

Personnalisation des objectifs  
individuels chez un patient âgé  
souffrant d'un diabète de type 2

&

Spécificités de la prise en charge  
du diabète en EHPAD et en USLD



Dr Cécile FROMENTIN  
Pôle de Gériatrie de Mulhouse

The slide features four decorative green circles in the corners: a thin outline in the top-left, a solid medium-green circle in the top-right, a thin outline in the bottom-right, and a solid dark-green circle in the bottom-left.

# Liens d'intérêt

Aucun

**Personnalisation des objectifs  
individuels chez un  
patient âgé souffrant d'un diabète  
de type 2**

# Objectifs généraux

- Objectifs de soins du patient âgé diabétique basés sur :
  - L'**état de santé** et les **besoins sociaux** du patient
  - Une **évaluation fonctionnelle**
  - Le profil de **comorbidités**
  - Les **biomarqueurs** et **paramètres métaboliques**

=> Evaluation gériatrique globale ; outils validés

- Repérage de la fragilité ++
- Equipe pluridisciplinaire

# Objectifs généraux

=> Plan de soins

- **Individualisé**
- Centré sur le patient
- Régulièrement **mis à jour**
- Clairement **expliqué** au patient

## *Precision medicine (= personalized medicine)*

*innovative approach to tailoring disease prevention and treatment that takes into account differences in people's genes, environments, and lifestyles. The goal of precision medicine is to target **the right treatments to the right patients at the right time***

*(définition FDA - USA)*

# Objectifs généraux

- Evaluation **balance bénéfices/risques** des traitements
- Importance du niveau glycémique chez la PA
- **Objectif HbA1c** : 7,0-7,5% chez une PA sans fragilité, sans troubles neurocognitifs, sans comorbidités majeures associées

