

# Une nouvelle directive de du diabète de type 2 chez

Trisha Dunning, Alan Sinclair et Stephen Colagiuri



Un peu plus de 8,3 % de la population mondiale sont atteints de diabète.<sup>1</sup> Le vieillissement est un facteur de risque majeur de diabète de type 2, mais, souvent, le diagnostic n'est pas posé ou est retardé en raison d'une présentation clinique différente des personnes plus jeunes. Le diabète est une cause majeure de complications, de diminution de la qualité de vie et de modification du fonctionnement physique et mental des personnes âgées.<sup>2,3,4</sup> Il est également une cause majeure de décès dû à des maladies cardiovasculaires ou à d'autres comorbidités médicales chez les personnes âgées. En outre, de nombreuses personnes âgées présentent des facteurs de risque supplémentaires de diabète et peuvent souffrir de complications non diagnostiquées.

La Fédération internationale du diabète (FID) a publié une *Directive mondiale pour la gestion des personnes âgées atteintes de diabète de type 2* lors d'un symposium satellite sur le diabète chez les personnes âgées en association avec le Congrès mondial du diabète de Melbourne de décembre 2013. Les principaux messages de la directive de la FID sont décrits dans cet article. Il est important de prendre conscience que les personnes âgées atteintes de diabète présentent des caractéristiques

# la FID pour la gestion des personnes âgées

bien particulières et qu'il n'est pas toujours possible de généraliser ou d'extrapoler les données des études publiées, même lorsque celles-ci ont été bien pensées, à des cohortes plus âgées. Il est important de prendre en compte l'état de santé et la situation sociale de la personne, ainsi que le soutien apporté par la famille et/ou la communauté.

*Le diabète est une cause majeure de décès chez les personnes âgées.*

## Planification des soins avec les personnes âgées atteintes de diabète

L'implication des personnes âgées dans les décisions liées aux soins a pour but de parvenir à une compréhension partagée de leur situation et de leur vie. L'âge ne permet pas de déterminer la manière dont une personne âgée gère sa vie ni de prédire les résultats du traitement. Il est donc préférable de planifier les soins en fonction de l'état fonctionnel de la personne, du degré des comorbidités médicales présentes, des répercussions des complications vasculaires liées au diabète et de la présence ou non d'une fragilité ou d'une démence. Nombreuses sont les personnes âgées présentant un état de fragilité à éprouver des difficultés à supporter le stress de la

maladie, ce qui peut augmenter le risque de chutes et d'hospitalisations.

La planification des soins des personnes âgées atteintes de diabète peut s'avérer très compliquée compte tenu des conséquences des complications du diabète, par ex. changements sensoriels associés à la diminution de la vue ou de l'audition ; problèmes mentaux, y compris confusion, dépression, délire et démence ; et changements physiques tels qu'arthrite et autres troubles des articulations et des tissus souvent présents. Ces facteurs augmentent le risque de chute et de développement d'ulcères de pression, notamment d'ulcères et de douleurs aux pieds, qui, souvent, ne sont pas détectés ou traités correctement. En cas de combinaison de ces facteurs, le risque d'effets indésirables liés aux médicaments et d'hospitalisation ou de placement en maison

de soins des personnes âgées augmente considérablement. En outre, les complications du diabète, la fragilité et la démence font qu'il est difficile pour la personne d'avoir une activité physique et de gérer son diabète et d'autres problèmes.

## Médicaments

De solides données probantes indiquent que de nombreux médicaments fréquemment prescrits aux personnes âgées ne devraient pas être utilisés, ou alors avec prudence. Il s'agit notamment des antipsychotiques pour gérer les problèmes comportementaux associés à la démence, et de certains sulfonurées, en particulier à action longue, utilisés pour réduire la glycémie. L'utilisation d'échelles mobiles d'insuline<sup>5</sup> pour gérer l'hyperglycémie suscite également certaines préoccupations. Des examens médicaux

*La fragilité et la démence font qu'il est difficile d'avoir une activité physique et de gérer son diabète et d'autres problèmes.*

complets et réguliers sont par conséquent requis, en particulier lorsque plusieurs médecins prescrivent des médicaments à la même personne. Un inventaire des médicaments peut être réalisé à la maison. De nombreux médicaments prescrits pour la gestion du diabète et de ses complications sont classés comme à haut risque en raison de leurs effets secondaires et de la façon dont ils sont utilisés et métabolisés par l'organisme.

