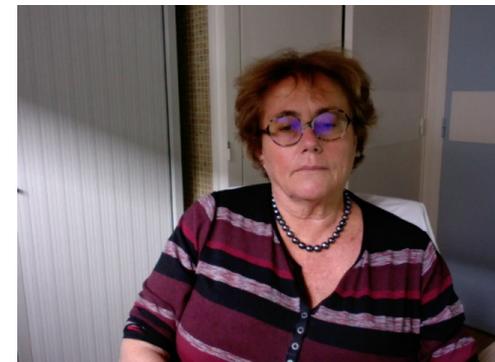


# Guide pour le suivi des personnes âgées diabétiques de type 2 en soins primaires

Isabelle Bourdel-Marchasson

Pour le SIG Diabetes de l'EUGMS et l'EDWPOP



## Liens d'intérêts

Oratrice pour un symposium NovoNordisk  
Participation à un board diabète du sujet âgé



# Objectifs

- Identifier dans des domaines clés
  - recommandations
  - propositions de bonnes pratiques cliniques
  - Aider les professionnels de la santé et du social en soins primaires
  - Gérer les problèmes complexes Améliorer les standards du soin aux personnes âgées diabétiques traitées par l'équipe de soins primaires
- Produire un consensus entre médecins généralistes, diabétologues, et gériatres européens
- Fournir une base aux responsables des soins de santé et aux décideurs politiques de chaque pays du continent européen pour planifier un modèle de parcours de soins qui améliore les soins du diabète chez les personnes âgées en termes de qualité et de résultats cliniques
- Publié in extenso en français sur le site de la SFGG

Lead I Bourdel-Marchasson &  
S Maggi



Lead A



# Justification

- Diabète : maladie chronique de très longue durée
  - Prise en charge coûteuse
  - Qualité de vie altérée
  - Comorbidités et polymédication
  - Augmentation de la mortalité
  - Augmentation du risque de handicap, etc...
- Concerne 10-15 % des personnes âgées européennes
- Entre 2,5 et 6 % des coûts directs

Lead I Bourdel-Marchasson &  
S Maggi



Lead A



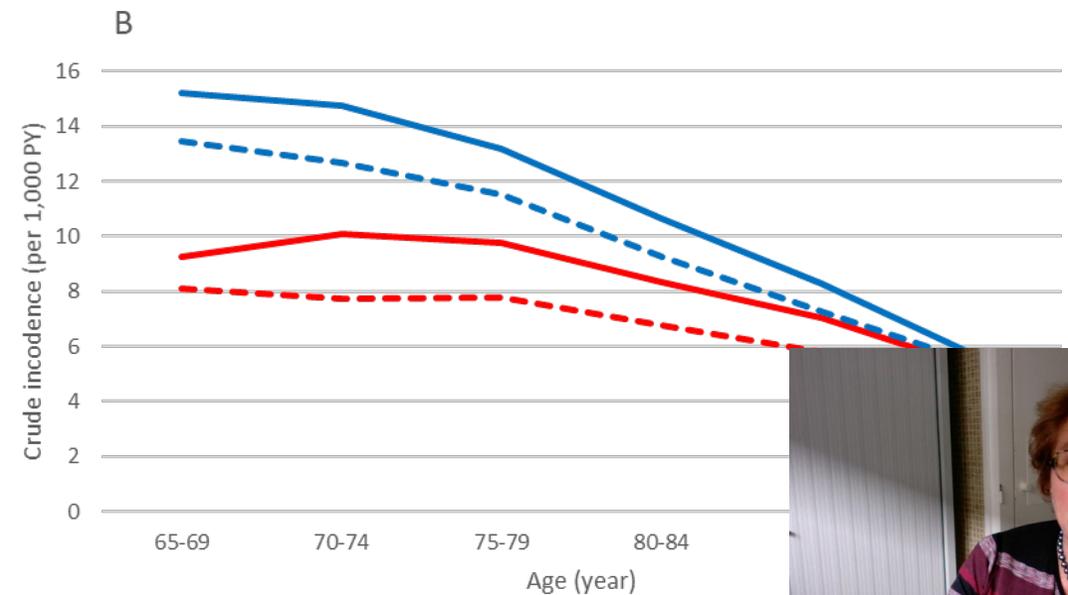
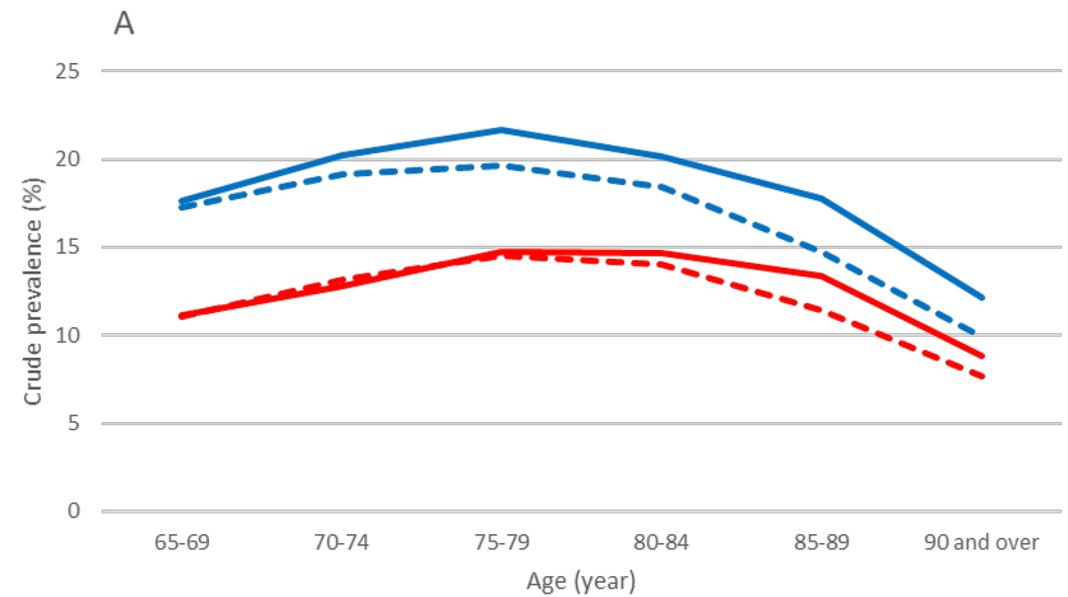
# Un peu de bonnes nouvelles en France

Évolution de la prévalence et de l'incidence du diabète en France dans la période pré-Covid

Isabelle Bourdel-Marchasson, Marie Guion, Sandrine Fosse-Edorh

Santé Publique France, The French National Public Health Agency, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice, France

