

Jeudi 13 Février

11:45 – 12:30

Auditorium 1

Diabète et syndrome métabolique

Modérateur(s) : L. ALLARD-SAINT-ALBIN (Fort-de-France), C. FAGOUR (Fort-de-France)

Prise en charge du diabète du sujet âgé
L. CORVO (Fort-de-France)

Impact du diabète sur le pronostic des personnes âgées hospitalisées en gériatrie en Martinique
V. COUTA-ASSELIN de BEAUVILLE (Fort-de-France)

Gestion paramédicale du diabète chez le sujet âgé
K. GETA (Fort-de-France), A. LESDEMA (Fort-de-France)

Prise en charge de la personne âgée vivant avec le diabète

Dr CORVO Loic

(Chef de service du service d'endocrinologie de la Trinité)

Dr MINKAILOU Mahamadou(Endocrinologue à la Trinité)

Virginie COUTA ASSELIN de BEAUVILLE (interne)



Aucun conflit d'intérêt



Épidémiologie du Diabète chez les Personnes âgées

- Cette prévalence varie selon les régions et les conditions socio-économiques
- Prévalence du diabète 10,5 % (20 -79 ans), soit 537 M *
- 24 % (75-79 ans) en Métropole *
- 24,5% (70-80 ans) en Martinique *
- 30 % en Guadeloupe *

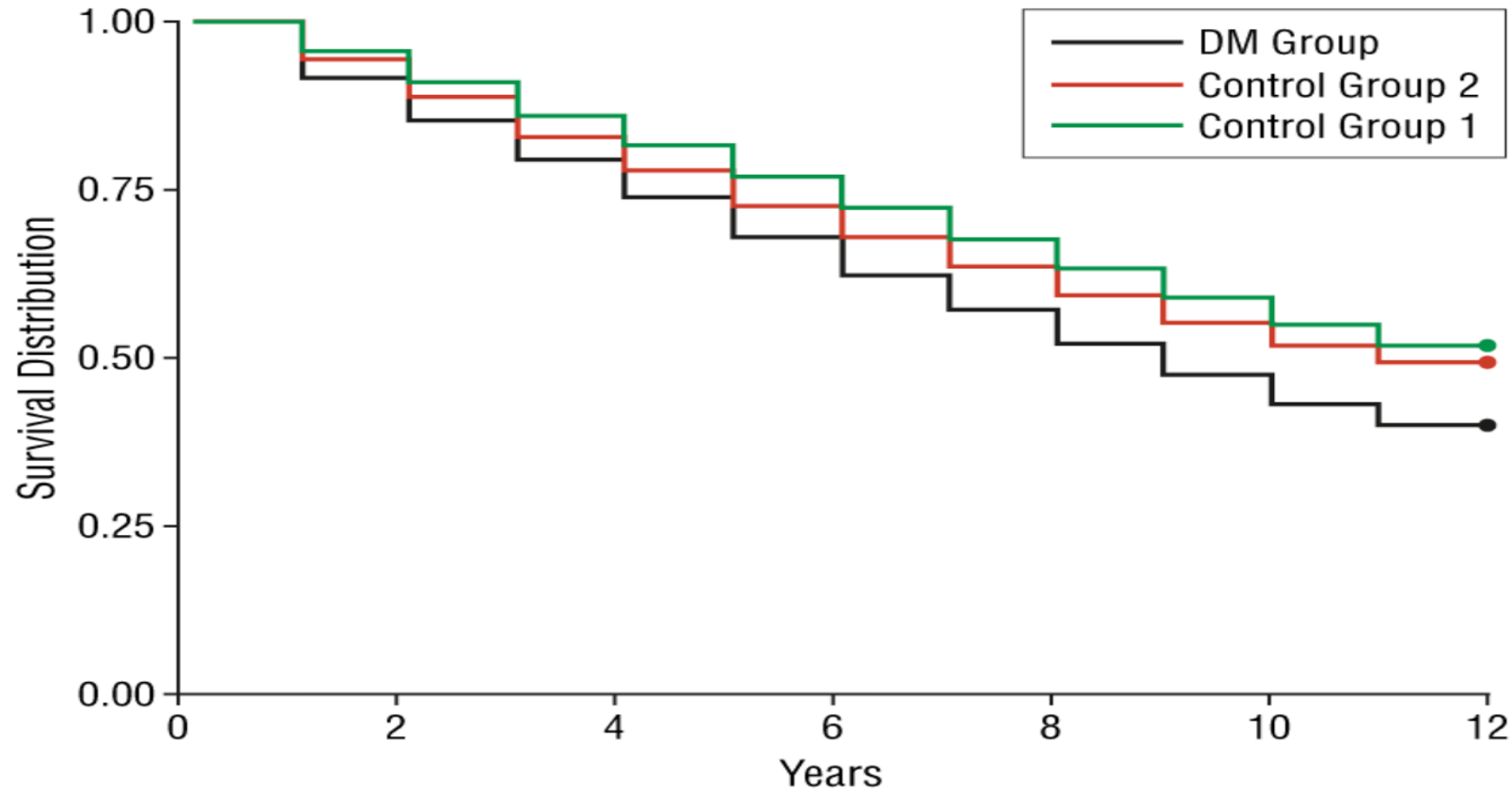


2 facteurs favorisant le diabète chez la personne âgée:

- Diminution de l'insulinosécrétion
- Majoration de l'insulinorésistance

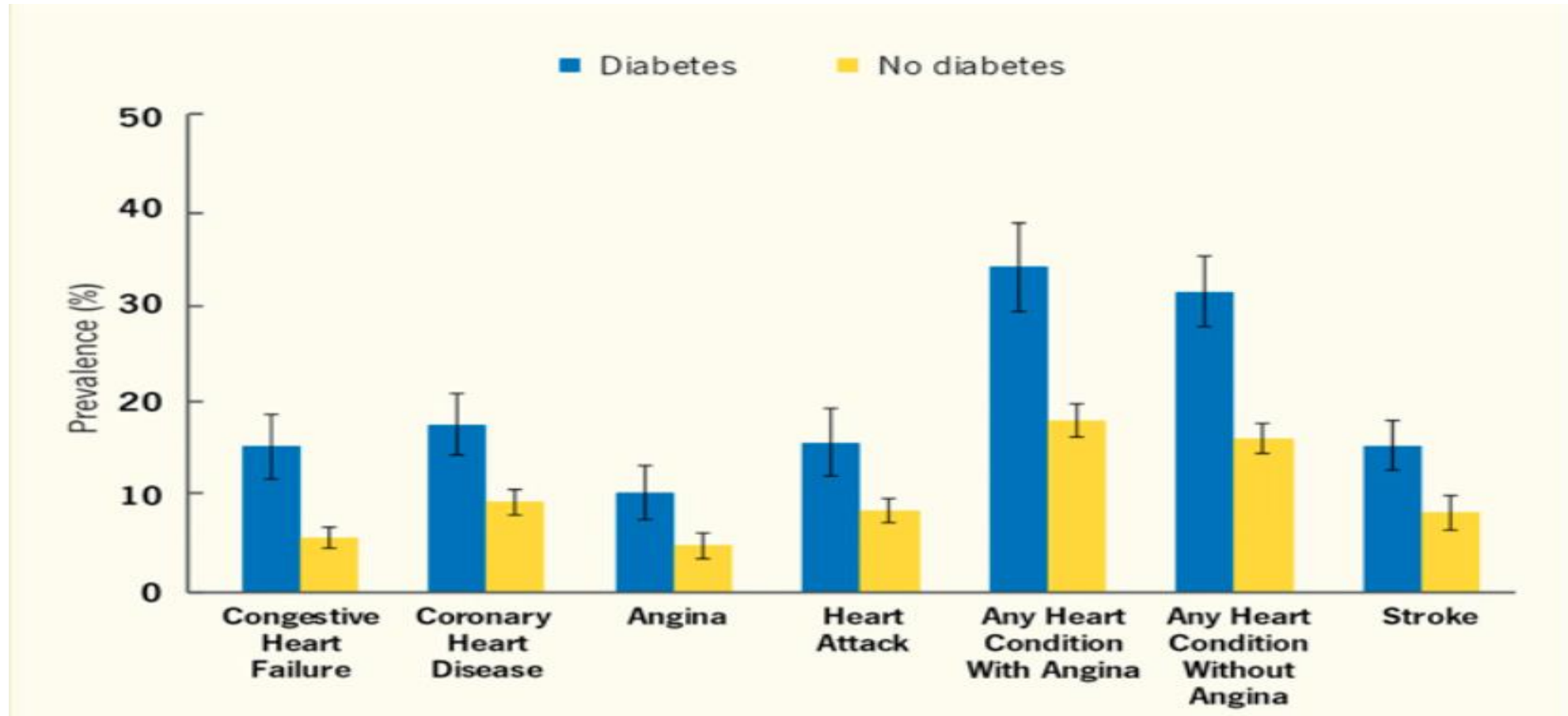


Espérance de vie limitée:



Bethel, M. A., Sloan, F. A., Belsky, D., & Feinglos, M. N. (2007). Longitudinal incidence and prevalence of adverse outcomes of diabetes mellitus in elderly patients. *Archives of internal medicine*, 167(9), 921–927. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.9.921>

