



EDITO

Les fêtes approchent et l'hiver s'installe doucement ! Pour ce nouveau numéro, nous vous proposons des contenus variés pour vivre cette période avec sérénité.

Vous y trouverez des conseils pour profiter des repas de Noël sans déséquilibres, des idées de menus festifs à IG bas, un point santé, ainsi qu'un guide pratique pour partir au ski lorsqu'on vit avec un diabète. Nous vous proposons aussi une interview inspirante, qui offre un éclairage précieux sur la prise en charge du DT1 sous d'autres latitudes. Nous vous souhaitons une fin d'année chaleureuse et pleine de douceur.

Joyeuses fêtes et bonne lecture à tous,

Votre équipe ASDIA



LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES DU MEMBRE SUPÉRIEUR : UNE COMPLICATION OUBLIÉE MAIS FRÉQUENTE DU DIABÈTE DE TYPE 1



Docteur Sylvie Picard – Point Médical Rond-Point de la Nation, 21000 Dijon

Parmi les complications du diabète de type 1 (DT1), il y a les complications classiques (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) qui sont directement dépendantes de l'équilibre glycémique passé et présent et qui devraient devenir nettement moins fréquentes dans les années qui viennent grâce aux nouvelles technologies comme la mesure du glucose en continu et la boucle fermée (BF). Cependant, il existe aussi des complications qui existent même si l'équilibre est jugé optimal. Parmi elles, il faut citer le risque cardiovasculaire maintenant bien établi et les troubles musculosquelettiques (TMS) du membre supérieur davantage méconnus.

Les TMS sont fréquents au cours du DT1, touchant en moyenne 1/3 des personnes vivant avec un DT1 (PVDT1) et 1 personne sur 2 au-delà de 20 ans de DT1 (mais on peut avoir 25 ans et 20 ans de DT1...). Ces TMS peuvent aussi survenir dans la population générale, mais chez les PVDT1 ils ont des caractéristiques particulières : au moins pour les syndromes « canalaire » (compression des tendons ou des nerfs), leur mécanisme (et donc leur traitement) est un peu différent des TMS survenant chez des personnes non diabétiques.



Cette lettre est la vôtre, alors n'hésitez pas à en devenir acteur !

Une initiative, une information, une thématique que vous souhaiteriez voir abordée ? Faites-nous part de vos suggestions, via l'adresse e-mail dédiée : actu-diabete@asdia.fr.

Nous sommes à votre écoute !



Asdia est une société du Groupe Santé Cie, Entreprise à Mission engagée au service de la santé de proximité et des parcours de soins ambulatoires.

Par ailleurs, ces TMS surviennent chez des personnes jeunes, ils sont souvent plus sévères et guérissent moins vite voire récidivent et surtout ils sont multiples, ce caractère n'étant par exemple pas retrouvé chez les personnes vivant avec un diabète de type 2.

Ces TMS interfèrent avec la vie quotidienne par la gêne voire le handicap qu'ils entraînent : des actes simples (manger, conduire, écrire...) peuvent devenir difficiles voire impossibles mais de ce fait ils interfèrent aussi avec la gestion quotidienne du diabète : gérer une pompe à insuline (changer un réservoir, insérer un cathéter) ou insérer un capteur peuvent devenir des challenges et parfois nécessitent une aide extérieure.

Il est donc essentiel de savoir reconnaître ces TMS, de connaître leur relation avec le DT1 et leur physiopathologie afin de mieux les traiter, et d'autre part il est essentiel d'en tenir compte lors du choix d'une pompe ou d'un dispositif de BF : le système aura beau être optimal, si la PVDT1 est incapable d'insérer le capteur et/ou de remplir le réservoir, ce système ne pourra pas être utilisé.

On distingue globalement 3 catégories de TMS souvent associés entre eux et les uns aux autres. Nous ne détaillerons pas ici les tendinites qui sont plus fréquentes et plus précoces au cours du DT1 mais qui n'ont pas d'autres caractéristiques particulières. Les 2 autres catégories de TMS sont les troubles rétractiles et les syndromes canalaires.

