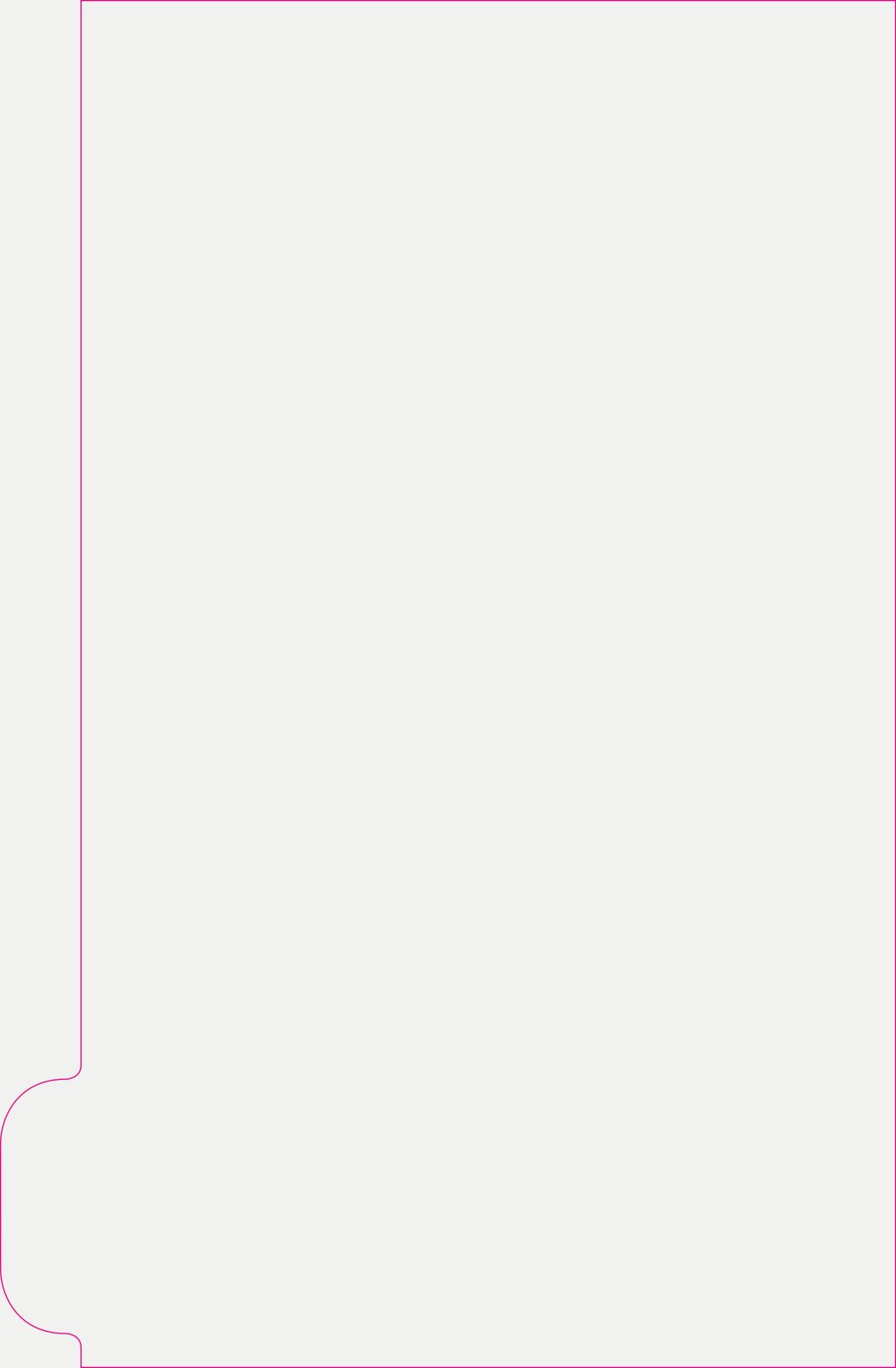
- Discutez avec votre partenaire de vos insécurités, s'il y a lieu.
- Discutez avec votre partenaire du risque d'hypoglycémie.
- Mesurez votre glycémie avant et après la relation.
- Prenez le temps de traiter une hypoglycémie, s'il y a lieu.
- Gardez des sources de glucides à absorption rapide à proximité.
- Si vous avez une pompe, vous pouvez la débrancher avant la relation et la reconnecter ensuite.

Le diabète peut causer des complications sur le plan sexuel, telles que la sécheresse vaginale, une diminution de la libido et la dysfonction érectile. N'hésitez pas à en discuter à votre équipe traitante.



Section 12

Les examens de suivi



Examens de suivi

Afin d'évaluer la gestion de votre diabète et de vérifier si des ajustements à votre traitement sont nécessaires, vous devrez faire des prises de sang tous les trois à six mois. Votre glycémie à jeun ou votre hémoglobine glyquée seront mesurées. **La glycémie à jeun** est le taux de sucre dans le sang après un jeûne de 8 heures. **L'hémoglobine glyquée** est le reflet de la moyenne des valeurs de glycémie des deux à trois derniers mois.

Si vous utilisez un système de surveillance continue du glucose, votre équipe traitante pourrait également vérifier votre temps dans la cible (voir la section sur **l'autosurveillance de la glycémie** à la p. 17).

Votre médecin évaluera aussi votre santé cardiovasculaire. Pour ce faire, votre taux de **cholestérol LDL** dans le sang sera mesuré à l'aide d'une prise de sang généralement une fois par année, et votre **pression sanguine** sera prise lors des rendez-vous médicaux.