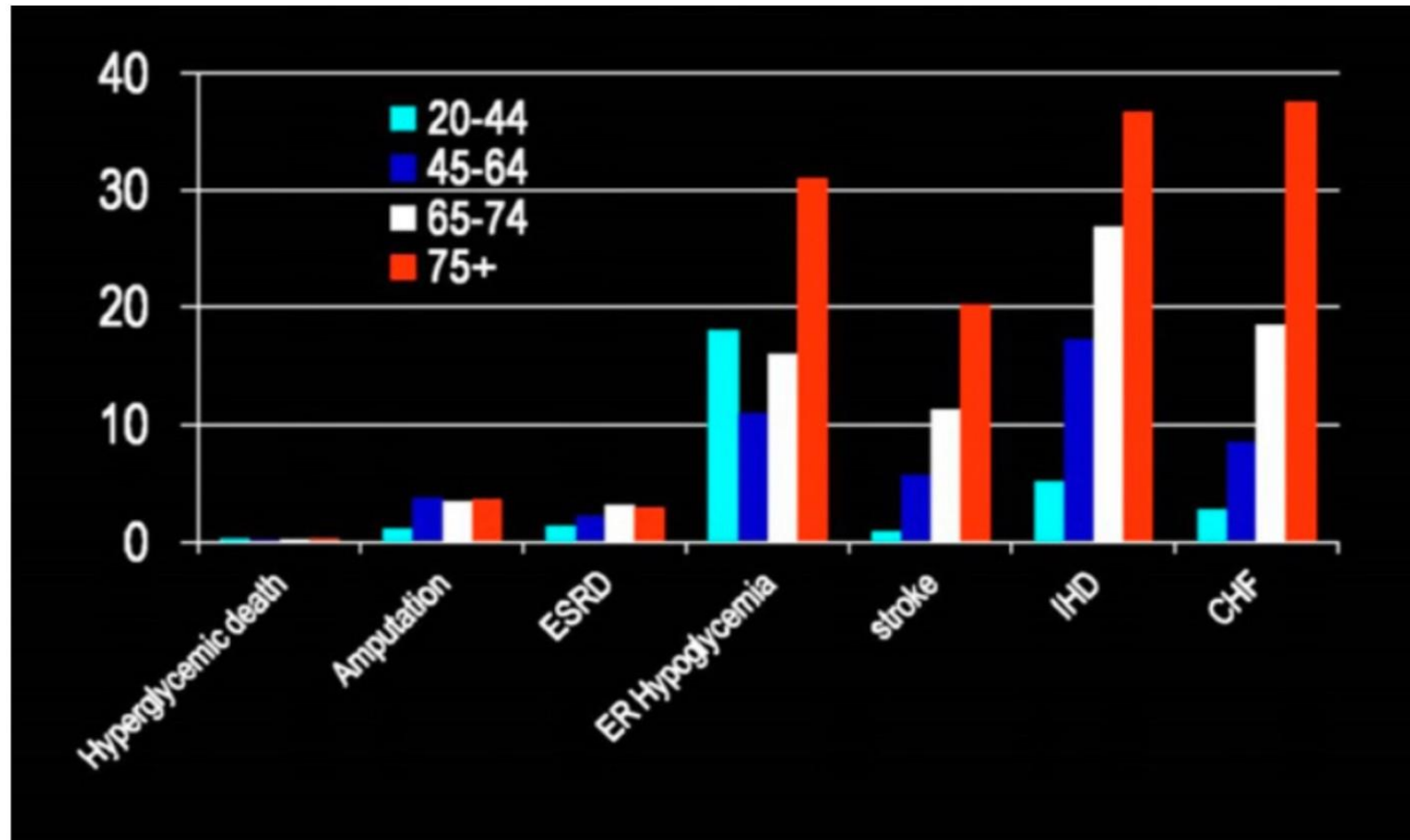
Complications du diabète principalement liés aux maladies cardiovasculaires :



LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, Casanueva FF, Draznin B, Halter JB, Hirsch IB, McDonnell ME, Molitch ME, Murad MH, Sinclair AJ.

Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2019 May 1;104(5):1520-1574. doi: 10.1210/jc.2019-00198. PMID: 30903688; PMCID: PMC7271968.

Complications du diabète chez le sujet âgé :



Incidence (per 1000) of major diabetes complications according to age among adults with diabetes, 2009 (6). ER, emergency room; ESRD, end-stage renal disease; IHD, ischemic heart disease

Risque hypoglycémique accru

REVIEW ARTICLE

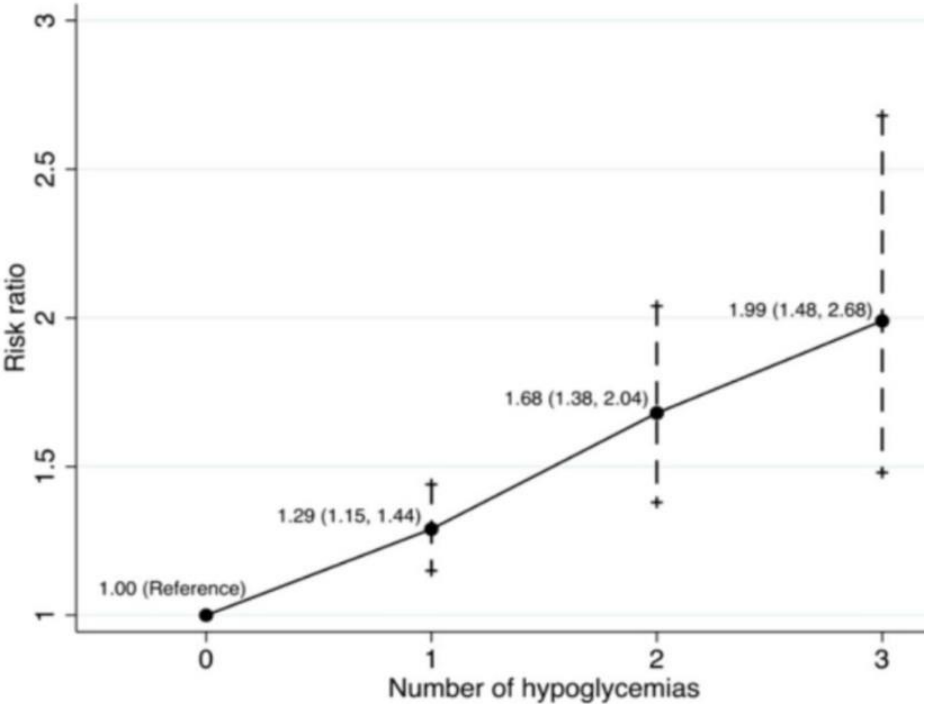
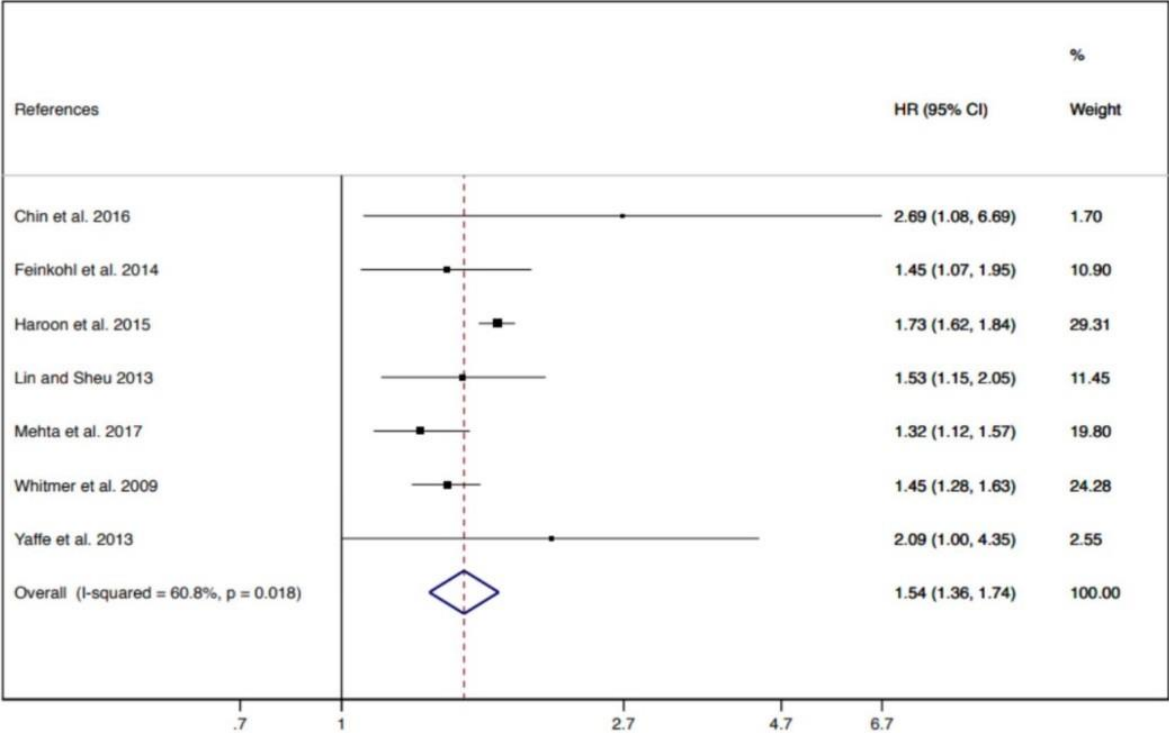
WILEY

Association between severe hypoglycaemia and risk of dementia in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis

**María Dolores Gómez-Guijarro¹ | Celia Álvarez-Bueno^{1,2} | Alicia Saz-Lara¹ |
Irene Sequí-Domínguez¹ | Maribel Lucerón-Lucas-Torres¹ | Iván Caverro-Redondo^{1,3}**



Risque hypoglycémique accru



Evaluation Métabolique

- HBA1c, GAI
- Variabilité glycémique, TIR, TBR, TAR
- Profil lipidique
- Pression artérielle
- Statut pondéral et évolution



Evaluation Gériatrique Complexe

Evaluation Physique

Évaluation de la mobilité, force musculaire et équilibre (marche, transferts, posture)

- CRITERE de FRIED
- SARC-F

Evaluation Cognitive/thymique

Évaluation des fonctions mentales : mémoire, attention et compréhension du traitement

- MMSE
- GDS

Evaluation sociale

Analyse du soutien patient

- Ressources communautaires
- Situation résidentielle
- État financier

Evaluation dénutrition

Critères étiologiques et phénologiques à la recherche d'une dénutrition

- MNA



Quand Suspecter un Diabète chez la Personne âgée ?