Troubles rétractiles

Le plus fréquent est certainement la capsulite rétractile. Elle se caractérise par 3 phases durant chacune plusieurs mois : une phase inflammatoire avec des douleurs souvent insomniaques puis l'inflammation diminue alors que la raideur s'installe et enfin seule la raideur persiste : impossibilité de lever le bras, de mettre la main dans le dos, même de façon passive. Le seul traitement est la kinésithérapie douce sur une durée prolongée (18-24 mois) en mobilisant aussi l'autre épaule pour limiter le risque de forme bilatérale, l'atteinte fréquente de l'autre côté démarrant souvent quand le premier côté commence à aller mieux.

Le deuxième trouble rétractile associé au DT1 est la maladie de Dupuytren. Il s'agit d'une rétraction de l'aponévrose de la paume de la main entraînant la formation de nodules, de « cordes » dans la paume puis une flexion irréductible des doigts touchant surtout le 4e doigt et le 5e doigt. Cette maladie est environ 8 fois plus fréquente chez les personnes qui ont eu une capsulite rétractile et son traitement est très difficile nécessitant l'avis d'un chirurgien de la main très spécialisé. En pratique on conseille de ne rien faire tant que la main peut être posée à plat sur la table car le risque de récidive voire d'aggravation après une chirurgie est conséquent.

Syndromes canalaires

Les syndromes canalaires peuvent toucher les nerfs et/ou les tendons. Le plus connu est le syndrome du canal carpien où le nerf médian est comprimé dans un petit canal sur la face antérieure du poignet. Il provoque un engourdissement des 3 premiers doigts de la main et parfois une perte de force. Des examens complémentaires peuvent aider à en apprécier la gravité et il ne faut pas trop attendre pour le traiter car une compression prolongée du nerf va entraîner des lésions définitives qui pourront persister après la chirurgie, celle-ci étant le plus souvent nécessaire à terme. D'autres nerfs peuvent également être comprimés comme le nerf ulnaire au coude et/ou au poignet.

En ce qui concerne la compression des tendons, les problèmes les plus fréquents sont les doigts à ressaut touchant souvent plusieurs doigts simultanément ou successivement. La cause est un épaississement de la gaine du tendon : le tendon ne peut plus coulisser sous des « arches » au niveau de la paume de la main : un nodule se développe qui bloque le passage mais celui-ci peut être forcé au prix d'une douleur et d'un claquement audible d'où le nom de doigt à ressaut. Le traitement est quasi exclusivement chirurgical : dans le diabète, les infiltrations sont clairement inefficaces à long terme (1 an) compte tenu de la physiopathologie (accumulation de produits avancés de glycation dans la gaine du tendon) mais peuvent en revanche fragiliser le tendon en augmentant le risque de rupture.

Tout cela va bien entendu impacter le choix des dispositifs de traitement et vous trouverez tous les détails sur les TMS et leur impact sur le choix des BF dans l'article qui est paru en novembre 2025 dans le numéro thématique de Médecine des Maladies Métaboliques* sur « Les complications orphelines du diabète » fin 2025.

La revue « Médecine des Maladies Métaboliques »

www.em-consulte.com



Société
francophone
diabète

Revue de
Formation
Médicale
Continue

**Médecine
des maladies
Métaboliques**

Diabète • Lipides • Obésité • Risques cardio-métaboliques • Nutrition

ALIMENTATION, ALCOOL ET FÊTES : L'ESSENTIEL POUR PRÉVENIR LES DÉSÉQUILIBRES GLYCÉMIQUES

Les fêtes de fin d'année riment souvent avec repas riches, apéritifs prolongés et parfois consommation d'alcool. Quelques précautions permettent de profiter pleinement de ces moments tout en limitant les risques de déséquilibre glycémique.

Alimentation festive : digestion lente, glycémie prolongée

Les repas de fête sont souvent plus longs, plus gras et plus riches en glucides. Cette combinaison ralentit la digestion et peut entraîner une élévation glycémique tardive.

