



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE
& GÉRONTOLOGIE

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





SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE
& GÉRONTOLOGIE

Objectifs

- Améliorer les standards du soin aux personnes âgées diabétiques à domicile traitées par l'équipe de soins primaires
- S'assurer que chaque adulte âgé aura un plan de soins intégratif et individualisé
- Publié en anglais sur le site de la SFGG

Lead I Bourdel-Marchasson &
S Maggi



Lead A Sinclair



Principes

- Décisions / actions basées sur l'évaluation gériatologique 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



Méthode

- 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

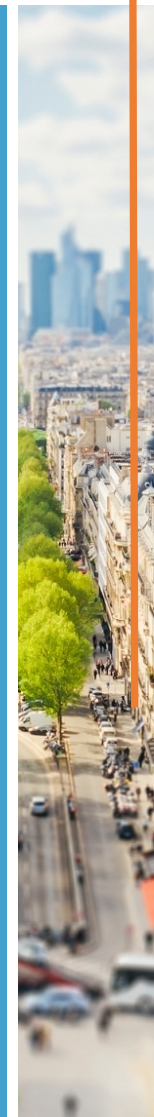
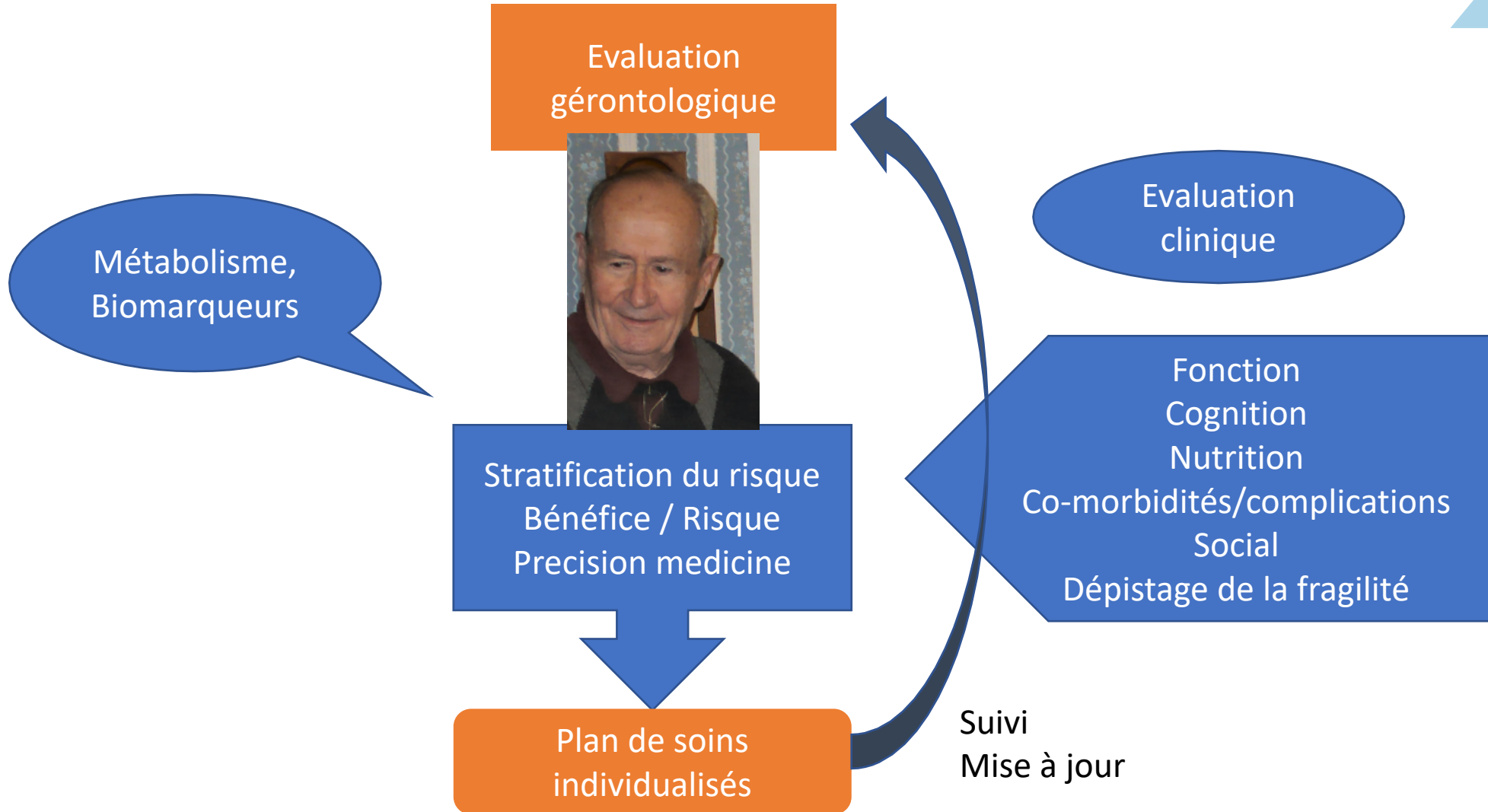
- 4A – Haut niveau – preuves issues de méta-analyses/revues systématiques de ECR, ECRs avec risques faibles de biais
- 3A – Niveau moyen – preuves issues de ECRs avec un risque élevé de biais, revues systématiques d'études de cohortes bien conduites ou d'études cas-témoins
- 2A – Faible niveau – preuves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





SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE
& GÉRONTOLOGIE

Partie 1: Recommandations pour améliorer la pratique et la qualité des soins primaires pour le suivi du diabète

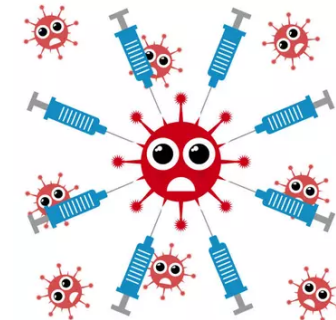
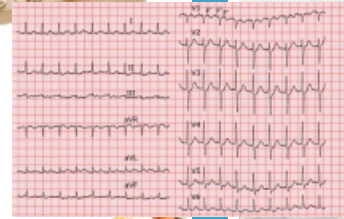
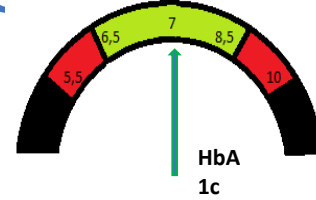




SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE
& GÉRIOLOGIE

Actions préventives pour limiter ou inverser le déclin en santé

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



Étapes clés

Metformine : 1^{ère} ligne de traitement après mesures hygiéno-diététiques
Si contre-indication envisager SU de faible risque ou gliptines

- 1^{ère} étape

Étude bénéfiques/risques
Discuter de protection cardio-vasculaire 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^{ème} étape

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

Ajouter une insuline basale ou un analogue du GLP1

- 3^{ème} étape

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

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++

Éléments clés de réflexion

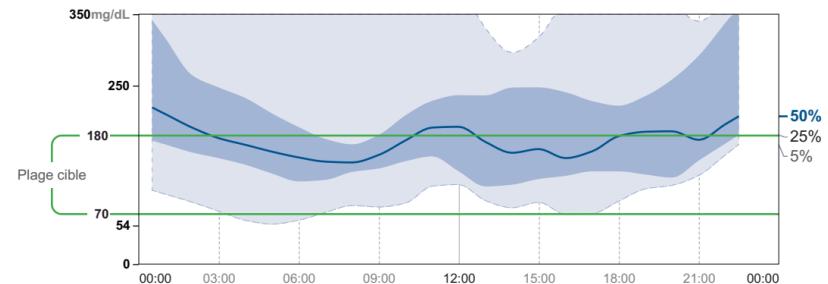
Dé-prescription et dé-escalade thérapeutique