Symptômes Classiques

Soif intense, polyurie, fatigue,
amaigrissement



Troubles Comportementaux

Confusion, désorientation, irritabilité



Infections Récurrentes

Infections urinaires,
cutanés et respiratoires



Traitement non pharmacologique

- **Régime alimentaire**

Alimentation équilibrée, limitée en sucres

3 repas par jour / 1-1,5 g de protéine/kg de poids corporel/jour / CNO

- **Activité Physique**

Exercices adaptés et réguliers

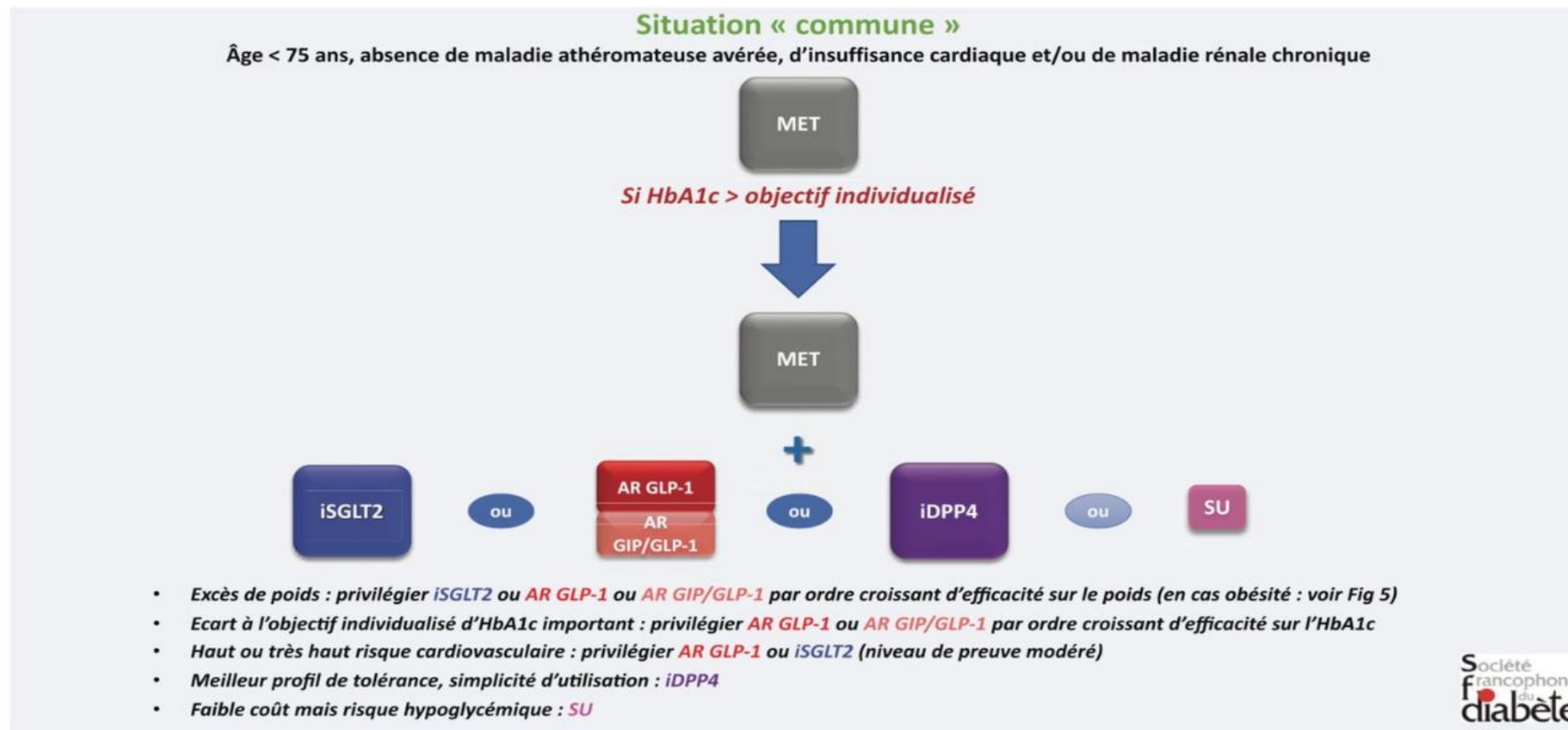
Exercice aérobique . Entraînement en résistance .



Classification et objectifs glycémiques

Catégorie	Personnes âgées "en bonne santé"	Personnes âgées "en santé intermédiaire"	Personnes âgées "en mauvaise santé"
État de santé	Autonomes et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	• Fonctionnellement dépendantes • Troubles cognitifs légers à modérés	• Maladie en phase terminale • Troubles cognitifs modérés à sévères
Cible d'HbA _{1c}	≤ 7,0-7,5 % (53-58 mmol/mol)	≤ 8,0 % (64 mmol/mol)	≤ 8,5-9,0 % (69-75 mmol/mol)

Prise de position SFD

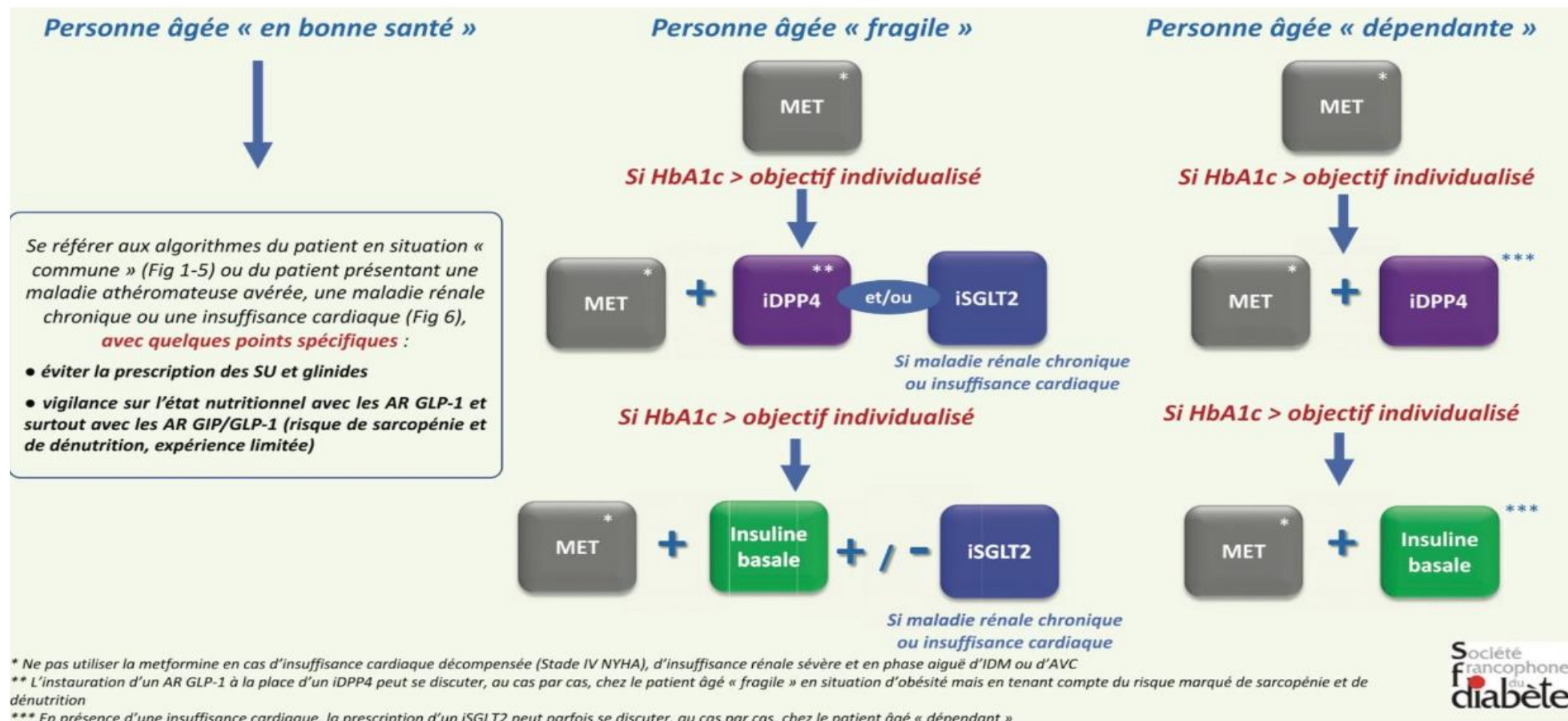


Prise de position de la SFD sur les stratégies d'utilisation des traitements antihyperglycémiants dans le diabète de type 2, Mel Mad Metab 2023, Darmon p. et al

Darmon P, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiants dans le diabète de type 2 - 2023.