Quelques conseils pour mieux gérer ces situations :

■ Ajuster le bolus lorsque les prises alimentaires s'étalent dans le temps :

- Utilisation des bolus duo/carré (pompes classiques)
- Bolus fractionnés en déclarant progressivement les glucides grâce à l'assistant bolus si les prises alimentaires sont étaillées (boucles fermées)
- Surveiller la glycémie plusieurs heures après le repas
- Limiter les apports successifs de glucides rapides à l'apéritif

Alcool : un risque d'hypoglycémie retardée

Dans les heures qui suivent la consommation (jusqu'à 12 heures, parfois plus), le foie réduit sa production de glucose car il priorise la métabolisation de l'alcool. Cela peut provoquer une hypoglycémie retardée (souvent nocturne).

Hyperglycémie possible, mais secondaire

Certaines boissons alcoolisées contiennent des glucides (bières, cidre, cocktails sucrés, vins liquoreux). Elles peuvent entraîner une élévation modérée de la glycémie immédiate.

Principe clé

Même si l'alcool est glucidique, on ne le compte pas dans le bolus (ou on le fait avec prudence). L'objectif est d'éviter une administration excessive d'insuline, qui augmenterait fortement le risque d'hypoglycémie tardive due à l'effet hépatique de l'alcool.



Les réflexes clés pour les fêtes

- Maintenir la pompe en place et les alarmes actives
- Ne jamais boire à jeun, et associer systématiquement alcool et aliments
- Garder sur soi le nécessaire pour un resucrage
- Penser aux alternatives pauvres en glucides
- Boire avec modération et informer un proche si la consommation est inhabituelle
- Reprendre rapidement un rythme alimentaire et glycémique habituel les jours suivants

En combinant une surveillance adaptée, une gestion raisonnée des bolus et quelques réflexes simples, les repas festifs et l'alcool peuvent s'intégrer en toute sécurité dans cette période particulière.

Sources : Fédération française des diabétiques | Santé publique France | Dbl-diabète | PNNS.

ALIMENTATION ET PLAISIR

LE MENU DE FÊTES À IG BAS/MODÉRÉ

Ci-dessous, vous trouverez un menu complet adapté aux patients diabétiques.



ENTRÉES

SALADE HIVERNALE AUX POIRES POCHÉES, NOIX ET BLEU DE BRESSE

POUR 4 PERSONNES

Mesclun de salade : 1 grand bol (≈ 120 g)

Noix : 8 cerneaux

Poires Conference : 2

Bleu de Bresse : 40 g (ou comté / morbier)

Vinaigre de framboise : 4 c. à café

Eau : 200 ml

Miel de sapin : 1 c. à café

Mélange 4 épices : 1 c. à soupe



- Porter à ébullition l'eau avec le miel et le mélange 4 épices.
- Éplucher les poires, les couper en petits dés et les plonger 2-4 minutes dans l'eau bouillante, jusqu'à ce qu'elles soient fondantes.
- Égoutter et laisser refroidir.
- Dresser : mesclun, noix hachées, poires pochées, bleu en petits dés.
- Ajouter 1 c. à café de vinaigre de framboise par assiette.

TARTARE DE SAUMON ET POMME CROQUANTE

POUR 4 PERSONNES

Saumon frais : 400 g

Pomme verte type Granny Smith : 1

Échalote : 1

Jus de citron : 2 c. à soupe

Huile d'olive : 4 c. à soupe

Herbes fraîches : ciboulette, aneth, etc.

Sel



- Couper en petits dés le saumon et la pomme épluchée.
- Émincer l'échalote et les herbes. Presser le citron.
- Mélanger dans un saladier : saumon, pomme, échalote, herbes, citron, huile, sel.
- Dresser à l'aide d'un emporte-pièce.
- Servir bien frais.

PLATS

NOIX DE SAINT-JACQUES AU CURRY, RIZ NOIR & FONDUE DE POIREAUX

POUR 4 PERSONNES

Noix de Saint-Jacques : 400 g

Riz noir / sauvage / basmati : 320 g

Poireaux : 600 g

Échalote : 1

Crème liquide ou lait de coco : 30 cl

Vin blanc : 5 cl

Curry jaune (pâte) ou curry en poudre

Sel, coriandre fraîche

Beurre pour la cuisson



- Cuire le riz selon les instructions, idéalement al dente.
- Rincer les Saint-Jacques et les sécher.
- Émincer l'échalote et les poireaux.
- Dans une poêle, faire fondre une noix de beurre et dorer les Saint-Jacques 1 min par face. Réserver au chaud.
- Dans la même poêle : ajouter échalote, poireaux, vin blanc, crème et curry. Laisser mijoter quelques minutes.
- Remettre les Saint-Jacques dans la sauce.
- Servir le riz, puis napper de la sauce et disposer les Saint-Jacques. Ajouter coriandre hachée.