**Principaux problèmes à prendre en compte pour la planification des soins**

Les plans de soins doivent être établis en collaboration avec le patient et les soignants familiaux en fonction de l'état de santé et de l'espérance de vie de la personne et de façon à lui permettre de vivre en toute sécurité et indépendance le plus longtemps possible. Les plans de soins doivent couvrir les aspects suivants :

- Dépistage du diabète non diagnostiqué chez les personnes âgées
- Réalisation proactive d'évaluations exhaustives des risques afin d'identifier et de gérer :
  - les complications du diabète, y compris les maladies rénales et hépatiques qui influencent le choix des médicaments ;

- une alimentation inadéquate, laquelle affecte également le choix des médicaments (des carences en vitamines D et B12 sont fréquentes) ;
- la douleur ;
- le risque de chutes ;
- le délire ;
- l'augmentation de la fragilité ;
- une conduite automobile dangereuse ;
- le risque d'hypoglycémie et d'hyperglycémie ;
- les syndromes gériatriques (voir encadré).

- Fixation de la glycémie, de l'HbA<sub>1c</sub>, de la tension artérielle (TA) et d'autres objectifs de soins en fonction des besoins individuels. Par exemple, une personne très indépendante sur le plan fonctionnel doit tendre vers une HbA<sub>1c</sub> de 7,0-7,5 % (53-59 mmol/ml) et une TA <140/90 mmHg ; une personne dépendante au niveau fonctionnel vers une HbA<sub>1c</sub> de 7,0-8,0 (53-64 mmol/ml) et une TA < 140/90 mmHg ; et une personne fragile et démente vers une HbA<sub>1c</sub> jusqu'à 8,5 % (70 mmol/ml) et une TA <150/90 mmHg.
- Prévention et gestion des maladies cardiovasculaires. Si une maladie cardiovasculaire est présente, elle doit être traitée de



façon rapide et efficace au moyen d'une approche combinant alimentation saine et activité physique ; de même que d'hypolipémiants, d'aspirine et d'antihypertenseurs, si indiqué et sans risque.

- Contrôle de l'hyperglycémie pour accroître le confort, réduire les risques cardiovasculaires et les maladies microvasculaires, renforcer l'autogestion, réduire les risques de chutes, gérer les symptômes liés à l'hyperglycémie tels que la fatigue, la soif et le besoin fréquent d'uriner, de même que la déshydratation et le risque associé d'acidocétose, d'états hyperosmolaires, de délire, de troubles cognitifs et de dépression. Un contrôle « étroit » de la glycémie n'est cependant généralement pas garanti et peut faire courir un risque majeur d'hypoglycémie à la personne.

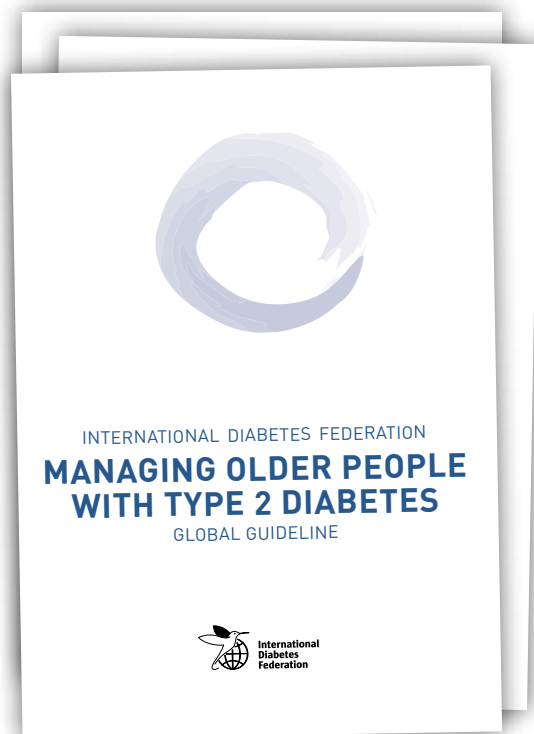
**Syndromes gériatriques courants**

Le terme « syndrome gériatrique » fait référence à un groupe de conditions qui se présentent souvent simultanément et affectent la santé et la capacité d'autogestion de la personne. Ces conditions incluent :

- chutes ;
- douleur ;
- infection des voies urinaires ;
- troubles cognitifs pouvant être évalués à l'aide du test Mini-Mental State Examination, Mini-Cog ou de l'horloge ;
- dépression, qui peut être évaluée à l'aide de l'échelle de dépression gériatrique ou du questionnaire médical du patient (PHQ2) ;
- hypoglycémie ;
- délire ;
- polypharmacie, laquelle implique généralement la prise de plus de cinq médicaments.