Med Mal Metab (2023), 10.1016/j.mmm.2023.10.007

Prise de position SFD



Focus sur les nouveaux ADO: ISGLT2 et GLP1

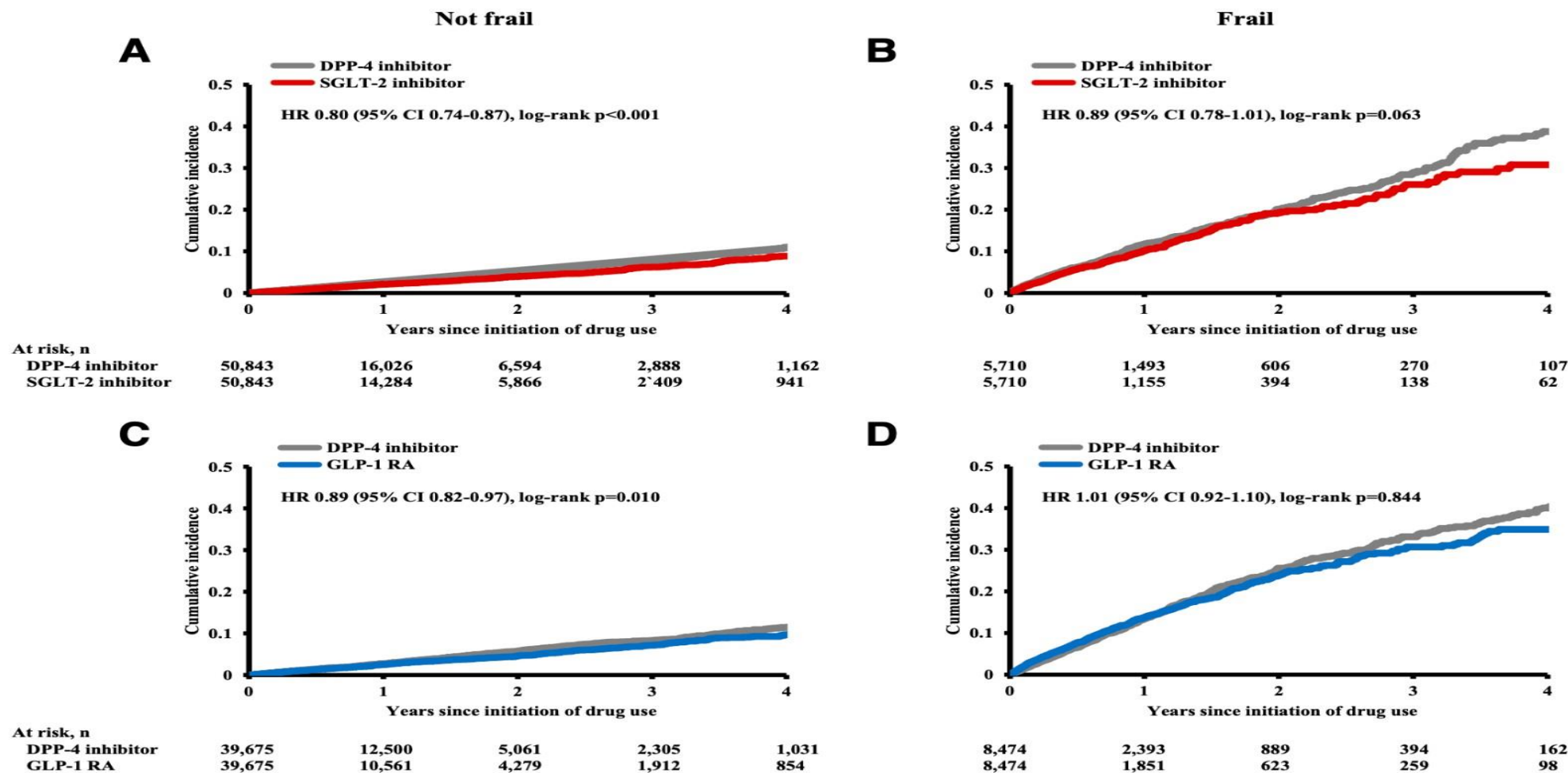
Diabetes Care®



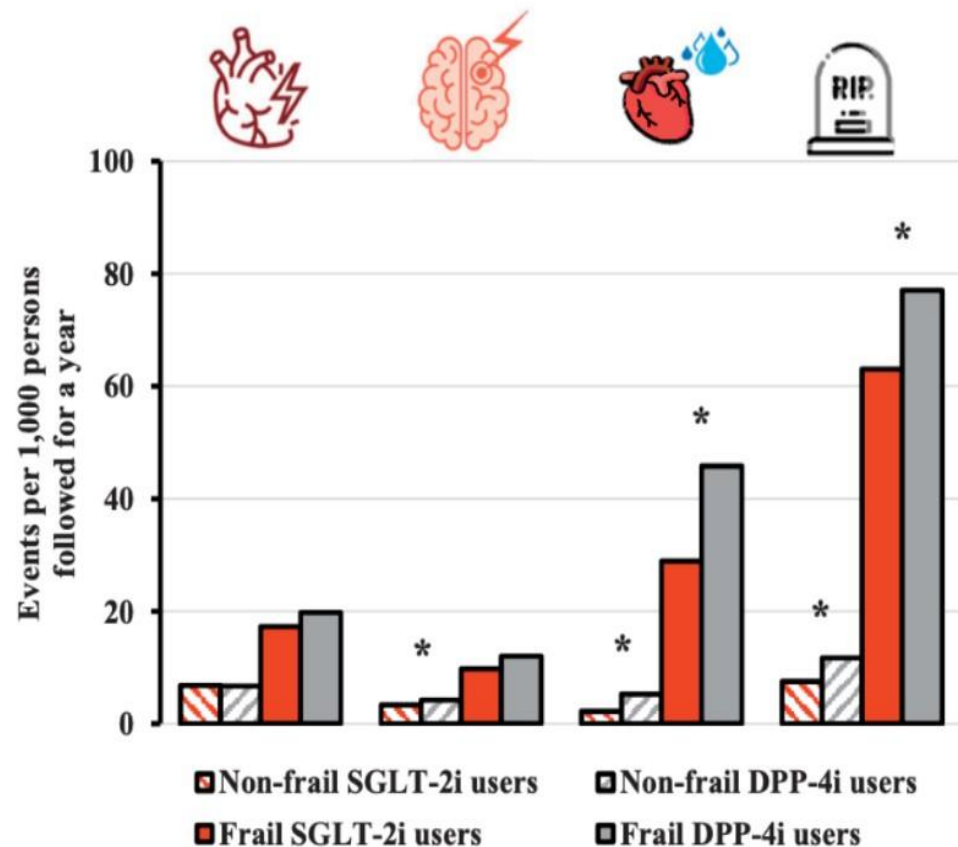
Comparative Cardiovascular Effectiveness and Safety of SGLT-2 Inhibitors, GLP-1 Receptor Agonists, and DPP-4 Inhibitors According to Frailty in Type 2 Diabetes

Alexander Kutz, Dae Hyun Kim, Deborah J. Wexler, Jun Liu, Sebastian Schneeweiss, Robert J. Glynn, and Elisabetta Paterno

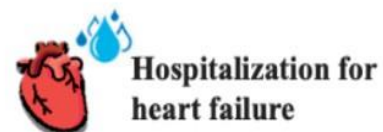
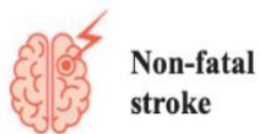
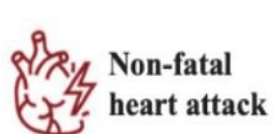
ISGLT2 et GLP1 Vs IDPP4



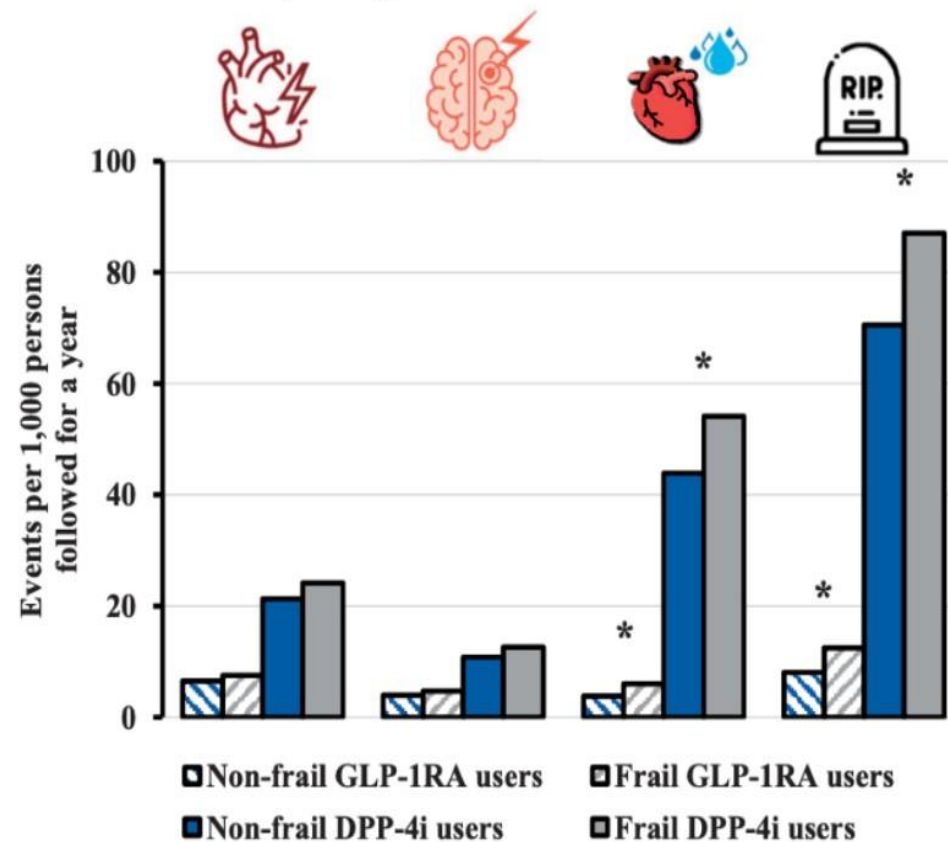
A SGLT-2 inhibitors vs. DPP-4 inhibitors



* differences between SGLT-2 inhibitors and DPP-4 inhibitors among the same level of frailty were statistically significant.