DINDE, SAUCE AUX CHAMPIGNONS & PURÉE DE PANAIS

POUR 4 PERSONNES

Panaïs : 800 g

Lait : 200 ml (ajustable)

Jaune d'œuf : 1

Huile ou beurre : 4 c. à soupe

Noix de muscade

Sel, poivre



- (La sauce aux champignons peut être adaptée selon votre recette habituelle.)
- Pour la purée de panaïs (accompagnement) :
 - Peler et couper les panaïs.
 - Cuire dans l'eau bouillante jusqu'à ce qu'un couteau entre facilement.
 - Égoutter puis remettre dans la casserole.
 - Ajouter lait, jaune d'œuf, beurre/huile, assaisonnement.
 - Écraser au presse-purée.
 - Ajuster la texture avec un peu plus de lait selon la consistance souhaitée.
- Pour la viande, prendre une dinde rôtie en rotisserie

DESSERTS

MOUSSE DE MÛRES

POUR 4 PERSONNES

Mûres : 300 g (+ quelques-unes pour la déco)

Sucre de coco : 10 g

Mascarpone : 250 g

Extrait de vanille : ½ c. à café

Crème fraîche liquide : 15 cl



- Faire chauffer les mûres et le sucre 1-2 min, jusqu'à ce qu'elles rendent leur jus.
- Mixer puis filtrer au chinois.
- Dans un saladier, assouplir le mascarpone puis incorporer la purée de mûres et la vanille.
- Monter la crème en crème fouettée et l'incorporer délicatement.
- Répartir dans 4 coupes et décorer de quelques mûres.

TARTE TIRAMISU

POUR 4 PERSONNES

Poudre d'amande fine : 125 g

Farine de blé complète : 105 g

Cacao amer : 20 g

Beurre doux : 100 g

Jaune d'oeuf : 20g (≈ 1) – Gardez le blanc pour la mousse tiramisu

Sel : 2 g

Mascarpone : 125 g (divisé en 2 bols)

Jaunes d'œufs : 30 g (≈ 2/3)

Blancs d'œufs : 60 g (≈ 2)

Sucrant (facultatif) : 26 g

Café lyophilisé : 1 c. à soupe

Vanille en poudre : 1 c. à café



CRÉATION DE NOTRE DIÉTÉTICIENNE PÂTISSIÈRE MARION JOLY-CHEREL – POUR UN CERCLE DE 21 CM, 2CM DE HAUT

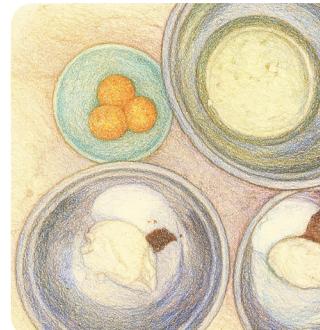
PÂTE BRISÉE IG BAS AU CACAO

- Sabler farine, cacao, sel, sucrant et beurre (fourchette, mains ou robot – feuille).
- Ajouter les œufs et mélanger sans trop travailler la pâte.
- Étaler entre deux feuilles de papier cuisson (≈ 2 mm d'épaisseur, corrigé).
- Réfrigérer 15 min ou congeler 5 min.
- Découper une bande de 2cm de haut × 66 cm et un fond de 21 cm.
- Beurrer le cercle, poser sur papier cuisson ou Silpain® ; foncer le cercle.
- Piquer le fond et placer 1 h au congélateur.
- Cuire 15 min à 150 °C. Laisser refroidir.
- Astuce : Etaler le reste de pâte, saupoudrer de cacao amer, découper à l'emporte pièce de votre choix, cela vous fera des biscuits individuels ou une décoration pour votre tarte.