À paraître dans ATLAS IDF 2023



# Quels sont les besoins particuliers des diabétiques âgés ?

- Complexité de la prise en charge en soins primaires
- Intérêt d'une équipe multidisciplinaire
- Mettre l'accent sur la sécurité
- Prévenir les hospitalisations non-programmées
- Prévenir la dépendance
- Prévenir les admissions en institutions
  - et amélioration du soin en Ehpad
- Prise en compte de la qualité de vie
- Permettre une fin de vie dans la dignité

Lead I Bourdel-Marchasson &  
S Maggi



Lead A



# Quels sont les besoins particuliers des diabétiques âgés ?

- Recherche clinique concentrée sur les « jeunes vieux »
- Désert après 85 ans ou si polypathologie
- Les personnes âgées diabétiques ont besoin de recherche clinique et thérapeutique
  - Haute qualité
  - Ambitieuse

Lead I Bourdel-Marchasson &  
S Maggi



Lead A

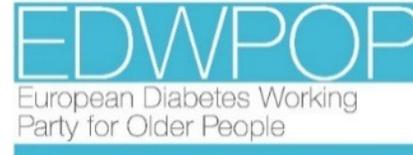


# Principes

- Décisions / actions basées sur l'évaluation gériatrique standardisée y compris les données sociales
- Inclusivité
- Stratification du risque
  - Benefices / risque
  - Inclusion du patient
- Objectifs spécifiques
  - Améliorer la sécurité
  - Détecter la fragilité
  - Minimiser l'aggravation des capacités fonctionnelles
  - Maintenir l'indépendance
  - Permettre une fin de vie digne



# Méthodess



- Groupe de travail
  - EUGMS SIG diabetes
  - EDWOPP (European Diabetes Working Party for Older people)
  - Médecins généralistes invités
  - Représentant des patients
- Recherche
  - Revue de preuves
  - Essais cliniques randomisés (ECR) incluant des personnes âgées
  - Avis d'experts dans les domaines manquant de données (> 85 ans)
- Databases
  - Embase, Medline/PubMed, Cochrane Trials Register, CINAHL, and Science Citation
  - Recherche manuelle pour au moins 12 journaux de diabétologie et médecine du vieillissement
  - Dernière mise à jour en février 2022.

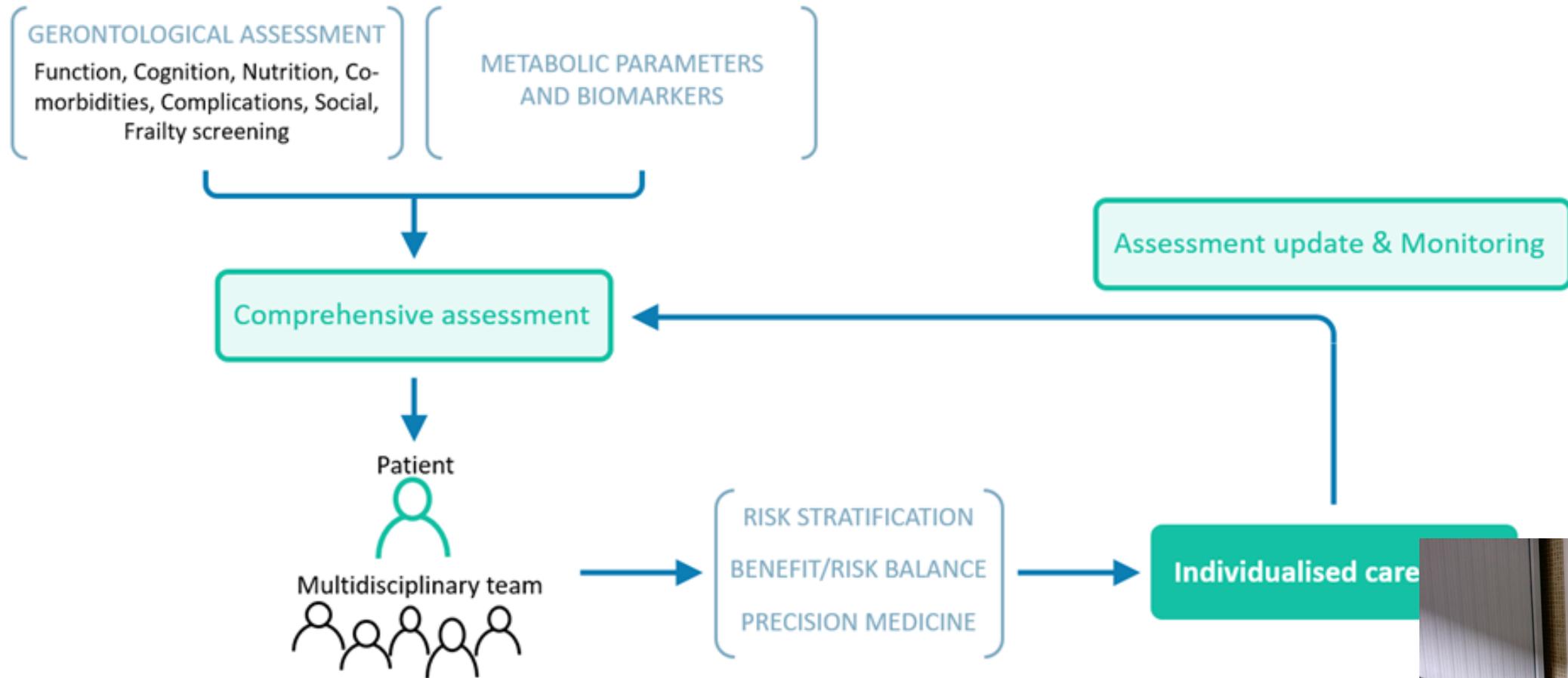


# Graduation des recommandations

- 4A – Haut niveau – preuves issues de méta-analyses/revues systématiques de ECR, ECRs avec risques faibles de biais
- 3A – Niveau moyen – preuves issues de ECRs avec un risque élevé de biais, revues systématiques d'études de cohortes bien conduites ou d'études cas-témoins
- 2A – Faible niveau – preuves issues d'études de cohortes bien conduites ou d'études cas-témoins
- 1A – Avis d'experts (absence de preuves) – considéré comme « pratique clinique »

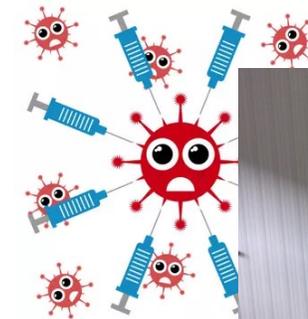
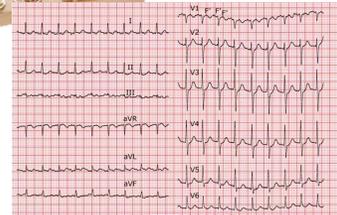
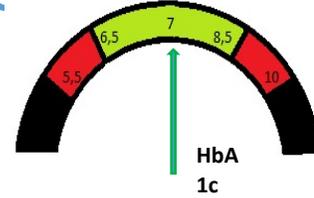