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 ≥ 80 ans.
- Insuffisance rénale sévère, particulièrement si insuffisance rénale terminale.
- Nombreuses comorbidités, particulièrement si ≥ 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 envisagée 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)



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 afin d'aider à la réalisation de leur plan de soins personnalisés 1A

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'hypoglycémie, 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 télé médecine devraient être proposées aux personnes âgées avec accès limité aux soins médicaux afin d'améliorer le contrôle glycémique sans leur faire courir un risque excessif d'hypoglycémie 3A





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)

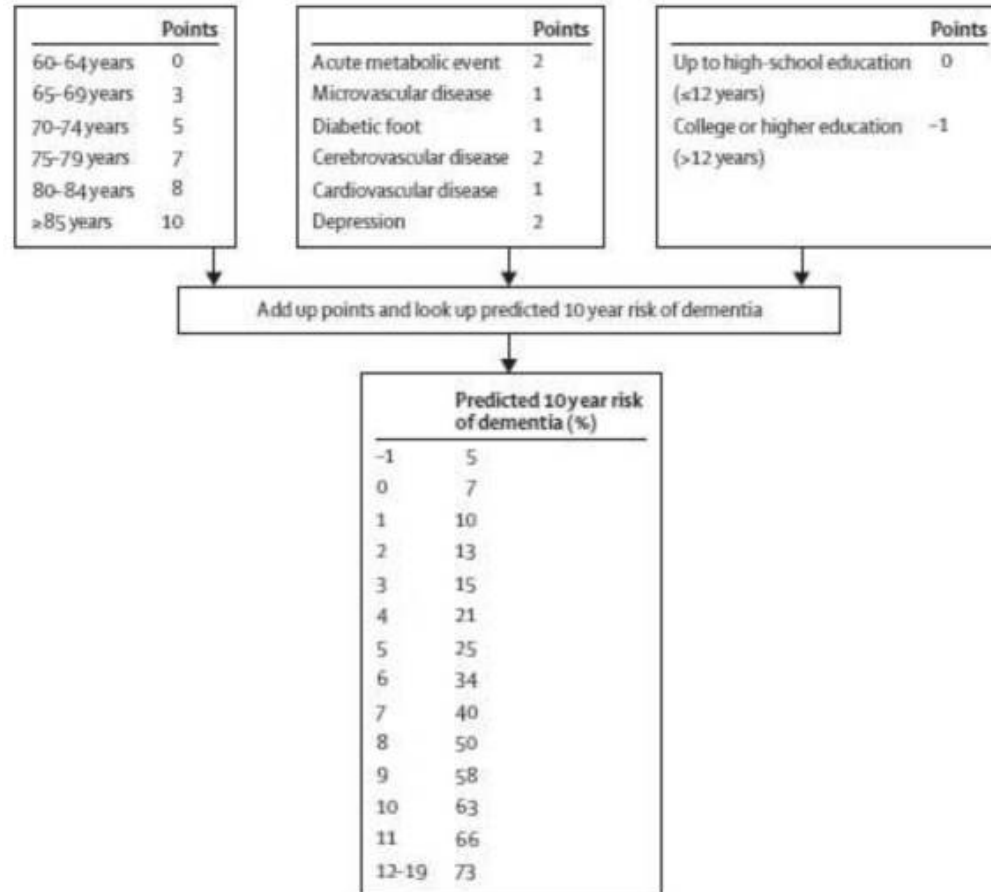
3 La découverte d'une fragilité et/ou d'un profil multimorbide complexe peut indiquer un risque accru de développer un trouble cognitif. (3A)

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



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)