CRÈME TIRAMISU (À PRÉPARER LA VEILLE)

- Diviser le mascarpone : un bol nature, un bol avec café lyophilisé.
- Dans chaque bol : ajouter 15g de jaune d'œuf + 13g de sucrant. Fouetter jusqu'à texture mousseuse.
- Monter les blancs en neige mousseuse.
- Incorporer délicatement ½ des blancs dans chaque bol de mascarpone.
- Verser la mousse café sur le fond de tarte refroidi. Congeler 15 min.
- Ajouter la mousse nature.
- Faire prendre 15 min au congélateur ou une nuit au réfrigérateur.
- Saupoudrer de cacao amer avant de servir.



RÉSOLUTION 2026 !

1 FIXER DES OBJECTIFS RÉALISTES PROGRESSIFS

- Plutôt que de viser un changement radical, privilégier des **petits objectifs** : par exemple, commencer par ajouter un légume à chaque repas, ou boire un verre d'eau supplémentaire chaque jour.
- Célébrer les "petites victoires"** : se féliciter après quelques semaines d'une meilleure régularité ou d'un choix alimentaire plus équilibré. Cela aide à maintenir la motivation.

2 STRUCTURER LES REPAS ET L'ALIMENTATION

- Organiser **trois repas équilibrés** par jour et éventuellement une ou deux collations.
- Dans l'assiette :
 - Légumes** : à varier et de saisons : crus ou cuits, pour les fibres, vitamines, minéraux.
 - Protéines** : poisson, poulet, légumineuses, ...
 - Glucides complexes** riches en fibres : céréales complètes, légumineuses, quinoa, ...
 - Matières grasses de qualité** en petite quantité : huile d'olive, noix, graines, avocat...
 - Fruits** : pour les fibres, vitamines et minéraux.
- Limitez les aliments sucrés, gras, très salés, les boissons sucrées ou alcoolisées.
- Varier les aliments pour éviter la monotonie et couvrir tous les besoins nutritionnels (fibres, vitamines, protéines, glucides complexes).
- Adapter les portions et les choix selon l'âge, le mode de vie, l'appétit, l'activité physique ... chaque personne est différente.



Commencer une nouvelle année est l'occasion idéale pour installer ou renforcer des habitudes favorables à la santé. Voici comment :

3 SUIVI, PLANIFICATION ET ORGANISATION : LES ALLIÉS DU QUOTIDIEN

Pour éviter l'improvisation, la planification se révèle précieuse :

- Planifier les repas à l'avance** : consacrer un moment dans la semaine (ex. dimanche) pour élaborer le menu de la semaine, préparer une liste de courses, anticiper collations et repas.
- Garder l'hydratation à l'esprit** : boire régulièrement de l'eau tout au long de la journée, un geste simple mais souvent négligé. Pourquoi ne pas adopter une routine hydrique pour ne pas oublier ?



4 ADOPTER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE

L'alimentation seule ne suffit pas. L'activité physique, même modérée, joue un rôle important. Par exemple, intégrer des promenades, du vélo, de la natation ou des exercices de renforcement musculaire quelques jours par semaine. L'activité peut aussi devenir une habitude dans la routine, comme l'alimentation ou le sommeil, si elle est planifiée.

5 S'APPUYER SUR DES OUTILS ET APPLICATIONS POUR FACILITER L'ORGANISATION

Heureusement, il existe aujourd'hui des solutions numériques pour aider à planifier. Parmi les plus utiles :

- La Fabrique à Menus** | Préparer les repas de la semaine et éviter les improvisations.
laufrique.fr
- Jow** | Application de recettes pour mieux gérer le budget, manger équilibré et varié.
jow.fr
- Frigo Magic** | Outil de recettes avec les aliments de la cuisine pour moins de gaspillage, plus d'économie et pas de perte de temps. frigomagic.com

Le recours à des applications ou des planificateurs peut transformer ce qui paraît laborieux en routine simple, et réduire la charge mentale.



INTÉGRER PROGRESSIVEMENT LE CHANGEMENT ET RESTER FLEXIBLE

- La rigidité totale est rarement durable : il s'agit plutôt d'**équilibre** et d'adopter de bonnes habitudes sans tomber dans l'obsession. Cela rend le mode de vie plus agréable et plus réaliste. L'approche proposée par le programme Slow Diabète illustre bien cette philosophie : une démarche progressive, réaliste et respectueuse des rythmes et contraintes de chacun.
- Reconnaitre que le parcours sera avec des hauts et des bas. Ce qui compte, c'est la régularité sur le long terme.