# Principes généraux



# Actions préventives pour limiter ou inverser le déclin en santé

- glycémie, TA, lipides, ECG
- Style de vie
- Nutrition
- Exercice
- Santé dentaire
- Vaccins
- Education thérapeutique



## Etapes principales

## Eléments principaux de réflexion

Metformine : 1<sup>ère</sup> ligne de traitement après mesures hygiéno-diététiques  
Si contre-indication envisager SU de faible risque ou gliptines

1<sup>ère</sup> étape

Étude bénéfiques/risques  
Discuter de protection cardiovasculaire indépendamment de l'effet hypoglycémiant

Tout autre traitement oral selon choix du prescripteur, état de santé (fragilité), risque hypoglycémique, considérations économiques  
Si obésité morbide (IMC>35) envisager agoniste GLP1  
Si traitements oraux non tolérés envisager insuline basale de longue action ou agoniste GLP1

2<sup>ème</sup> étape

Prendre en considération  
Le risque d'altération de la fonction rénale ou hépatique

Ajouter une insuline basale ou un analogue du GLP1

3<sup>ème</sup> étape

Essayer de ne pas mettre l'HbA1c au cœur des objectifs  
Prendre en compte  
Qualité de vie  
Minimiser le risque cardiovasculaire

### Précautions à prendre en cas de fragilité

- Privilégier une glinide si le profil de consommation alimentaire est irrégulier ou s'il y a des troubles cognitifs
- Éviter un inhibiteur des SGLT2 si risque de perte de poids indésirable, déshydratation ou antécédents d'amputation d'orteil
- Attention aux agonistes du GLP1 (perte de poids, anorexie) mais peuvent réduire le risque hypoglycémique
- Pioglytazones, non utilisés en France, effets secondaires++

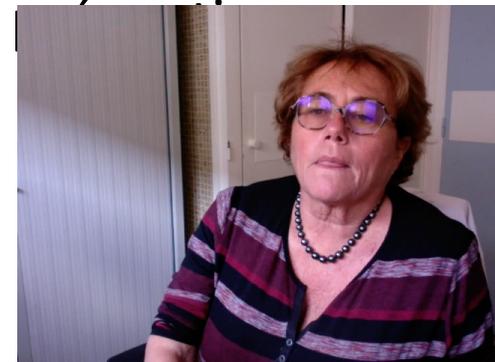


# Objectifs glycémiques

- L'HbA1c n'est plus au cœur des objectifs
  - Comment ça ?



- Qu'est ce qu'un biomarqueur ?
- Le principe est d'avoir le meilleur contrôle possible efficace à visée ET la meilleure sécurité et la meilleure qualité de vie



# Dépister la fragilité

- SHARE Frailty Instrument Calculators
  - Traductions disponibles
  - Homme / Femme

**SHARE-FI: FEMMES**

**Épuisement**  
Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire?  
Oui

**Appétit**  
Comment a été votre appétit?  
Pas de diminution de l'appétit/mangé ni plus ni moins que d'habitude

Main droite:  
Première tentative: 15.0  
Deuxième tentative: 14.0  
Main gauche:  
Première tentative: 16.0  
Deuxième tentative: 15.0

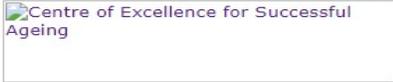
**Difficultés fonctionnelles**  
Un problème de santé vous empêche-t-il d'accomplir ces activités?  
(Ne tenez pas compte des difficultés passagères qui selon vous, seront résolues d'ici trois mois)

Marcher sur une distance de 100 mètres: Non  
Monter un étage par les escaliers sans se reposer: Oui

**Activité physique**  
Avec quelle fréquence pratiquez-vous des activités qui exigent des efforts physiques faibles ou modérés, comme s'occuper du jardin, nettoyer, promener?  
Une fois par semaine

**Résultat:** 2.444

**Catégorie:** Fragile



# SHARE-FI

- Critères de Fried
  - Très haute valeur prédictive
  - Difficile à utiliser en pratique clinique de tous les jours
- Clinical frailty scale de Rockwood
  - Simple à passer, engage à poursuivre l'évaluation gériatrique
- ICOPE première étape
  - Efficace, voir l'articulation pratique de la mise en place de la démarche intégrative ultérieure
- SHARE, the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
  - <https://share-eric.eu/>



# Précautions à prendre en cas de fragilité

- Privilégier une glinide si le profil de consommation alimentaire est irrégulier ou s'il y a des troubles cognitifs
- Éviter un inhibiteur des SGLT2 si risque de perte de poids indésirable, déshydratation ou antécédents d'amputation d'orteil
- Attention aux agonistes du GLP1 (perte de poids, anorexie) mais peuvent réduire le risque hypoglycémique



# Le biomarqueur peut-être un outil de contrôle de sécurité

- Exemples

- Une HbA1c élevée ne protège pas des hypoglycémies mais expose au risque infectieux

- + la mesure continue de la glycémie interstitielle

- Permet de vérifier l'absence d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie
- Est une aide au contrôle de la variabilité glycémique

- Les analogues du GLP1 peuvent entraîner une perte de poids

- + le contrôle de la composition corporelle permet de savoir à quel compartiment la perte de poids appartient