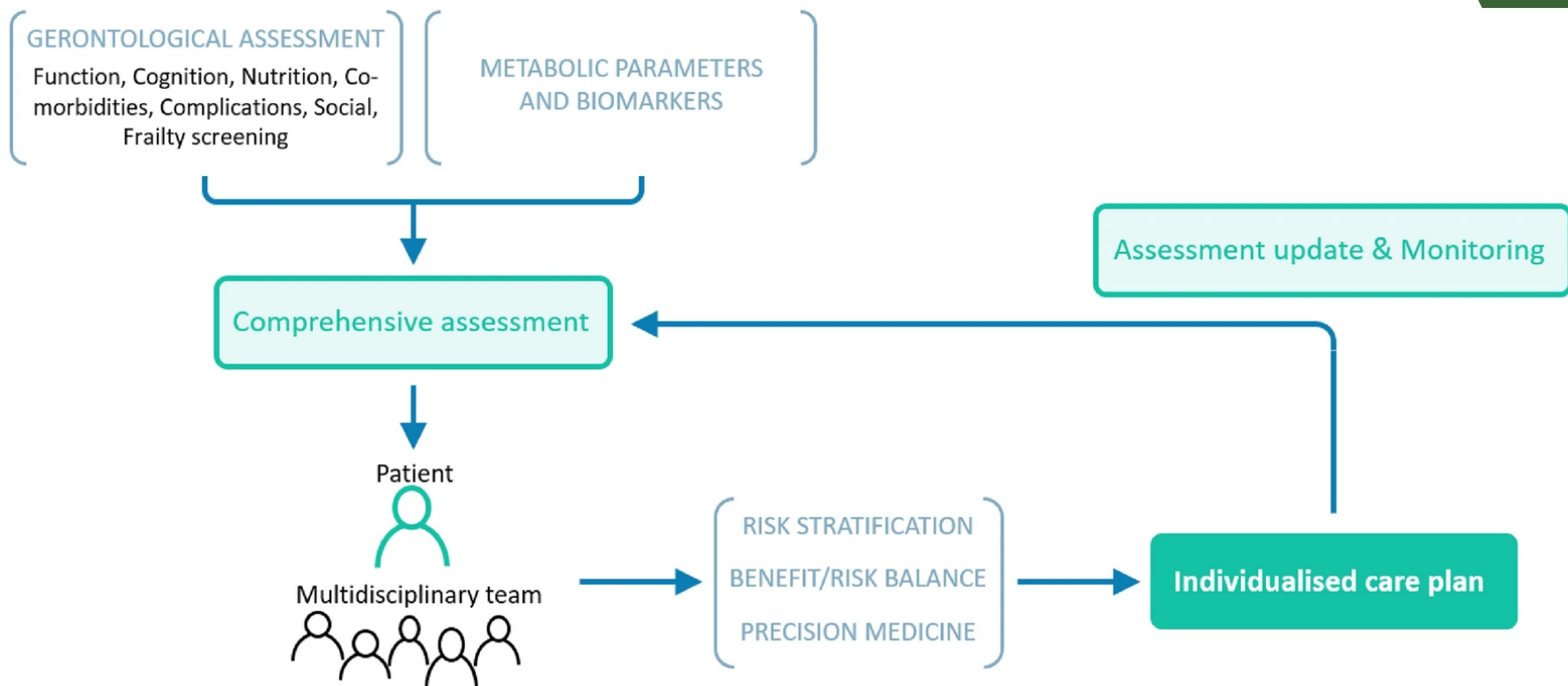
## Aims of care

We suggest that the aims of care should be aligned with the **health and social needs of the person** with diabetes and be based on an evaluation of functional status and comorbidity profile including a **comprehensive geriatric assessment** using a precision medicine approach. (1A)

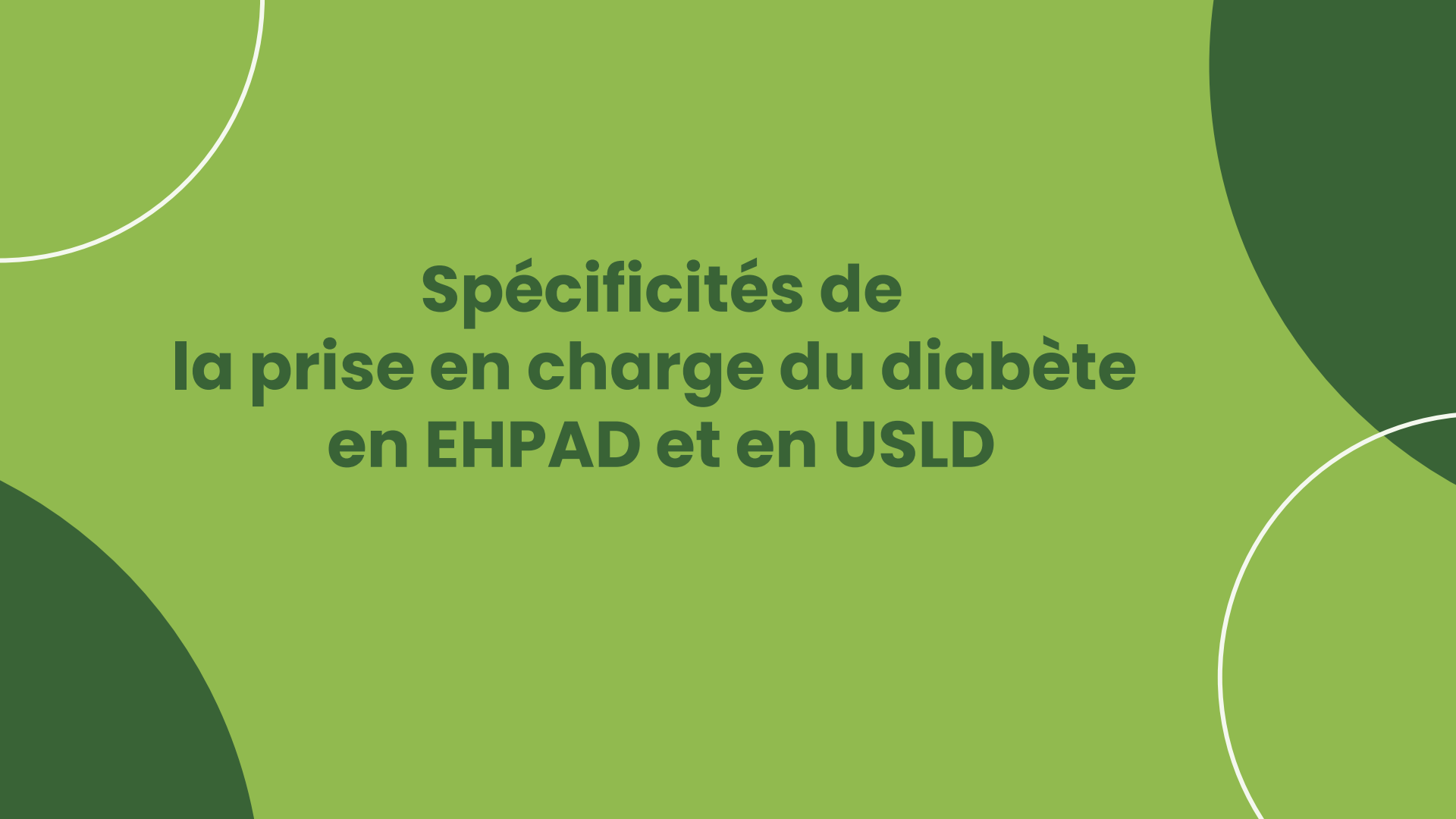
We suggest that a **patient-centred and individualised care plan** needs to be **updated at regular intervals** and its importance clearly explained to the patient. (1A)