Quelques repères pratiques :

- Commencer petit** : un changement à la fois, par exemple, d'abord instaurer la régularité des repas, puis travailler sur la qualité nutritionnelle, puis sur l'activité physique.
- Planifier la semaine** : un jour dédié à la planification des repas + liste de courses + préparation de quelques bases (légumes coupés, légumineuses cuites, etc.) peut simplifier le quotidien.
- Utiliser une application ou un outil numérique si possible** : cela peut aider pour le suivi des repas, des glucides, de l'activité, sans se perdre dans des papiers.
- S'autoriser de la flexibilité** : le but est d'installer des habitudes durables, pas de viser la perfection. Un repas non préparé de temps en temps ne remet pas tout en cause si l'équilibre global est respecté.



Liens utiles :



- Diabète et alimentation au quotidien : les fondamentaux
- Gérer son alimentation et organiser ses repas
- Programme Slow diabète : manger mieux, vivre mieux

JE PARS AU SKI AVEC MON DIABÈTE...



Les conseils pratiques du Dr Julie TEYNIE
Service diabétologie-endocrinologie - Centre Hospitalier de Pau

Noël approche et les sommets revêtent leur manteau blanc. L'appel du ski se fait sentir. Quelques précautions sont nécessaires afin que le séjour alpin se déroule dans les meilleures conditions.



1 AVANT LE DÉPART

Je soigne ma condition physique et, selon mon âge et/ou d'autres éventuels soucis de santé, je fais le point avec mon diabétologue sur mon aptitude à partir skier. Je prépare tout mon matériel et n'oublie pas d'apporter les stylos du schéma de remplacement en cas de panne de pompe.

Je prépare mon sac à dos de façon à le garder toujours avec moi :

- Ma trousse de sécurité comportant :
 - Un stylo d'insuline rapide et quelques aiguilles
 - Un lecteur de glycémie avec bandelettes de glycémie et de cétonémie,
 - De quoi me resucer en cas d'hypoglycémie,
 - Un kit de BAQSIMI et éventuellement un stylo d'insuline lente ou le matériel pour changer ma pompe sauf si celui-ci est stocké à proximité des pistes .
 - Attention il est prudent de placer ce matériel dans un sac isotherme pour éviter de l'exposer à des températures extrêmes susceptibles de l'endommager.
- Une collation de type biscuits ou barre de céréales
- Une boisson pour pouvoir m'hydrater.



2

CONCERNANT L'ADAPTATION
DES DOSES D'INSULINE**Les conditions hivernales ainsi que l'effort physique fourni au cours d'une séance de ski peuvent favoriser les hypoglycémies.**

Il est donc prudent si je n'ai pas l'habitude de pratiquer ce sport d'adapter mes doses d'insuline en conséquence. On peut proposer par exemple de baisser de 30% le bolus du petit-déjeuner s'il est pris dans les 2 heures précédent le début de l'activité ainsi que celui du déjeuner.

Concernant le débit de base, je passe en débit de base temporaire - 30 % au moins une heure avant de commencer et je le prolonge de 1 à 2 heures après la fin de la journée (certains patients le gardent même jusqu'après le dîner).

En cas de boucle fermée il est judicieux de passer en mode «activité physique» dès le petit déjeuner et de le maintenir au moins 1 à 2 heures après. Pour le ski de randonnée la diminution de mes doses d'insuline doit être encore plus importante car l'effort physique endurant sensibilise plus encore mon corps à l'action de l'insuline. Par exemple je réduis mon bolus et mon débit de base de 50 à 70 %.

Ensuite je tiens compte de mon expérience et réadapte mes doses (par ex. si hypo répétées : je baisse mon bolus et mon débit de base à - 50 %).

Pendant la journée de ski je règle une alarme hypoglycémie et surveille régulièrement ma glycémie (toutes les heures si je n'ai pas l'habitude). Si elle passe en dessous de 1.20 g/l, je peux prendre une collation de 10g de glucides environ (par exemple une barre de céréales). En cas d'hypoglycémie, il convient de resucer avec 10 à 15 g de glucides et de compléter avec une petite collation de 10 g de glucides.