B GLP-1 receptor agonists vs. DPP-4 inhibitors

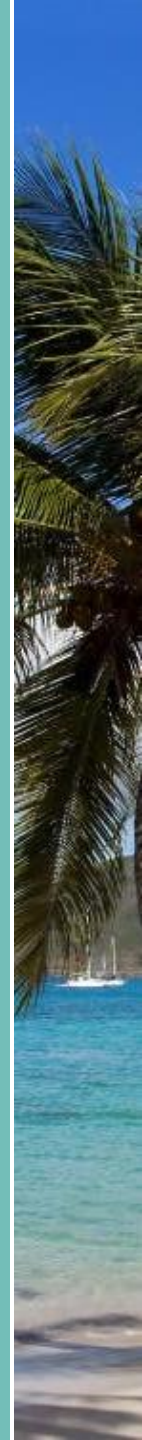


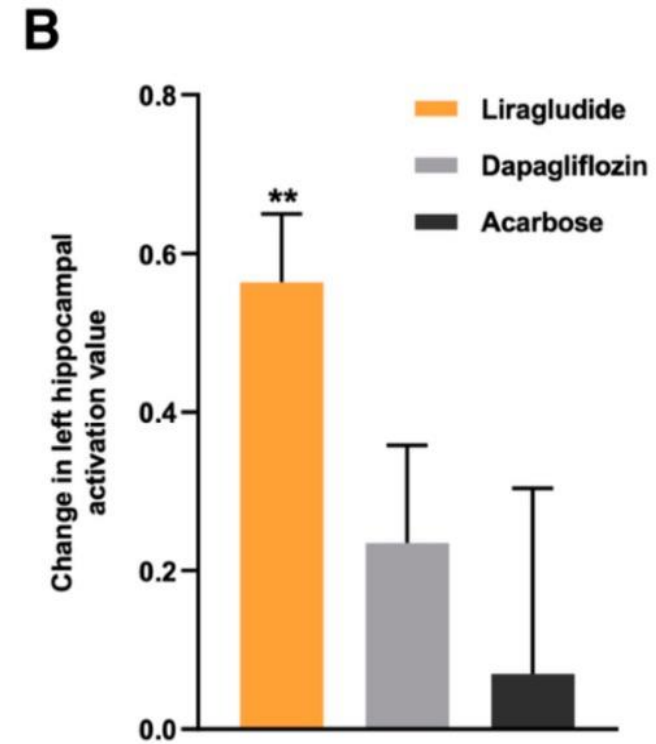
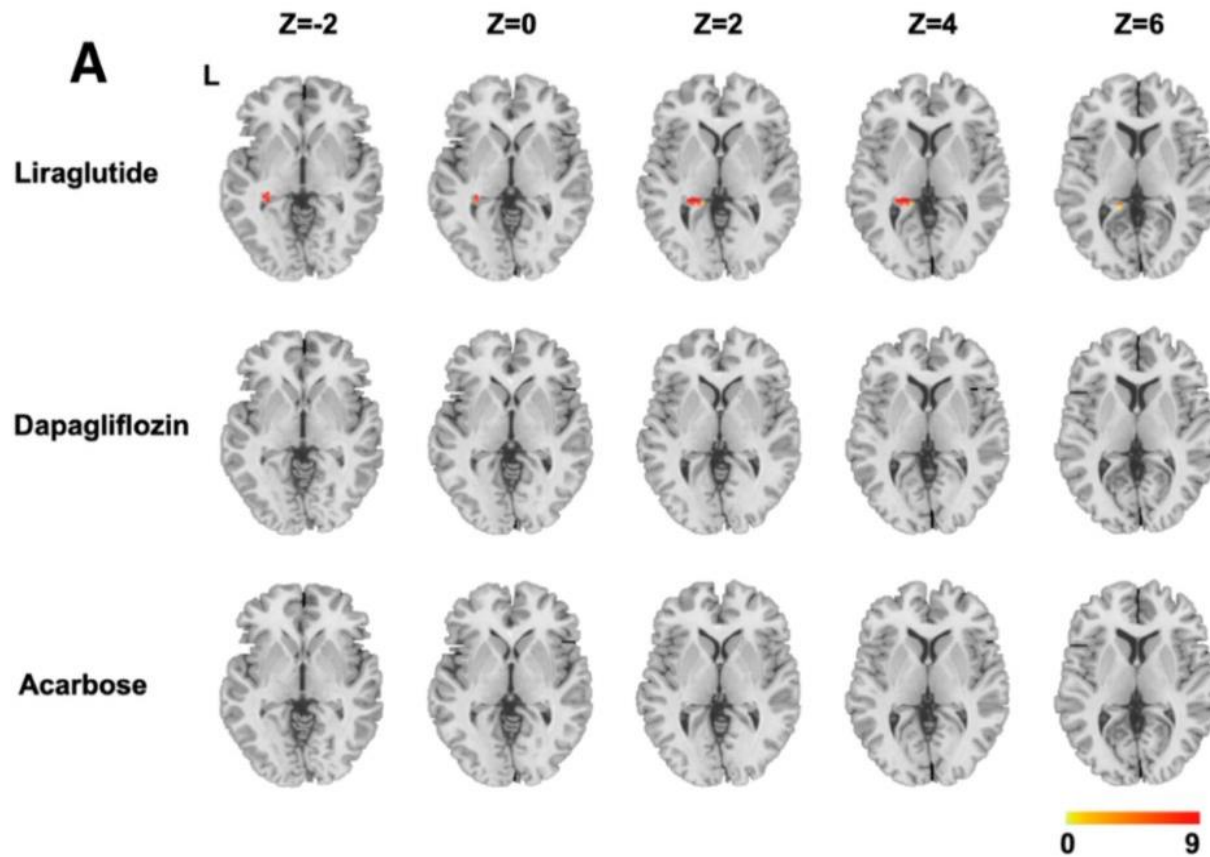
* differences between GLP-1 receptor agonists and DPP-4 inhibitors among the same level of frailty were statistically significant.

Enhancement of Impaired Olfactory Neural Activation and Cognitive Capacity by Liraglutide, but Not Dapagliflozin or Acarbose, in Patients With Type 2 Diabetes: A 16-Week Randomized Parallel Comparative Study

Haiyan Cheng,^{1,2,3} Zhou Zhang,²
Bing Zhang,⁴ Wen Zhang,⁴ Jin Wang,²
Wenyu Ni,² Yingwen Miao,²
Jiani Liu,⁴ and Yan Bi^{1,2}

Diabetes Care 2022;45:1201–1210 | <https://doi.org/10.2337/dc21-2064>







A Randomized Controlled Trial Comparing Efficacy and Safety of Insulin Glargine 300 Units/mL Versus 100 Units/mL in Older People With Type 2 Diabetes: Results From the SENIOR Study

Diabetes Care 2018;41:1672–1680 | <https://doi.org/10.2337/dc18-0168>

Robert Ritzel,¹ Stewart B. Harris,²
Helen Baron,³ Hermes Florez,⁴
Ronan Roussel,⁵ Melanie Espinasse,⁶
Isabel Muehlen-Bartmer,⁷
Nianxian Zhang,⁸ Monica Bertolini,⁶
Claire Brulle-Wohlhueter,⁶
Medha Munshi,⁹ and Geremia B. Bolli¹⁰

Etude multicentrique, 178 centres dans 18 pays

1014 patients DT2, 26 semaines, comparaison Gla 300 vs Gla 100

- 65 ans, moyenne 71 ans,
- Critère principal : HbA1c
- Critère secondaire : hypoglycémies

L'insulinothérapie

L'insulinothérapie chez les personnes âgées diabétiques de type 2 : l'éclairage de l'étude Gérodiab ☆

*Insulin therapy in older people with type 2 diabetes mellitus:
The lighting of the Gerodiab study*

B. Bauduceau ^{a,*}, L. Bordier ^a, J. Doucet ^b

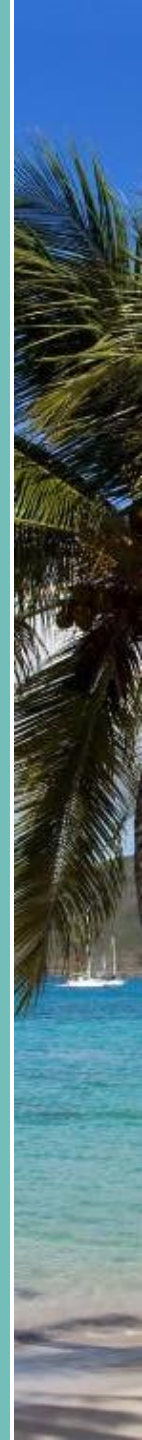
^a Service d'endocrinologie, hôpital d'instruction des armées Bégin, Saint-Mandé, France