The prevailing level of glycaemia of an older person with diabetes is of utmost importance. We recommend a **HbA1c target of 53–58 mmol/mol (7–7.5%)** in someone without frailty or dementia and without significant associated medical comorbidities. (3A)

*Essential steps in primary care management of older people with Type 2 diabetes: an executive summary on behalf of the European geriatric medicine society (EuGMS) and the European diabetes working party for older people (EDWPOP) collaboration, 2023*



*Essential steps in primary care management of older people with Type 2 diabetes: an executive summary on behalf of the European geriatric medicine society (EuGMS) and the European diabetes working party for older people (EDWPOP) collaboration, 2023*



# **Spécificités de la prise en charge du diabète en EHPAD et en USLD**

# Diabète en établissement d'hébergement : état des lieux

- Fréquence du diabète dans les établissements d'hébergement : évaluée à 20 à 30% des résidents
- Entrée en EHPAD : période charnière permettant une réévaluation complète du statut du patient diabétique
  - => adaptation des objectifs et des choix thérapeutiques aux spécificités de la PA diabétique (très) âgée

# Recommandations EUGMS/EDWPOP (2023)

- **Dépistage du diabète** pour chaque résident à l'admission en EHPAD/USLD
- A l'admission, **dépistage des troubles cognitifs et fonctionnels**
  - Dépistage de la **fragilité** (si adapté)
- Résidents sous insuline ou sécrétagogues de l'insuline :
  - Estimation du **risque hypoglycémique**
  - **Surveillance régulière** des symptômes d'hypoglycémie
- **Traitement optimisé de la glycémie et de la tension artérielle** pour optimiser sa cognition et ses performances

# Recommandations EUGMS/EDWPOP (2023)

- Mise en place d'un **plan de soins individualisé**
  - Incluant un programme **nutritionnel** et d'**activité physique**
  - Tenant compte des croyances, de la culture et des souhaits personnels du résident
- Mise en place d'actions pour aider la PEC des PA diabétiques :
  - **Suivi des recommandations** de bonne pratique
  - **Optimisation thérapeutique**
  - **Désescalade thérapeutique** et **éducation thérapeutique**
  - **Téléconsultations**
  - Traitement par **insuline seule** si possible

# Recommandations EUGMS/EDWPOP (2023)

- Ne pas oublier la **vaccination** ! *Surtout chez les PA en EHPAD/USLD*

Notamment :

- DTP
  - Grippe
  - Pneumocoque
  - VZV
  - COVID-19
- 
- Vigilance quant à l'**hygiène bucco-dentaire** (soins souvent complexes à réaliser chez des résidents d'EHPAD/USLD)



# Essential steps in primary care management of older people with Type 2 diabetes: an executive summary on behalf of the European geriatric medicine society (EuGMS) and the European diabetes working party for older people (EDWPOP) collaboration

Isabelle Bourdel-Marchasson<sup>1,17</sup> · Stefania Maggi<sup>2</sup> · Ahmed Abdelhafiz<sup>3</sup> · Sri Bellary<sup>4</sup> · Jacopo Demurtas<sup>5</sup> · Angus Forbes<sup>6</sup> · Philip Ivory<sup>7</sup> · Leocadio Rodríguez-Mañas<sup>8</sup> · Cornel Sieber<sup>9,18</sup> · Timo Strandberg<sup>10,19</sup> · Daniel Tessier<sup>11,20</sup> · Itziar Vergara<sup>12</sup> · Nicola Veronese<sup>13</sup> · Andrej Zeyfang<sup>14</sup> · Antoine Christiaens<sup>15,21</sup> · Alan Sinclair<sup>16</sup>