- Réalisation d'inventaires complets et réguliers des médicaments, prenant en compte les médicaments à base de plantes, les compléments de vitamines et de minéraux et les autres traitements parallèles, ainsi que les médicaments traditionnels. L'utilisation des médicaments en toute sécurité (pharmacovigilance) peut être assurée au moyen d'une approche d'utilisation qualitative des médicaments (UQM).<sup>6</sup> L'UQM est un cadre décisionnel qui couvre l'intégralité de la voie de médication et qui, d'un point de vue clinique, implique :
  - la sélection des médicaments de manière avisée sur la base d'un examen de santé complet ;

- l'utilisation d'options non médicamenteuses chaque fois que possible, et la sélection d'un médicament approprié si indiqué ;
- l'utilisation des médicaments de manière sûre et efficace pour la personne âgée et le suivi des résultats, ce qui implique un examen clinique et des inventaires réguliers des médicaments. De nombreux médicaments doivent être utilisés avec prudence ou sont contre-indiqués chez les personnes âgées.<sup>5</sup>



- Évaluation de l'état physique (état fonctionnel), de la fonction rénale et hépatique, de la santé mentale, de la fonction cognitive et de l'autogestion de manière régulière, au moins une fois par an, et chaque fois qu'un changement survient au niveau de l'état de santé ou du régime de gestion.

- Réalisation régulière d'évaluations générales de la santé, telles que mammographies, examens de la prostate et des intestins, de la fonction thyroïdienne, de l'état d'immunité et de la santé sexuelle et du bien-être, en plus des examens réguliers liés au diabète. Il peut s'avérer nécessaire de procéder à ces évaluations plus d'une fois par an.

- Mise sur pied d'un plan précisant quand il convient d'arrêter de conduire.

- Élaboration d'un plan pour les soins en fin de vie.

- Mise en place de systèmes d'alerte médicale et d'appel pour renforcer la sécurité, en particulier pour les personnes âgées résidant dans des centres communautaires, si indiqué.

- Soutien aux soignants.

La sécurité du patient dans le cas d'une condition complexe telle que le diabète doit être une priorité. L'utilisation des médicaments en toute sécurité constitue une composante clé de la planification des soins.

### Résumé

La gestion met l'accent sur la sécurité, la préservation de l'indépendance, de l'état fonctionnel et de la qualité de vie, la gestion des symptômes et la réduction de l'impact des complications du diabète et d'autres maladies. La personnalisation des objectifs de gestion est essentielle,<sup>7,8</sup> de même que l'implication de la personne âgée, de sa famille et des autres soignants dans les décisions de gestion.



[www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-older-people-T2D.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-older-people-T2D.pdf)

### Trisha Dunning, Alan Sinclair et Stephen Colagiuri

Trisha Dunning est présidente du département infirmier de l'école d'infirmières et de sages-femmes de l'Université Deakin et directrice du *Centre for Nursing and Allied Health Research* à Geelong, en Australie.

Alan Sinclair est doyen de l'école médicale de troisième cycle du Bedfordshire et du Hertfordshire et directeur de l'*Institute of Diabetes for Older People* (IDOP) à Luton, dans le Bedfordshire, au Royaume-Uni.

Stephen Colagiuri est professeur de santé métabolique au sein de l'institut Boden de l'Université de Sydney, University of Sydney Camperdown, en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie.

### Références

1. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 6<sup>e</sup> edn*. IDF. Brussels, 2013.
2. Sinclair AJ, Barnett AH. Special needs of elderly geriatric patients. *BMJ* 1993; 306:1142-43.
3. Gu K, Cowie C, Harris M. Mortality differences between adults with and without diabetes in a national sample 1973–1993. *Diabetes* 1997; 46: 26A.
4. Zhang Y, Hu G, Yuan Z. Glycosylated haemoglobin in relationship to cardiovascular outcomes and death in patients with type 2 diabetes; a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7: e42551.
5. American Geriatrics Society, American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 616-31.
6. Department of Health and Aging. National Strategy for Quality Use of Medicines. Australia, 2002. [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/nmp-pdf-natstrateg-cnt.htm](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/nmp-pdf-natstrateg-cnt.htm)
7. Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Manas L, et al. Diabetes mellitus in older people: Position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc*. 2012; 13: 497-502.
8. Dunning T, Savage S, Duggan N. *McKellar Guidelines for Managing Diabetes in Residential Aged Care Facilities*. Centre for Nursing and Allied Health Research. Geelong, 2014.