**142**  
mg/dL

Taux de glucose moyen

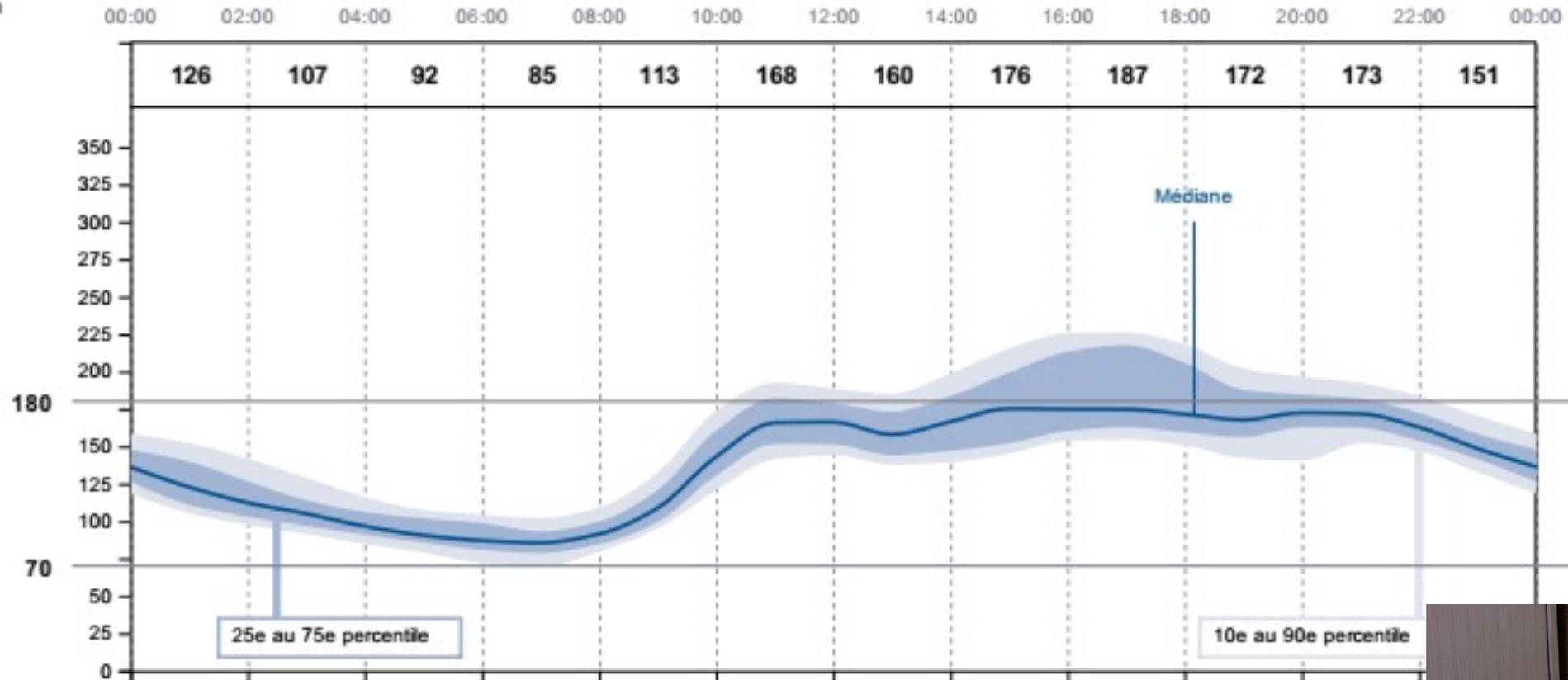
**82%**

Pourcentage dans la cible

**6,6%**

A1C estimée

Taux  
de glucose moyen  
mg/dL



**TAUX DE GLUCOSE MOYEN** **142** mg/dL

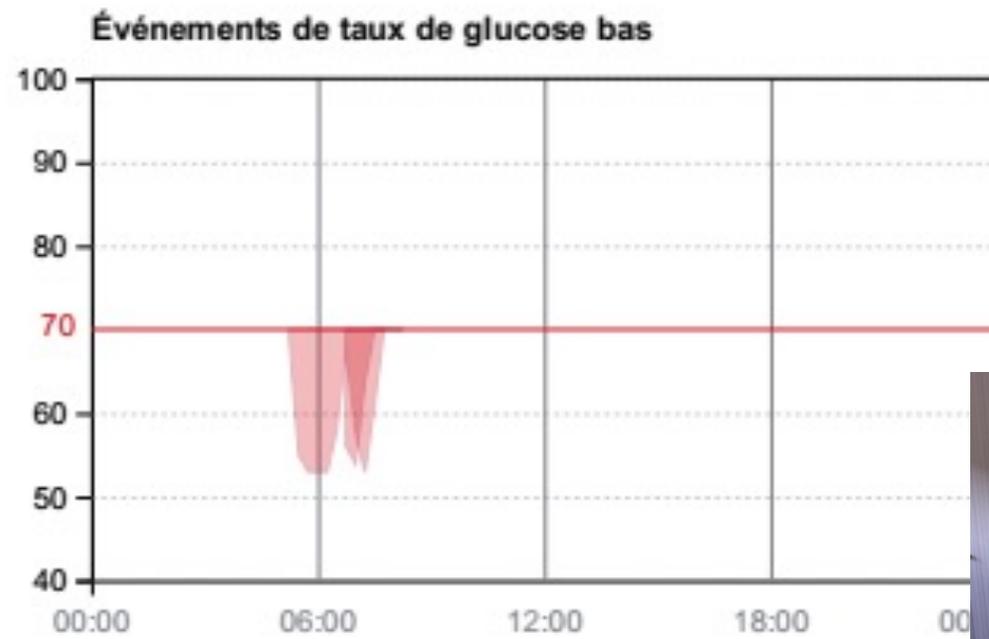
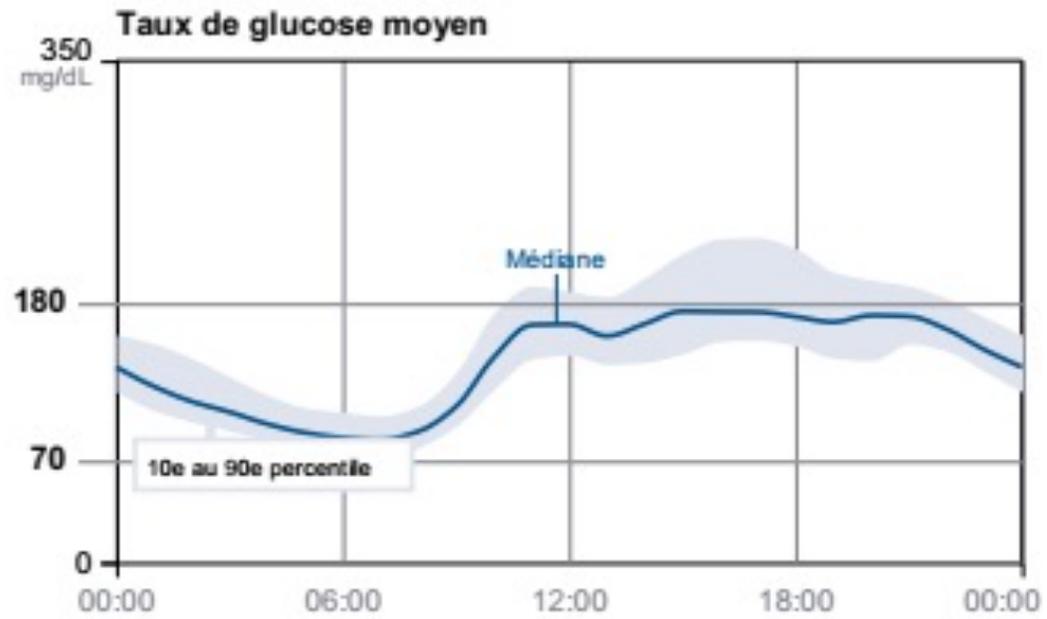
% au-dessus de la plage cible **17** %