3

CONCERNANT L'ALIMENTATION

Je dois avant tout bien m'hydrater, même si avec le froid j'en ressens moins le besoin. Compter au moins 1.5L/jour voire 2L (tout compris)

Je prévois des féculents à chaque repas pour refaire mes stocks musculaires d'énergie. Au ski, mes repas sont parfois plus riches en glucides qu'habituellement. Je dois donc en tenir compte lorsque j'adapte mes bolus !

Je prévois des collations au cours de la journée si le besoin se fait sentir ou en cas de glycémies limites (fruits, barre de céréales, biscuits...). Si ma glycémie est supérieure à 1.20 g/l ou que la collation est riche en glucides je peux faire un bolus correspondant à la quantité de glucides mais là encore je pense à baisser la dose d'au moins 30 %.

En résumé

Skier avec mon diabète c'est tout à fait possible! Je dois prendre certaines précautions pour profiter au mieux de mon séjour. J'anticipe le risque hypoglycémique induit par l'effort et les températures hivernales en adaptant mon alimentation et mes doses d'insuline. Comme mon corps, je pense à protéger mes insulines du froid.

Et me voilà prête à chausser mes skis pour profiter des premiers flocons !

INTERVIEW

RENCONTRE AVEC KALIL DE L'ASSOCIATION AJDB AU BURKINA FASO



1 — POUVEZ-VOUS PRÉSENTER VOTRE ASSOCIATION EN QUELQUES MOTS ?

L'Association des Jeunes Diabétiques du Burkina (AJDB) est une organisation à but non lucratif créée par des jeunes vivant eux-mêmes avec le diabète de type 1. Nous accompagnons les enfants, adolescents et jeunes adultes DT1 pour qu'ils aient accès aux soins, à l'information et à une vie digne malgré la maladie. Notre engagement vient de notre propre vécu : nous savons exactement par quoi passent ces enfants.

2 — COMMENT A-T-ELLE VU LE JOUR ET QUELS SONT SES OBJECTIFS ?

L'AJDB est née de la volonté de jeunes DT1 qui ont voulu transformer leurs difficultés en force collective. Nous avons constaté que le diabète de l'enfant est très peu connu et que les familles manquent d'accompagnement.

Nos objectifs sont :

- Sensibiliser sur le diabète de type 1,
- Améliorer l'accès à l'insuline et aux consommables,
- Renforcer l'éducation thérapeutique,
- Offrir un soutien moral aux enfants et aux familles,
- Et défendre leurs droits pour une prise en charge plus juste et accessible.

Dans cette interview, nous vous emmenons loin de notre quotidien pour découvrir une réalité bien différente : celle de la prise en charge du diabète de type 1 au Burkina Faso. Depuis plus de six ans, l'association Les îlots de Langerhans entretient un lien privilégié avec l'AJDB, portée par Kalil, qui œuvre auprès des enfants et adolescents vivant avec un DT1.

À travers des échanges réguliers, des partages et des projets communs cette collaboration nous rappelle combien l'accès aux soins et le soutien associatif peuvent transformer des vies.

Nous avons eu l'opportunité d'échanger avec Kalil pour mieux comprendre les défis rencontrés au quotidien, les réalités du terrain, et l'engagement admirable des équipes locales. Un témoignage précieux, qui invite à la fois à la réflexion et à la gratitude.

3 — Y'A-T-IL BEAUCOUP DE DT1 AU BURKINA FASO ? COMMENT SONT-ELLES PRISES EN CHARGE ?

Il est difficile de donner un chiffre précis car beaucoup d'enfants ne sont pas diagnostiqués à temps mais selon notre recensement il y a environ 350 enfants. Mais la réalité est claire : les cas augmentent, et de nombreuses familles rencontrent de grandes difficultés pour accéder aux soins.

La prise en charge repose surtout sur les hôpitaux publics et quelques initiatives privées, mais elle reste coûteuse et insuffisante.

Certaines familles dépendent encore des dons ou de l'aide associative, ce qui montre l'urgence d'améliorer le système.

4 — QUELLES ACTIONS MENEZ-VOUS À L'AJDB ?