Mesures	Valeurs cibles
Glycémie à jeun	Entre 4,0 et 7,0 mmol/L*
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	7 % ou moins*
Taux de cholestérol LDL	2,0 mmol/L ou moins
Pression sanguine	130/80 mm Hg ou moins

*Votre équipe traitante pourrait vous indiquer d'autres valeurs cibles selon votre état de santé.



Certains examens doivent aussi être faits régulièrement afin d'évaluer la présence de complications associées au diabète. Ils permettront de détecter une atteinte aux :

- **Nerfs (neuropathie) et aux pieds** : un test au monofilament et un examen des pieds doivent être faits par un(e) médecin, un(e) podiatre, un(e) infirmier(ère) ou un(e) infirmier(ère) en soins podologiques ;
- **Reins (néphropathie)** : une analyse d'urine et une prise de sang doivent être faites ;
- **Yeux (rétinopathie)** : un examen de la vue doit être fait par un(e) optométriste ou un(e) ophtalmologue ;
- **Dents et gencives (parodontite)** : un examen complet de la bouche et des dents doit être fait par un(e) dentiste ou un(e) hygiéniste dentaire.



Discutez avec votre équipe traitante de la fréquence à laquelle ces examens doivent être faits. Elle pourrait aussi vous recommander d'autres examens au besoin. N'hésitez pas à discuter avec votre équipe traitante de vos questionnements et de tout nouveau symptôme.

Ressources

Pour de l'information sur le diabète

- Site Internet de Diabète Québec : diabete.qc.ca
- Service InfoDiabète :
514 259-3422 | 1 800 361-3504, poste 1,
ou infodiabete@diabete.qc.ca
- Projet BETTER : type1better.com
- Boîte à outils de Steve Chalifoux, infirmier clinicien pivot en diabète : schalifouxdiabete.com

Pour des formations sur le diabète

- Universi-D : universi-d.com
- Projet BETTER : type1better.com

Pour une consultation avec une diététiste-nutritionniste

- Secteur public avec requête du médecin (sans frais),
GMF, CLSC ou clinique de diabète de votre région
- Secteur privé (avec frais), Ordre des diététistes-nutritionnistes
du Québec : odnq.org (514 393-3733 | 1 888 393-8528)

Pour votre santé mentale

- Accueil psychosocial de votre CLSC
- Anorexie et boulimie Québec : anebquebec.com
- Centre d'écoute par région : lignedecoute.ca
- ÉquiLibre : equilibre.ca
- Info-Social : 811, option 2
- Guichet d'accès en santé mentale de votre secteur
via une requête de votre médecin
- Ordre des psychologues (avec frais) :
ordrepsy.qc.ca (514 738-1223 | 1 800 561-1223)

Pour du soutien des pairs

- Événements Les Rencontres du premier type organisés
par Diabète Québec : diabete.qc.ca
- Groupes Facebook
- Fondation de la recherche sur le diabète juvénile : frdj.ca

Pour une consultation avec un(e) professionnel(le) spécialisé(e) en soins des pieds (avec frais)

- Association des infirmières et infirmiers en soins podologiques du Québec : aiispq.org (1 800 771-9664)
- Ordre des podiatres du Québec : ordredespodiatres.qc.ca (514 288-0019 | 1 888 514-7433)

Pour arrêter de fumer

- Conseil québécois sur le tabac et la santé : cqts.qc.ca
- Services gratuits J'arrête : quebecsanstabac.ca/jarrete (1 866-jarrete)
- Défi J'arrête, j'y gagne : defitabac.qc.ca

Pour de l'information sur la consommation d'alcool

- Educ'alcool : educalcool.qc.ca

Pour de l'information sur l'aide financière

- Site Internet de Diabète Québec : diabete.qc.ca

Autres ressources

- Ordre des optométristes du Québec : ooq.org
- Association québécoise de la douleur chronique : aqdc.info
- Centre d'études sur le stress humain : stresshumain.ca
- Fondation canadienne du rein : rein.ca
- Fondation des maladies du cœur : coeuretavc.ca
- Ordre des dentistes du Québec : maboucheensante.com

Vous souhaitez devenir membre de Diabète Québec ?

Abonnez-vous en ligne dès maintenant à **diabete.qc.ca** ou détachez et remplissez ce formulaire et faites-le-nous parvenir à l'adresse suivante :

Diabète Québec

3750, boulevard Crémazie Est, bureau 500
Montréal (Québec) H2A 1B6

Formulaire d'adhésion

Langue de correspondance : Français Anglais

Salutations : Mme M. Préfère ne pas répondre

Prénom

Nom

Adresse

App.

Ville

Code postal

Tél. résidentiel

Tél. mobile

Courriel

Signature

Date

En devenant membre de Diabète Québec au coût de 20 \$ par année, vous recevrez la revue trimestrielle *PLEIN SOLEIL* (SVP cocher) :

- Version papier
- Version électronique
- Je ne désire pas recevoir la revue

Diabète Québec se réserve le droit de tout changement à son abonnement sans préavis.

RGP-20

L'école du diabète

Universi-D est un organisme à but non lucratif dont la mission est de former les personnes vivant avec le diabète. Notre but est de faciliter l'autogestion du diabète au quotidien.

Nos services :

- Formations en personne
- Formations en webdiffusion
- Cours en mode autoapprentissage
- Cours sur vidéo



Nos formations abordent des sujets tels que l'alimentation, la médication, l'hypoglycémie, les complications à long terme et bien plus !

Le diabète est complexe à gérer, mais Universi-D est là pour vous aider !

Offre exclusive

Entrez le code promotionnel UNIVERSI-D lors de votre achat et recevez 5\$ de rabais sur la formation de votre choix.

L'école du diabète



universi-d.com

Des questions sur le diabète ?

Service InfoDiabète

514 259-3422

1 800 361-3504

infodiabete@diabete.qc.ca