% dans la plage cible **82** %

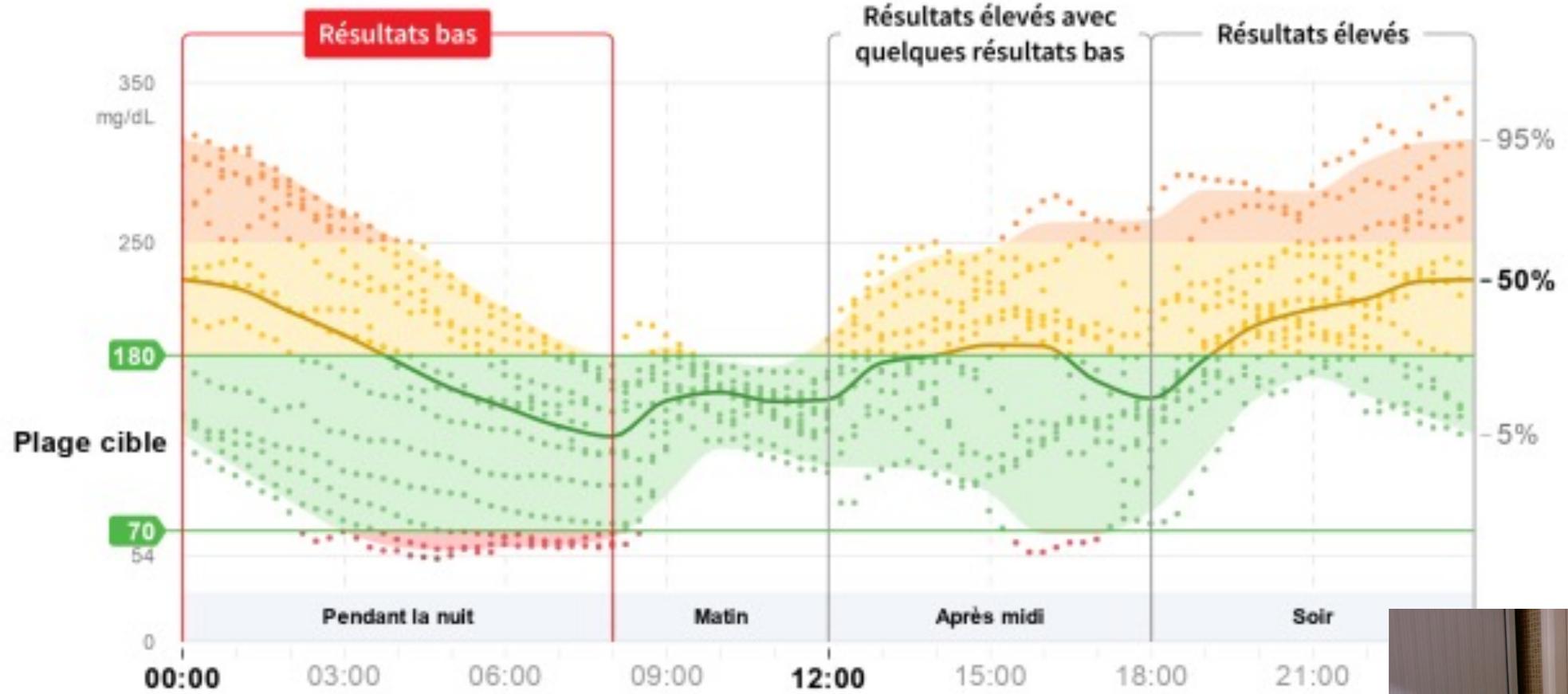
% au-dessous de la plage cible **1** %

**ÉVÉNEMENTS DE TAUX DE GLUCOSE BAS** **2**

Durée moyenne **120** Min



## Tendance du glucose (14 Jours)



**174**  
mg/dL

Taux de glucose moyen

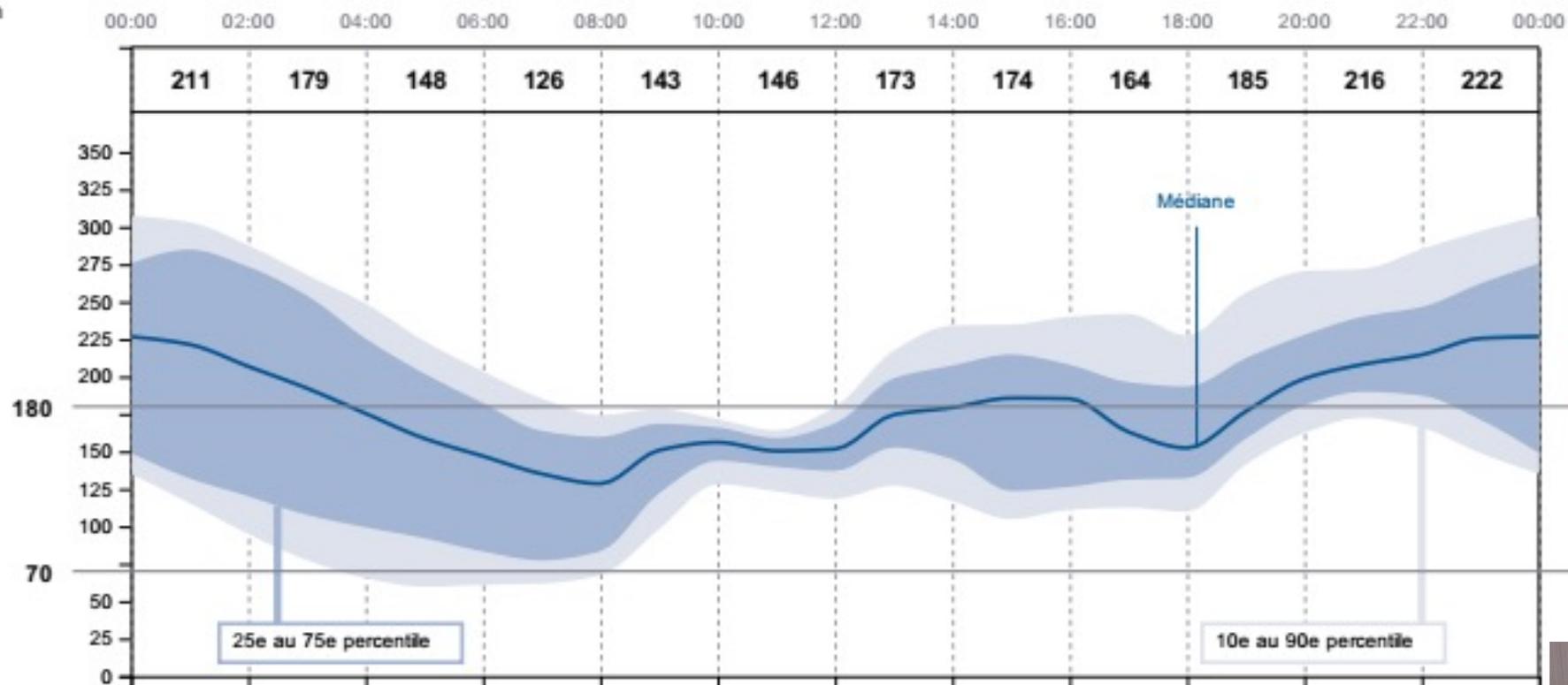
**52%**

Pourcentage dans la cible

**7,7%**

A1C estimée

Taux  
de glucose moyen  
mg/dL



Plage cible

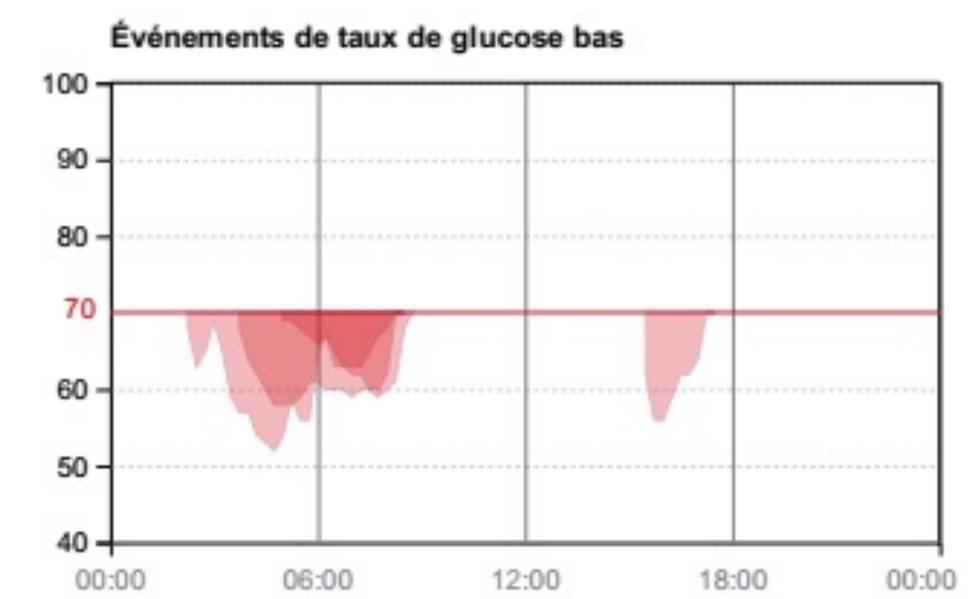
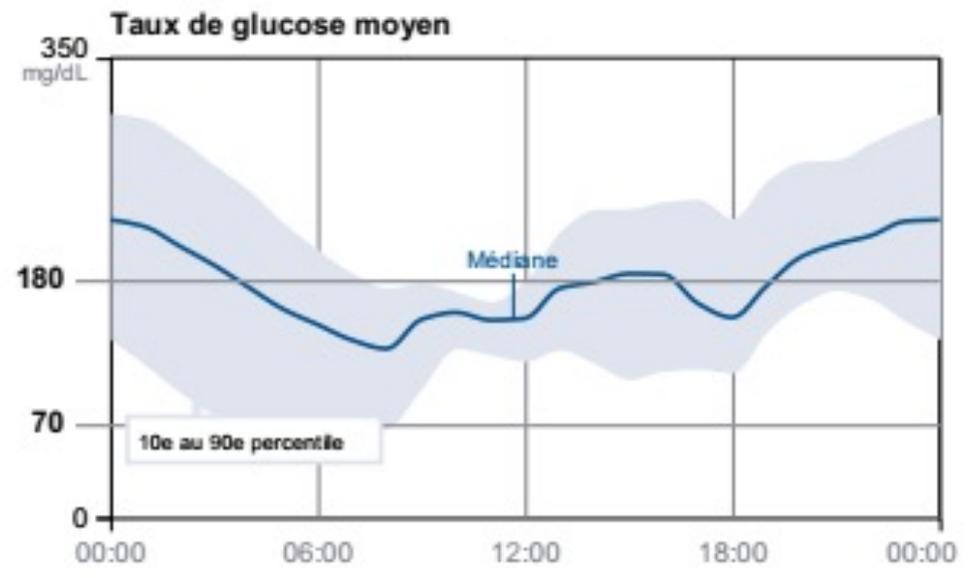
25e au 75e percentile

10e au 90e percentile



<b>TAUX DE GLUCOSE MOYEN</b>	<b>174</b> mg/dL
% au-dessus de la plage cible	43 %
% dans la plage cible	52 %
% au-dessous de la plage cible	5 %

<b>ÉVÉNEMENTS DE TAUX DE GLUCOSE BAS</b>	<b>4</b>
Durée moyenne	251 Min



# Santé numérique et traitement du diabète

1 Afin d'améliorer la qualité des soins des personnes âgées diabétiques, nous suggérons que tous les acteurs de la santé y compris les équipes de soins primaires, utilisent tous les outils numériques adaptés, partagent leurs dossiers de santé ainsi que les outils diagnostiques numériques disponibles afin de répondre aux objectifs clés de maintien du statut fonctionnel, de réduction des admissions non nécessaires à l'hôpital et enfin d'atteindre les objectifs glycémiques définis 1A

2 Nous suggérons que tous les patients âgés diabétiques qui en sont capables reçoivent une éducation thérapeutique et des instructions pour utiliser les applications de suivi du diabète sur téléphone mobile, tablettes ou ordinateur d'aider à la réalisation de leur plan de soins personnalisés 1A



# Santé numérique et traitement du diabète

3 Nous suggérons que les applications de soins du diabète pour les personnes âgées incluent les éléments suivants de soins et d'intervention : glycémie, oxymétrie, programme nutritionnel et d'activité physique, suivi tensionnel, alertes en cas d'hypoglycémie, aide au choix de doses d'insuline, contact téléphonique et messagerie SMS pour les médecins généralistes et les infirmières à domicile et enfin les conseils en cas de maladie intercurrentes 1A

4 Les consultations par télémédecine devraient être proposées aux personnes âgées avec accès limité au soins médicaux afin d'améliorer le contrôle glycémique sans leur faire courir un risque excessif d'hypoglycémie 3A