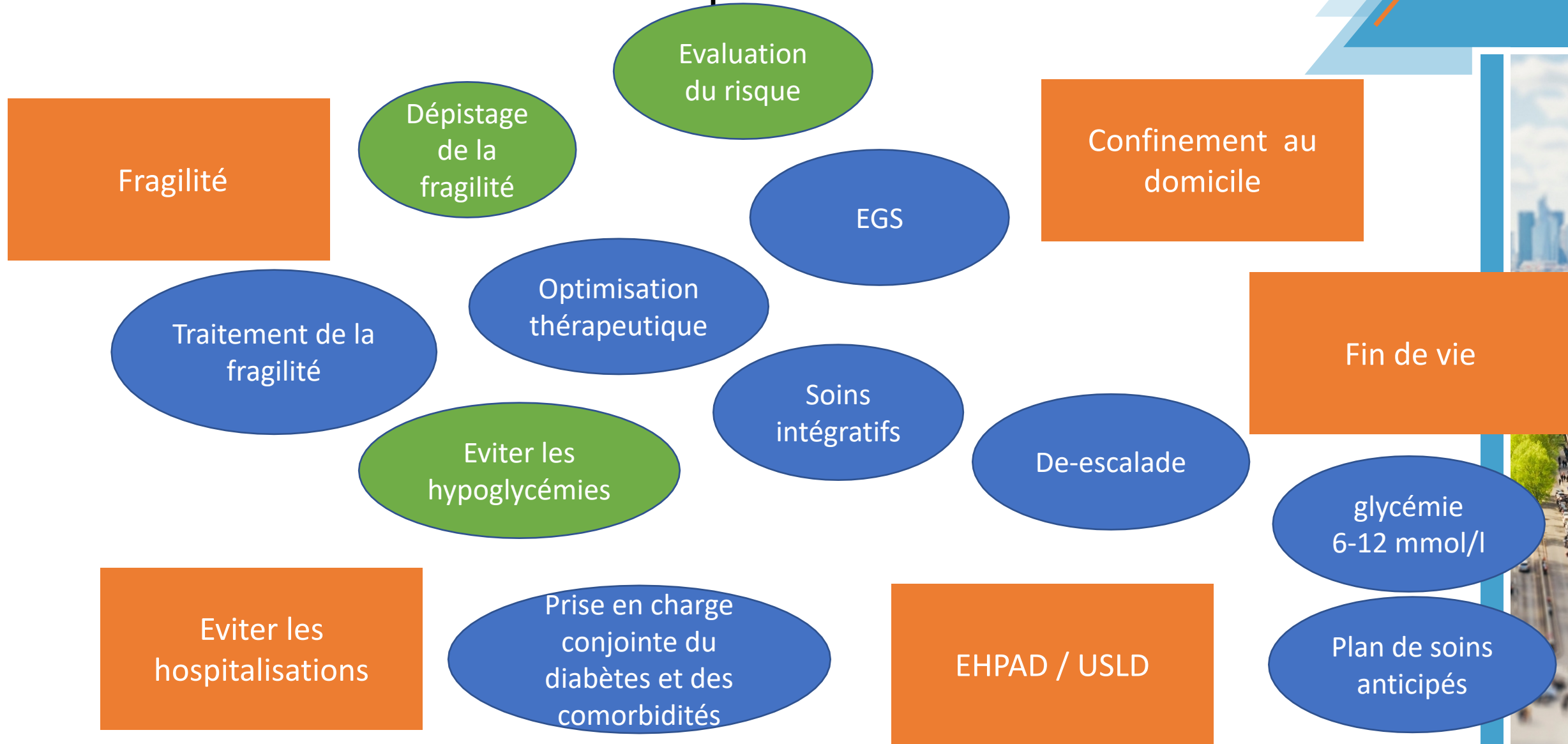
9 Des guides de bonnes pratiques cliniques sont disponibles pour les professionnels du traitement du diabète qui prennent en soins des personnes à la fois diabétiques et porteurs de troubles cognitifs mineurs ou majeurs et ceux-ci peuvent guider les soins habituels. (2A)

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





Care home

- 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 dépistés 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 la glycémie et de la tension artérielle afin d'optimiser sa cognition et ses performances (2A)





Care home

- 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