^b Service de médecine interne polyvalente, hôpital Saint-Julien, CHU de Rouen, Rouen, France

Reçu le 4 juin 2021 ; accepté le 15 juillet 2021

Disponible sur Internet le 30 novembre 2021

- Choisir le schéma insulinique initial par une basale (schéma bed time recommandé notamment par la SFD) la SFD)
- Injection le matin afin d'éviter les risques d'hypoglycémies chez le sujet fragile



L'insulinothérapie

GO NMCENAOCEP,NDIMONIN NABONAOCEP,COON NMCIMONÉ

- Intensifier le traitement (GLP-1, iSGLT2)
- Ajouter une injection d'un analogue rapide de l'insuline avant le repas le + hyperglycémiant (schéma basal + / Basal-bolus)
- 2 injections d'insuline semi-lente dans la journée
- Préférer un analogue lent pour l'insulinothérapie basale qui améliore l'équilibre glycémique des diabétiques âgés et
réduit le risque hypoglycémie des diabétiques âgés



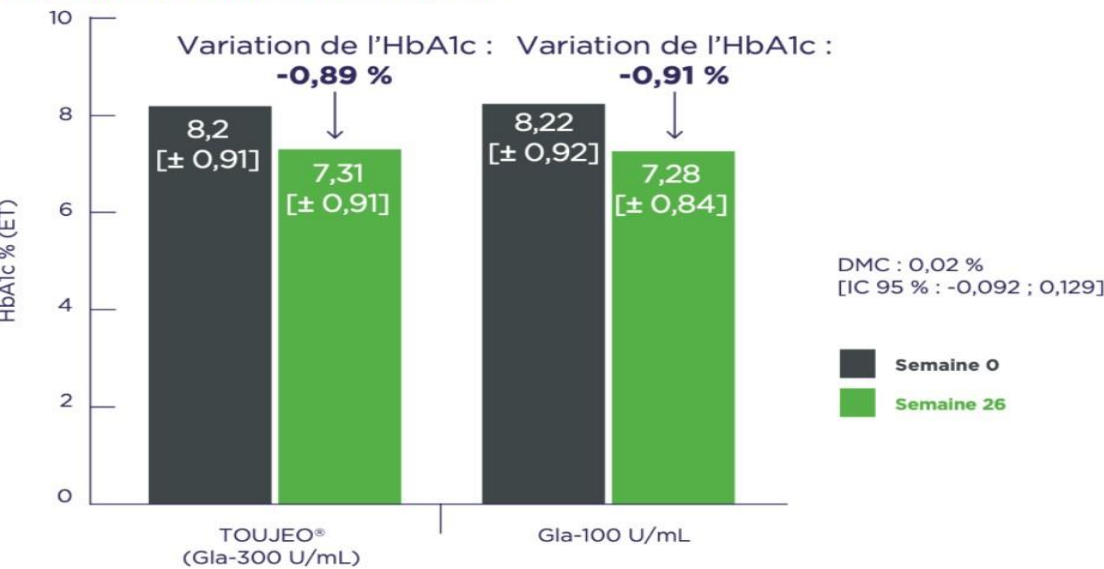
R. Ritzel, S.B Harris, H. Baron, *et al.*
A randomized controlled trial comparing efficacy and safety of insulin glargine 300 U/mL versus 100 U/mL in older people with type 2 diabetes: results from the SENIOR study. *Diabetes Care* 2018;41(8):1672-80.
<https://doi.org/10.2337/dc18-0168>.

TOUJEO® (insuline glargine 300 unités/mL)
en comparaison à l'insuline glargine
100 unités/mL chez les patients
diabétiques de type 2,
âgés de 65 ans ou plus.

Etude clinique Senior TOUJEO

Etude SENIOR

Population totale ≥ 65 ans (ITT)



Hypoglycémie à tout moment de la journée (24h)		TOUJEO® (Gla-300 U/mL) n = 508 n (%)	Gla-100 U/mL n = 505 n (%)	RR (IC à 95 %)	En faveur de TOUJEO® (Gla-300 U/mL)	En faveur de Gla-100 U/mL
Confirmées ou sévères	≤ 70 mg/dL	295 (58,1)	306 (60,6)	0,96 [0,87 ; 1,06]		
	< 54 mg/dL	72 (14,2)	73 (14,5)	0,98 [0,73 ; 1,33]		
Symptomatiques documentées	≤ 70 mg/dL	167 (32,9)	175 (34,7)	0,95 [0,80 ; 1,12]		
	< 54 mg/dL	32 (6,3)	44 (8,7)	0,73 [0,47 ; 1,12]		
Hypoglycémie nocturne (00h00 – 05h59)					En faveur de TOUJEO® (Gla-300 U/mL)	En faveur de Gla-100 U/mL
Confirmées ou sévères	≤ 70 mg/dL	101 (19,9)	112 (22,2)	0,90 [0,71 ; 1,14]		
	< 54 mg/dL	11 (2,2)	18 (3,6)	0,63 [0,32 ; 1,27]		
Symptomatiques documentées	≤ 70 mg/dL	61 (12,0)	65 (12,9)	0,93 [0,68 ; 1,29]		
	< 54 mg/dL	6 (1,2)	14 (2,8)	0,51 [0,23 ; 1,15]		



Future of Elderly Elderly Diabetes Diabetes Care

Exploring emerging technologies and treatment approaches to revolutionize diabetes management for older adults.



Les nouvelles technologies simplifient la gestion du diabète chez les personnes âgées et améliorent leur suivi médical

Système de MCG	Pompe à insuline
- Avantages: - Surveillance de la glycémie en temps réel - Fonction de partage des données - Bonne précision, même en présence de comorbidités	- Avantages: - Administration continue de l'insuline - Délivrance précise de l'insuline - Réduction du fardeau quotidien pour les patients et les professionnels de santé
- Inconvénients - Couteux	- Inconvénients - Couteux - Période d'adaptation et d'apprentissage nécessaire pour le patient - Port constant d'un dispositif peut causer une gêne physique