Nous menons nos actions autour de plusieurs axes :

- Accompagnement et soutien moral
- Éducation thérapeutique par des ateliers pratiques et adaptés
- Sensibilisation dans les écoles, médias et communautés
- Solidarité : distribution ponctuelle de consommables
- Plaidoyer pour une meilleure reconnaissance du diabète de l'enfant et du DT1

Notre force, c'est que les enfants sont accompagnés par des jeunes qui vivent la même réalité qu'eux. Cela crée un lien de confiance unique.

5 — QUELLES SONT LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS QUE VOUS RENCONTREZ ?

Les défis sont nombreux :

- Le coût élevé de l'insuline et des bandelettes,
- Les ruptures fréquentes,
- Le manque d'information sur le diabète de l'enfant,
- L'absence de données fiables,
- Les moyens financiers limités de l'association,
- Le manque d'éducation thérapeutique dans la plupart des hôpitaux.

Beaucoup d'enfants arrivent à l'hôpital dans des états critiques faute de diagnostic précoce.

6 — QUELLES SONT, À L'INVERSE, VOS SATISFACTIONS ET CE QUI VOUS MOTIVE ?

Nos satisfactions viennent des enfants.

Voir un enfant DT1 retrouver le sourire, reprendre confiance, comprendre sa maladie, réussir à s'autogérer... c'est ce qui nourrit notre engagement.

Et surtout, le fait que nous, jeunes DT1, arrivons à aider d'autres jeunes DT1 : c'est une force, une fierté et une motivation permanente.

Nous voulons construire un Burkina où vivre avec un diabète de type 1 ne sera plus un combat quotidien, mais une condition gérable avec dignité.

7 — EN TANT QUE JEUNE ASSOCIATION DE QUEL TYPE DE SOUTIEN AURIEZ-VOUS BESOIN POUR RENFORCER VOS ACTIONS ?

En tant que petite association, nous faisons le maximum avec des moyens très limités.

Nous aurions besoin de soutiens sur plusieurs plans :

- Soutien matériel : insuline, bandelettes, glucomètres, consommables...
- Soutien financier : pour organiser les activités, les formations, les déplacements et la prise en charge d'urgence.
- Soutien institutionnel : une vraie collaboration avec les structures de santé pour faciliter l'éducation thérapeutique et le suivi.
- Soutien technique : formations, capacités, mentorat, accompagnement pour améliorer notre organisation interne.
- Soutien médiatique : plus de visibilité afin de faire connaître la réalité du diabète de l'enfant au Burkina.

Aujourd'hui, nous portons une cause lourde, avec nos propres forces, nos propres expériences et nos propres défis.

Toute aide, même modeste, peut changer la vie d'un enfant DT1.

8 — QU'EST-CE QUI DIFFÉRENCIE L'AJDB DES AUTRES STRUCTURES TRAVAILLANT DANS LE DOMAINE DU DIABÈTE AU BURKINA FASO ?

Notre particularité, c'est que nous sommes une association créée et portée par des jeunes vivant eux-mêmes avec le diabète de type 1.

Nous connaissons le vécu, les peurs, les urgences et les réalités que vivent les enfants DT1, parce que nous les vivons aussi.

Cela crée une approche plus humaine, plus proche, plus rassurante.

Les enfants et les parents se sentent compris, écoutés et jamais jugés.

Nous apportons un soutien que seules des personnes ayant la même expérience peuvent offrir.

9 — QUELS SONT LES RÊVES OU AMBITIONS QUE VOUS AVEZ POUR LES ENFANTS DT1 DU BURKINA FASO DANS LES PROCHAINES ANNÉES ?

Notre rêve est simple : qu'aucun enfant DT1 ne perde la vie faute d'insuline, faute de matériel ou faute d'information.

Nous voulons un avenir où :

- L'insuline sera accessible et abordable,
- Les parents seront formés à gérer le diabète,
- L'éducation thérapeutique sera présente dans tous les hôpitaux,
- Les enfants vivront normalement, sans exclusion ni stigmatisation,
- Et où le diabète de l'enfant sera reconnu comme une réalité, pas une inconnue.

Nous voulons bâtir un pays où être DT1 ne sera plus un handicap, mais une condition gérable, avec dignité et espoir !