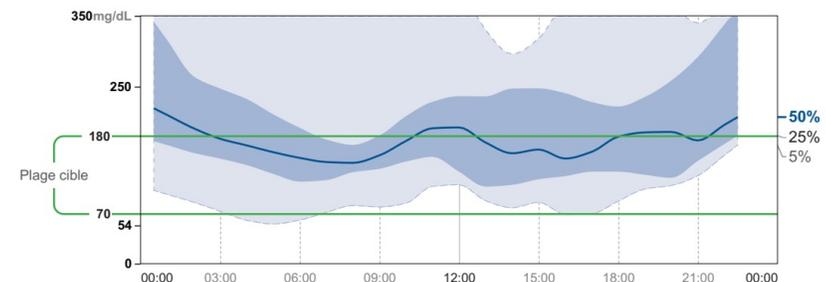
# Dé-prescription et dé-escalade thérapeutique

Encadré 2: Résumé des cas où il faut envisager la désintensification des traitements hypoglycémiques chez un patient âgé avec un diabète de type 2

- Troubles cognitifs majeurs, particulièrement chez ceux avec des apports alimentaires irréguliers et des troubles du comportement.
- Les personnes très âgées, particulièrement ceux  $\geq 80$  ans.
- Insuffisance rénale sévère, particulièrement si insuffisance rénale terminale.
- Nombreuses comorbidités, particulièrement si  $\geq 5$  comorbidités.
- Contrôle glycémique trop beau, particulièrement HbA1c  $< 7\%$  ou  $< 6,5\%$ .
- Fin de vie, particulièrement si moins d'un an d'espérance de vie.
- Résidents d'institution d'hébergement gériatrique, particulièrement ceux avec nombreuses comorbidités.
- Perte de poids significative, particulièrement perte de poids non intentionnelle indiquant une fragilité.
- Médications à risque, particulièrement sulfamides ou insuline.
- Hypoglycémies fréquentes, particulièrement si nécessité d'aide pour les corriger.
- Longue durée de diabète, particulièrement  $> 20$  ans.

Recommandations:  
Avis d'experts ou 2A

- Nous suggérons que la déprescription devrait être envisagé chez les personnes âgées diabétiques de type 2 présentant de fréquentes hypoglycémies ou recevant un schéma insulinique complexe. (2A)
- **Monitoring**  
Nous suggérons que l'utilisation de la mesure continue de la glycémie doit être envisagée chez les personnes pour lesquelles une grande variabilité glycémique est suspectée (2A)



# Partie 3: Complications

Infections et pathologies aiguës

Maladies cardiovasculaires

Neuropathie et douleur

Pied diabétique

Déficiences visuelles

Chutes et immobilité

Santé sexuelle féminine et dysfonction érectile

Dépression

Troubles cognitifs



# Troubles cognitifs

1 Nous suggérons qu'au moment du diagnostic de diabète et à intervalles réguliers les patients âgés de 70 ans et plus soient dépistés pour la présence d'un trouble cognitif à l'aide d'outils structurés et adaptés à l'âge la langue et la culture comme le MoCA, MininCog ou MMSe. (2A)

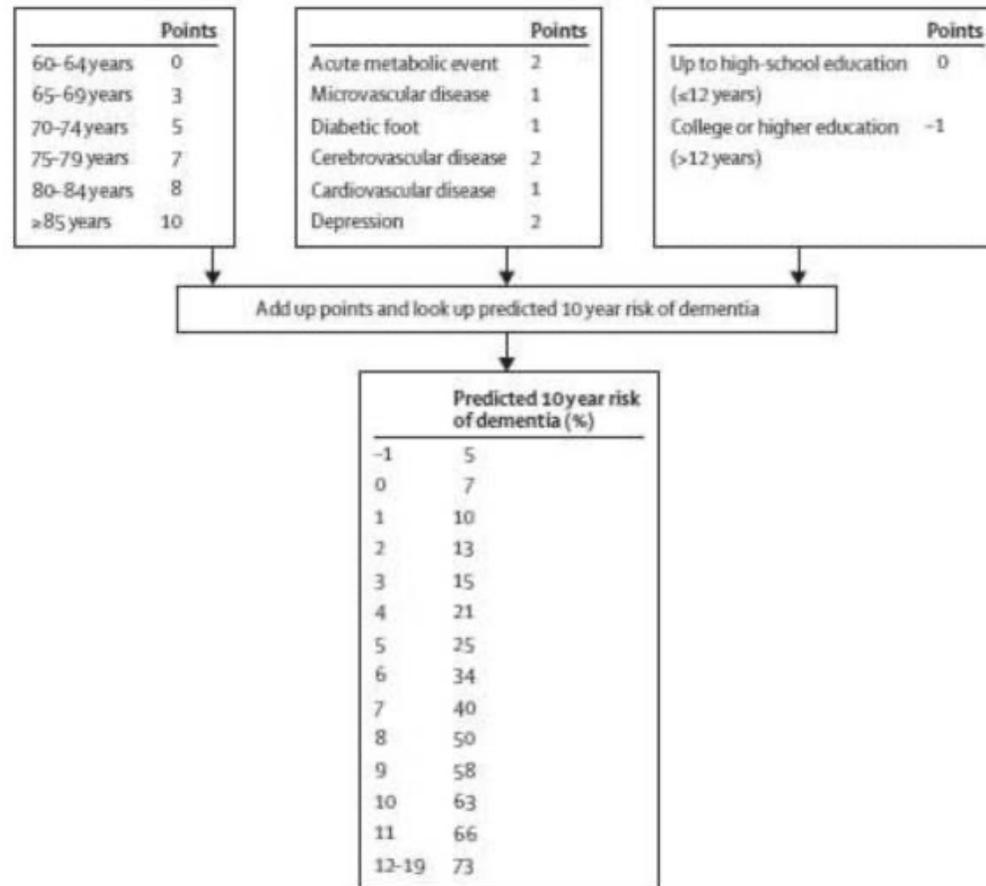
2 Chez les diabétiques âgés avec des facteurs de risque reconnus pour un trouble cognitif, un score de risque peut être utilisé pour estimer le risque de troubles cognitifs. (3A)

3 La découverte d'une fragilité et/ou d'un profil multimorbide complexe peut indiquer un risque accru de développer un trouble cognitif. (3A)

4 La prévention des hypoglycémies récurrentes chez les diabétiques âgés pourrait diminuer le risque de démence ou de troubles cognitifs. (2A)



# Score de risque de développer une démence



Exalto LG, *Lancet Diabetes Endocrinol* 2013; 1(3): 183-90.