Received: 26 June 2023 / Accepted: 26 July 2023  
© The Author(s) 2023

## Care Home Management of diabetes

In view of the high rate of undiagnosed diabetes in care home residents at the time of admission to a care home, each resident requires to be screened for the presence of diabetes, and have annual screens for diabetes. (3A)

At the time of admission to a care home, we suggest that each resident with diabetes should be screened for cognitive and physical impairment including frailty as they are at higher risk to progression to disability. (2A)

Residents on insulin or insulin secretagogues must have a hypoglycaemic risk assessment, and screened regularly for the presence of hypoglycaemia symptoms. (3A)

We suggest that a range of interventions can be considered to assist management of care home residents with diabetes such as adherence to clinical practice guidelines, de-escalation of therapy, medical optimisation and resident education, teleconsultation between specialist and care staff, and the use of basal bolus insulin regimens or basal insulin regimen only. (2A)



## Essential steps in primary care management of older people with Type 2 diabetes: an executive summary on behalf of the European geriatric medicine society (EuGMS) and the European diabetes working party for older people (EDWPOP) collaboration

Isabelle Bourdel-Marchasson<sup>1,17</sup> · Stefania Maggi<sup>2</sup> · Ahmed Abdelhafiz<sup>3</sup> · Sri Bellary<sup>4</sup> · Jacopo Demurtas<sup>5</sup> · Angus Forbes<sup>6</sup> · Philip Ivory<sup>7</sup> · Leocadio Rodríguez-Mañas<sup>8</sup> · Cornel Sieber<sup>9,18</sup> · Timo Strandberg<sup>10,19</sup> · Daniel Tessier<sup>11,20</sup> · Itziar Vergara<sup>12</sup> · Nicola Veronese<sup>13</sup> · Andrej Zeyfang<sup>14</sup> · Antoine Christiaens<sup>15,21</sup> · Alan Sinclair<sup>16</sup>

Received: 26 June 2023 / Accepted: 26 July 2023  
© The Author(s) 2023

### Care Home Management of diabetes

In view of the high rate of undiagnosed diabetes in care home residents at the time of admission to a care home, each resident **requires to be screened for the presence of diabetes, and have annual screens** for diabetes. (3A)

At the time of admission to a care home, we suggest that each resident with diabetes should be **screened for cognitive and physical impairment** including **frailty** as they are at higher risk to progression to disability. (2A)

Residents on insulin or insulin secretagogues must have a **hypoglycaemic risk assessment** and **screened regularly** for the presence of hypoglycaemia symptoms. (3A)

We suggest that a range of interventions can be considered to assist management of care home residents with diabetes such as **adherence to clinical practice guidelines, de-escalation of therapy, medical optimisation and resident education, teleconsultation between specialist and care staff, and the use of basal bolus insulin regimens or basal insulin regimen only.** (2A)

# Diabète et fin de vie

- Privilégier le **confort, la qualité de vie et la dignité** du patient
  - PEC pluridisciplinaire tenant compte de la volonté du patient + famille
- L'objectif n'est pas l'obtention d'une normoglycémie
  - Prévention des **hypoglycémies**, des **décompensations métaboliques**, les symptômes des **épisodes hyperglycémiques**
- Maintien glycémie **> 6 mmol/L** (1,2 g/L) => **éviter hypoglycémies**
- Maintien glycémie **entre 6 et 12 mmol/L** (1,2 – 2,0 g/L) => **éviter hyperglycémies**
- Mise en place de mesures préventives pour minimiser le risque de :
  - Plaies diabétiques
  - Infections des pieds
  - Escarres

# En pratique... les difficultés et écueils

- **Manque de soignants ++**
  - Continuité des soins : suivi glycémique...
  - Transmissions des informations
- **Soignants** : insuffisamment formés sur les spécificités de la personne âgée, *a fortiori* dans le domaine du diabète
  - Avec de plus en plus de délégations de tâches en raison des sous-effectifs (IDE vers AS, AS vers ASH, etc.)