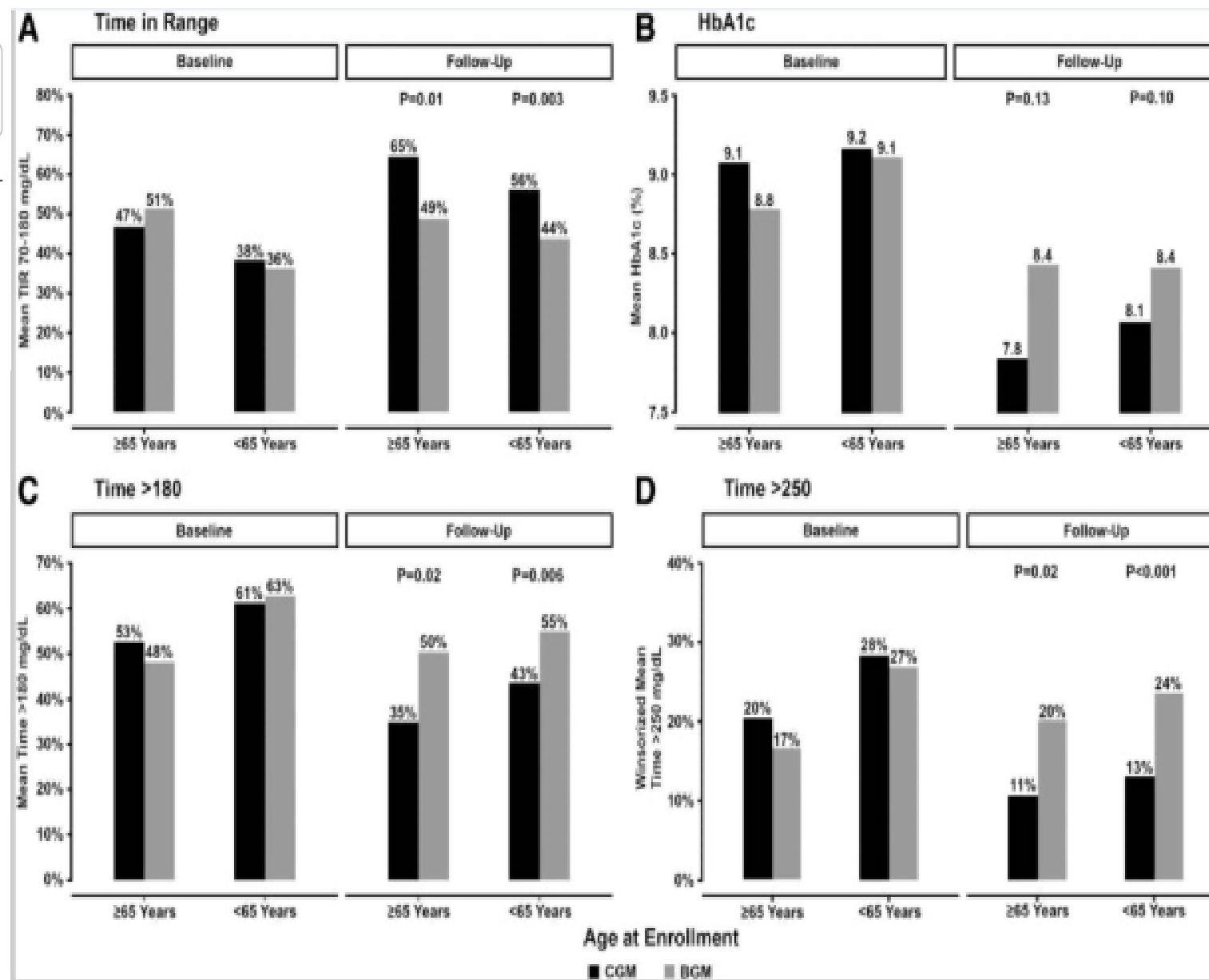




ORIGINAL ARTICLE

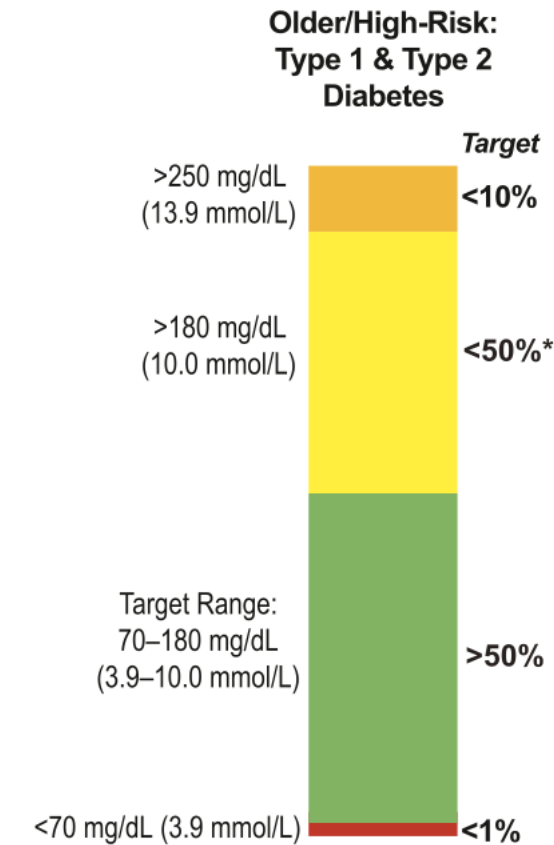
Effectiveness of Continuous Glucose Monitoring in Older Adults with Type 2 Diabetes Treated with Basal Insulin

Shichun Bao, MD, PhD,¹ Ryan Bailey, MS,² Peter Calhoun, PhD,^{2,i} and Roy W. Beck, MD, PhD^{2,ii}



Marqueurs glycémiques

- TIR
- TBR
- TAR
- Variabilité glycémique (CV < 36%)



Corrélation TIR-HbA1C

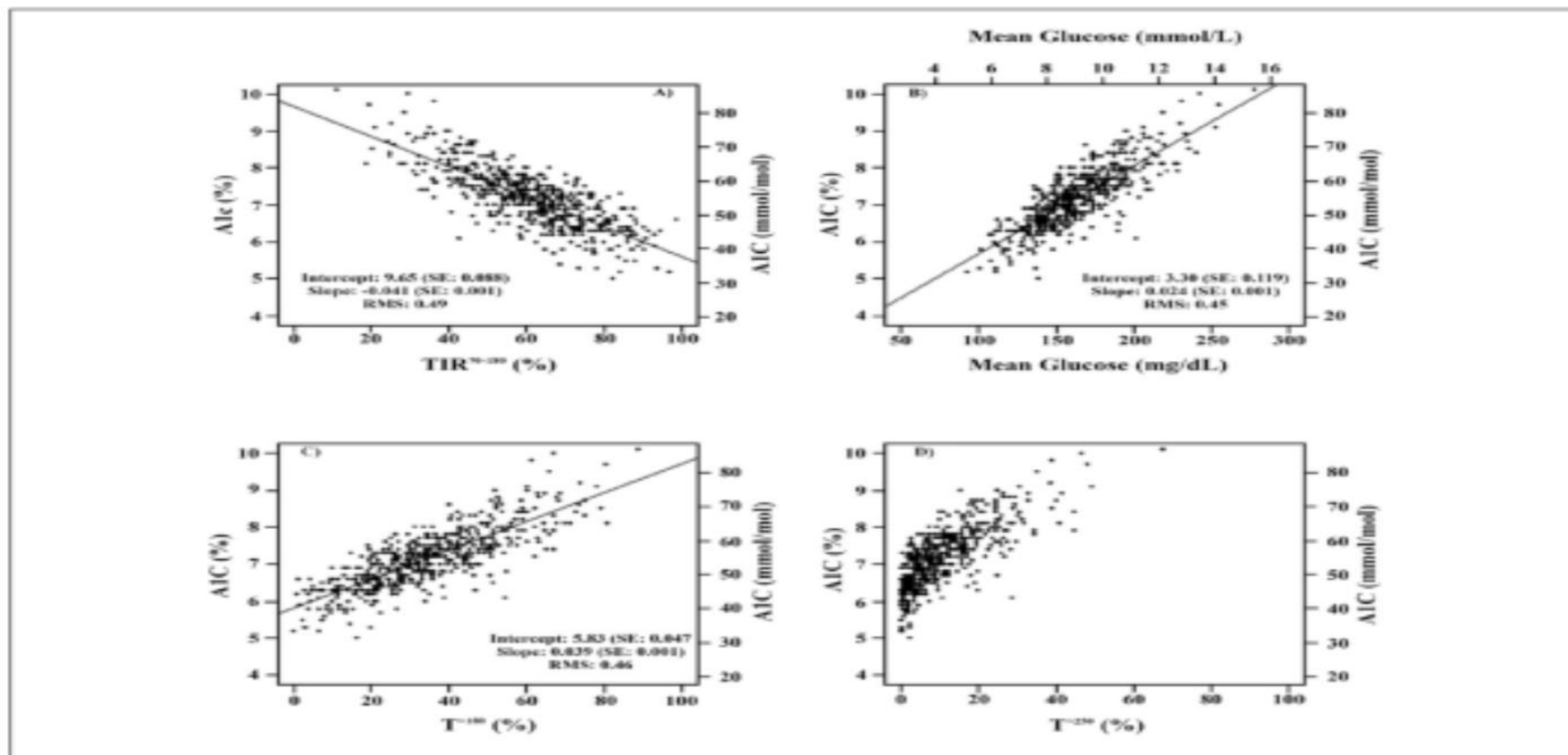


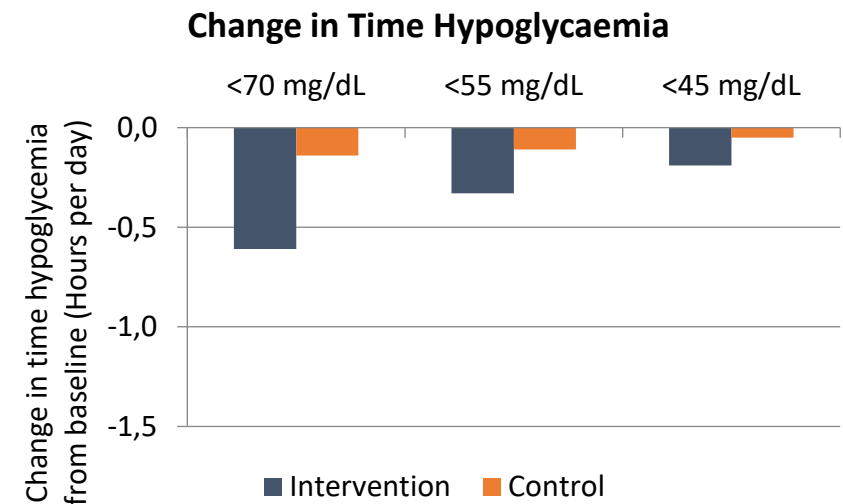
Figure 1. Scatter plots for selected CGM Metrics with A1C at month 6 (RMS = root mean square error). The Intercept, slope and RMS are not shown for A1C (%) vs T^{>250} (%) in view of apparent nonlinearity of this relationship.

Flash Glucose-Sensing Technology as a Replacement for Blood Glucose Monitoring for the Management of Insulin-Treated Type 2 Diabetes: a Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Trial

Thomas Haak · Hélène Hanaire · Ramzi Ajjan · Norbert Hermanns · Jean-Pierre Riveline · Gerry Rayman

26 centres européens
6mois
224 DT2,
59 ans, HbA1c à 8.8%
Critère primaire d'évaluation : HbA1c

Time spent in nocturnal hypoglycemia
(<3.9mmol/L, between 11pm and 6am)



Glucose Level	Difference (vs control) in change from baseline	Significance (vs control)	Reduction vs control
<70 mg/dL	-0.47	P<0.001	43%
<55 mg/dL	-0.22	P=0.0014	53%
<45 mg/dL	-0.14	P=0.0013	64%



-54%
p<0.0001

Conclusion : Un Travail d'Équipe Essentiel

- Approche multidisciplinaire complexe, impliquant patient, famille et famille et équipe médicale
- Intérêt du profilage du patient
- Prévention des hypoglycémies
- Intérêt des nouveaux ADOs et du CGM



Jeudi 13 Février

11:45 – 12:30

Auditorium 1

Diabète et syndrome métabolique

Modérateur(s) : L. ALLARD-SAINT-ALBIN (Fort-de-France), C. FAGOUR (Fort-de-France)

Prise en charge du diabète du sujet âgé
L. CORVO (Fort-de-France)

Impact du diabète sur le pronostic des personnes âgées hospitalisées en gériatrie en Martinique
V. COUTA-ASSELIN de BEAUVILLE (Fort-de-France)

Gestion paramédicale du diabète chez le sujet âgé
K. GETA (Fort-de-France), A. LESDEMA (Fort-de-France)

Relation entre diabète et durée moyenne de séjour en Martinique

De Virginie COUTA ASSELIN de BEAUVILLE (Interne)



Question et hypothèse de recherche

- Quel est le profil des malades diabétiques âgés de + de 75 ans dont la durée moyenne de séjour est > 10 jours en CSG (court séjour gériatrique) ?