# Troubles cognitifs

5 Un bilan médical complet est requis chez les diabétiques âgés afin d'exclure des causes réversibles de troubles cognitifs comme une confusion mentale, un effet secondaire médicamenteux, un trouble métabolique ou endocrinien, des troubles du sommeil ou une dépression. (4A)

6 Un contrôle optimal de la glycémie et de la tension artérielle doit être un objectif chez le diabétique âgé avec l'objectif de maintenir ses performances cognitives ou de les améliorer. (3A)

7 Nous suggérons que dans le but de maintenir les capacités d'auto-contrôle du diabète, les diabétiques doivent être dépistés à intervalles réguliers pour la présence de troubles cognitifs. (2A)

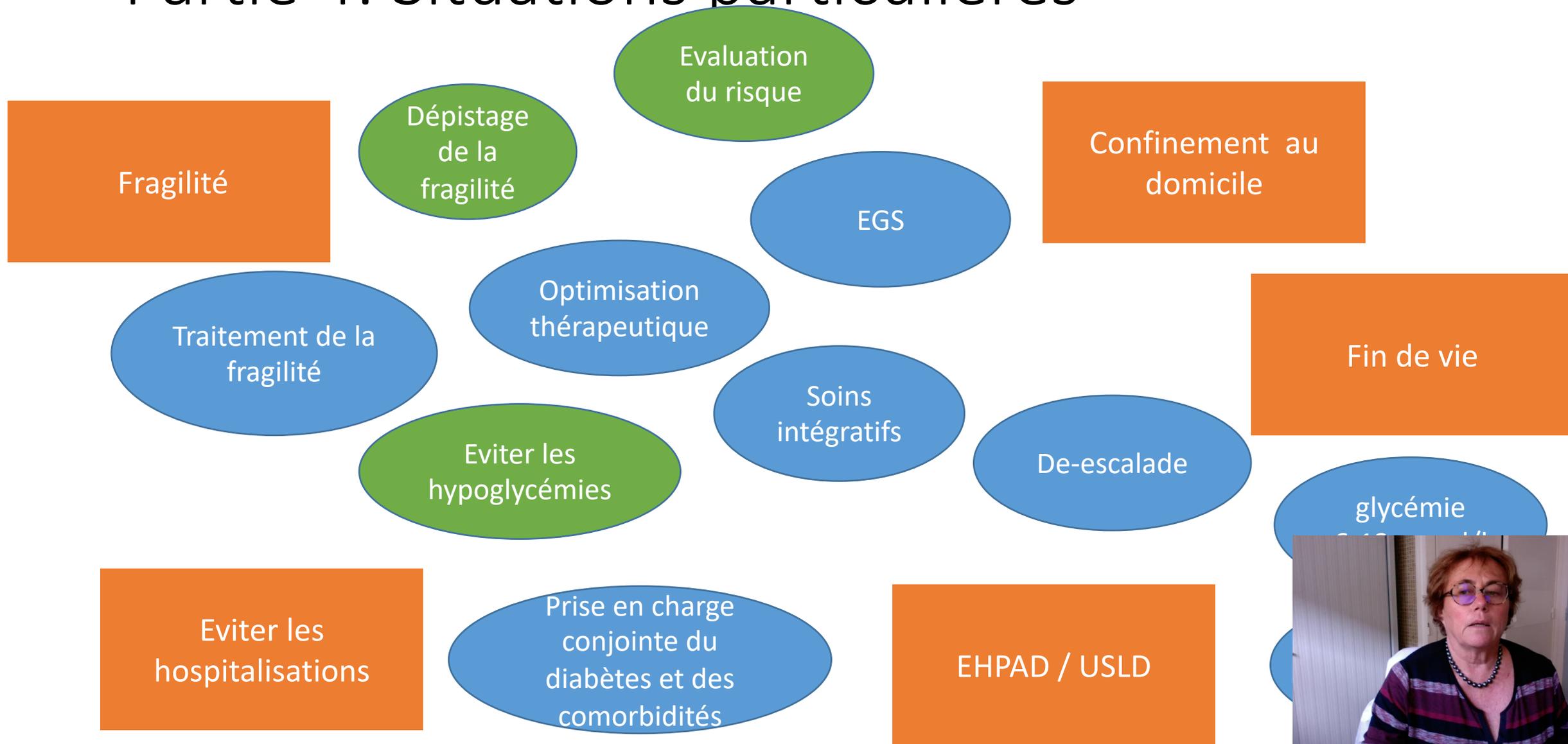
8 Chez les diabétiques âgés pour qui un trouble cognitif est suspecté, l'adressage à une consultation mémoire multidisciplinaire avec évaluation complète est requis. (4A)

9 Des guides de bonnes pratiques cliniques sont disponibles pour les professionnels du traitement du diabète qui prennent en soins des personnes à la fois diabétiques et porteurs de troubles cognitifs mineurs ou majeurs et ceux-ci peuvent guider les soins habituels. (2A)

10 Plusieurs interventions dont des programmes adaptés d'autogestion, de résolution de problèmes et des interventions comportementales peuvent avoir une place dans le suivi des diabétiques porteurs de troubles cognitifs. (3A)



# Partie 4: Situations particulières



# EHPAD

- 1 En raison de la fréquence du diabète non diagnostiqué dans les établissements d'hébergement des personnes âgées, au moment de leur admission chaque résident doit être dépisté et cela chaque année (3A)
- 2 Au moment de l'admission, nous suggérons que chaque résident diabétique soit dépisté pour les troubles cognitifs et fonctionnels y compris la fragilité car ceux-ci sont à haut risque de progression vers le handicap (2A)
- 3 Les résidents sous insuline ou sécretagogues de l'insuline doivent bénéficier d'une estimation du risque hypoglycémique et être régulièrement surveillés pour les symptômes hypoglycémiques (3A)
- 4 Nous suggérons que chaque résident diabétique bénéficie d'un traitement optimisé de sa glycémie et de la tension artérielle afin d'optimiser sa cognition et ses performances (2A)



# EHPAD

- 5 Nous suggérons que chaque résident ait un plan de soins individualisé incluant un programme nutritionnel et d'activité physique qui tienne compte de ses croyances, sa culture et ses souhaits personnels (2A)
- 6 Nous suggérons qu'un certain nombre d'actions soient envisagées pour aider la prise en charge des diabétiques âgés comme le suivi des recommandations de bonne pratique, l'optimisation thérapeutique, la désescalade thérapeutique et l'éducation thérapeutique, les téléconsultations entre spécialistes et équipe soignante, et enfin le traitement par insuline seule si nécessaire (basal bolus insuline ou basal insuline (2A)



# Conclusions

- Démarche Inclusive
  - Toutes les personnes âgées méritent un traitement optimal et sécurisé
- Preuves manquantes dans de nombreux domaines
- Besoin de conduire des recherches à haut niveau de preuve dans cette population