# En pratique... les difficultés et écueils

- **Soignants** : méconnaissance du diabète et de ses spécificités chez la personne âgée
  - Méconnaissance des risques/complications à court et long terme
    - Peur +++ de l'hypoglycémie mais hyperglycémies considérées comme non inquiétantes voire normales
    - Défaut d'alerte des médecins prescripteurs
    - Défaut de repérage de certains états (plaies, etc)

# En pratique... les difficultés et écueils

- **Présence médicale en EHPAD**
  - Difficultés à recruter médecins coordonnateurs
  - Difficultés d'accès aux médecins prescripteurs
  - Impact sur le suivi, la surveillance, le repérage des complications et l'adaptation des traitements chez les résidents d'EHPAD
  - Connaissances sur le diabète de la personne âgée

# En pratique... les difficultés et écueils

- **Adhésion** des résidents aux traitements et suivi de leur diabète
  - En lien ou non avec troubles neurocognitifs
  - Refus d'insulinothérapie, de suivi glycémique
  - Refus de suivi spécifique (ophtalmologique, cardiologique...)
  - Écarts alimentaires

# Situations cliniques concrètes

- Mme L., résidente de 85 ans, en EHPAD depuis plusieurs années
- Encore globalement autonome avec QOL conservée
- Polypathologique : antécédents de cardiopathie ischémique multistentée, d'AVC ischémique (sans séquelles), HTA, dyslipidémie, diabète de type II insulino-requérant depuis de nombreuses années...
- Dernière HbA1c : 10,2%
- Glycémies capillaires entre 3,0 et 3,50 g/L
  - Glycémies non retranscrites régulièrement dans dossier de soins
- Médecin traitant non salarié de la structure, présence ponctuelle, non informé par les IDE des glycémies hautes

# Situations cliniques concrètes

- Discussion avec les IDE :
  - Peur de l'hypoglycémie, pas de l'hyperglycémie
    - Pas de réaction particulière en cas d'hyperglycémies
  - Manque de connaissance quant aux risques et complications du diabète
- Information et discussion avec le médecin traitant :
  - Pas de modification du traitement et de la PEC car HbA1c et glycémies capillaires "acceptables" pour une patiente résidant en EHPAD
- Décès de la résidente 2 mois plus tard d'un SCA massif

# Situations cliniques concrètes

- Mme W., résidente de 90 ans, troubles de la marche et de l'équilibre mais se déplace encore seule avec un D4R. Légers troubles neurocognitifs (MMSE 20/30).
- Polypathologique : diabète de type II insulinorequérant de longue date, HTA, cardiopathie ischémique, AOMI stade II, insuffisance rénale chronique stade IIIB
- Adhère au suivi glycémique, au traitement diabétique, au suivi médical et de spécialité
- Médecin traitant = médecin salarié de l'EHPAD
- Glycémies capillaires régulièrement élevées : > 2,50 voire 3,0 g/L

# Situations cliniques concrètes

- Difficultés du médecin et des équipes à comprendre le déséquilibre diabétique
- Après enquête : nombreux écarts alimentaires quotidiens avec aliments sucrés, grignotage
  - Famille amène quotidiennement des aliments sucrés
  - Stockage de produits sucrés dans la chambre
- Discussion avec la résidente et sa famille et informations infructueuses

"il faut bien mourir de quelque chose, Docteur"

# Alors en pratique, que faire ?

- **Au mieux !**
  - quand le suivi des recommandations est difficile
- **Formation des soignants**
  - Adaptée à chaque profession et au niveau de formation initiale de chacune
  - Formations "flash"
- **Education thérapeutique patient/proches**
- **Optimiser le suivi médical**
  - Information/formation des praticiens aux spécificités de PEC du patient âgé notamment dans le champ du diabète
  - Téléconsultations/télé-expertise



The background is a solid green color. There are several white circular outlines of varying sizes and positions. One large white circle is in the top-left corner, partially cut off. Another large white circle is in the bottom-right corner, also partially cut off. A smaller white circle is in the top-right corner, partially cut off. A larger white circle is in the bottom-left corner, partially cut off. The text "Merci de votre attention" is centered in the middle of the image.

**Merci de votre  
attention**