Objectif principal de l'étude

- Déterminer les facteurs associés à la DMS (durée moyenne de séjour) allongée chez les patients diabétiques hospitalisés en CSG.



Objectifs secondaires de l'étude

Obtenir des données épidémiologiques sur la population gériatrique martiniquaise

Elaborer des profils de patients

Lister les commorbidités et les complications liées au diabète

Déterminer les facteurs associés à la mortalité hospitalière des personnes âgées diabétiques



Données isolées concernant ma thèse

Objectif: Identification des facteurs associés à l'allongement de la durée de séjour en CSG

(séjour > 10 jours)

Méthodes:

- Etude retrospective
- Monocentrique (CHU de Martinique, site PZQ et Trinité)
- Descriptive
- Analytique
- Incluant des sujets ages de 75 ans et plus hospitalisés en CSG depuis un service d'accueil des urgences
- Modèle de regression logistique avec une borne fixée à 10 jours



Les données recueillies sur l'année

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Sexe- Age- Statut marital- Aidant déclaré- Ancienne catégorie socio professionnelle- Age vs HBA1c à l'entrée- Glycémie à l'entrée et à la sortie- IMC- Syndrome métabolique | <ul style="list-style-type: none">- Pathologie psychiatrique- TTT en cours (ADO, autres traitements) et modification au cours du séjour- EGS (MNA, MMSE, GDS)- Albumine/préalbumine- Complications du diabète (avant hospitalisation, à l'entrée, > 10 jours)- ADL/IADL- Syndrome gériatriques- Critères de Fried |
|---|---|



But de l'étude

- La durée moyenne de séjour est un indicateur indirect de la qualité des soins (mesure de l'efficacité des soins de santé)

Comprendre cette relation est cruciale pour:

- améliorer la qualité des soins
- proposer une approche intégrée et individualisée
- optimiser la gestion du diabète
- diminuer la durée d'hospitalisation dans ce groupe de patients vulnérables.



Pourquoi le choix du court séjour gériatrique en Martinique ?

- Soins transitoires
- Stabilisation des patients âgés
- Prise en charge des symptômes aigus et/ ou décompensation de maladies chroniques comme le diabète
- Spécificités des complications du diabète retrouvés au sein de ce service sur ce territoire
- Indicateurs précoces pouvant limiter la DMS
- Alternatives possible à l'hospitalisation



Implications de la durée de séjour sur les coûts de santé et la qualité des soins



Coûts de santé



Implications de la durée de séjour sur les coûts de santé et la qualité des soins



Qualité des soins



POINTS CLÉS

ORGANISATION DES PARCOURS

Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés

Étude pilote réalisée au CHRU de Strasbourg

Pierre-Olivier Lang^{1,2}, Damien Heitz³, Nicolas Meyer⁴, Moustapha Dramé^{2,5},
Nicolas Jovenin^{2,6}, Joël Ankri⁷, Dominique Somme^{2,8}, Jean-Luc Novella^{2,5},
Jean-Bernard Gauvain⁹, Alain Colvez¹⁰, Pascal Couturier¹¹, Isabelle Lanièce¹¹,
Thierry Voisin¹², Benoit de Wazières¹³, Régis Gonthier¹⁴, Claude Jeandel¹⁵,
Damien Jolly^{2,6}, Olivier Saint-Jean⁸, François Blanchard^{2,5}

Caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus

Caractéristiques sociodémographiques	Total = 137
	n (%)
	moyenne ± écart type
Genre	
Homme	37 (27,0)
Femme	100 (73,0)
Âge (années)	84,3 ± 5,9



Résultats de l'analyse multifactorielle par régression logistique exacte identifiant les indicateurs précoces de durée de séjours prolongés définis comme les séjours dont la durée est supérieure à une borne ajustée sur le Ghm. Résultats donnés sous la forme d'un *odds ratio* (OR) et de son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) (N = 137)

Caractéristiques des sujets à l'inclusion		Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée Séjour > borne ajustée sur le Ghm		
		OR*	IC 95 %	p**
Troubles de l'humeur	Non	1	/	0,03
	Oui	2,5	1,1-9,6	
Déterioration cognitive	Non	1	/	0,09
	Oui	5,0	1,0-10,2	
Risque de dénutrition	Non	1	/	0,04
	Oui	14,1	1,1-43,7	
Troubles de la marche	Non	1	/	0,08
	Oui	2,7	1,0-14,1	

* Une valeur de l'OR > 1 indique que le facteur considéré est associé à la prolongation du séjour. La liaison est signification si la valeur 1 n'est pas comprise dans l'intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

** Une valeur de p < 0.05 indique que le facteur considéré est significativement associé à la prolongation du séjour.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DIABÉTIQUES ADULTES EN FRANCE. ENTRED 2007

// FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATIONS OF PEOPLE WITH DIABETES IN FRANCE. THE 2007 ENTRED SURVEY

Frank AG Assogba¹ (f.assogba@invs.sante.fr), Freddy Penfornis², Bruno Detournay³, Pierre Lecomte⁴, Isabelle Bourdel-Marchasson⁵, Céline Druet¹, Alain Weill⁶, Anne Fagot-Campagna^{1,6}, Sandrine Fosse-Edorh¹

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Hôpital Jean Minoz, Besançon, France

³ Cemka-Eval, Bourg-la-Reine, France

⁴ Centre hospitalier universitaire, Tours, France

⁵ Hôpital Xavier Arnoz, Bordeaux, France

⁶ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

Soumis le 11.07.2013 // Date of submission: 07.11.2013

Taux d'admission sur un an des personnes diabétiques en hospitalisation complète et caractéristiques des séjours hospitaliers en lien ou sans lien avec une complication du diabète identifiée. Entred 2007, France

	Taux d'admission [†] ‰ [IC95%] N=7 534	Nombre moyen de séjours/an/ patient chez ceux hospitalisés [IC95%]	Durée moyenne de séjour (en jours) cumulée sur l'année [IC95%]
Au moins une complication du diabète identifiée	53,7 [48,5-58,9]	2,2 [2,0-2,3]	17,1 [8,1-9,2]
Cardiopathies	29,1 [25,2-33,0]	1,4 [1,3-1,5]	8,8 [7,2-10,4]
Insuffisance cardiaque	9,6 [7,3-11,9]	1,4 [1,2-1,6]	13,08 [10,2-16,0]
Cardiopathie ischémique	21,2 [17,9-24,6]	1,3 [1,2-1,4]	6,2 [4,96-7,4]
Infarctus du myocarde	2,8 [1,6-4,1]	1,1 [1,0-1,3]	9,5 [6,7-12,4]
Insuffisance rénale chronique	10,6 [8,3-13,0]	1,6 [1,3-1,8]	14,8 [10,7-19,0]
Acte de dialyse	1,2 [0,4-0,2]	-	1,6 [1,0 -2,1]
Plaie du pied	3,6 [2,2-5,0]	1,4 [1,1-1,8]	27,6 [17,4-37,9]
Accident vasculaire cérébral	6,1 [4,3-7,9]	1,1 [1,0-1,3]	12,9 [10,5-15,2]
Accident ischémique transitoire	2,3 [1,1-3,4]	1 [1-1]	6,8 [4,9-8,7]
Amputation d'un membre inférieur	2,8 [1,8-3,8]	1,1 [1,0-1,2]	21,8 [13,3-34,3]
Acidocétose diabétique, sans coma	5,0 [3,4-6,6]	1,1 [1,0-1,2]	11,0 [6,8-15,2]
Coma diabétique	2,8 [1,6-4,0]	1,1 [1,0-1,2]	10,6 [6,5-14,8]
Cancer	15,7 [12,9-18,6]	1,3 [1,2-1,4]	9,7 [8,0-11,3]

Données pondérées issues du PMSI. [†] Taux pour 1 000 personnes diabétiques.

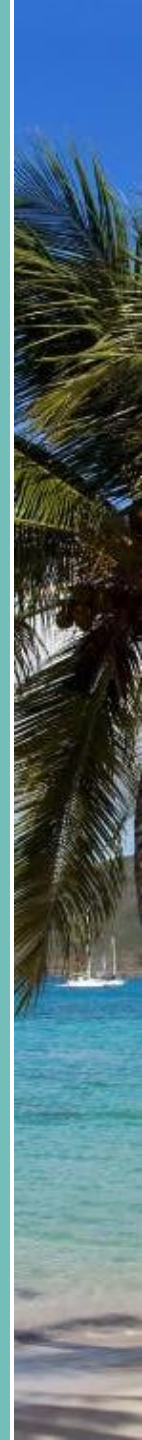
État de santé des patients		
Complications microvasculaires**		
Oui		1,27 [1,00-1,64]
Non		1
Complications coronariennes¶		
Oui		2,19 [1,67-2,86]
Non		1
Niveau d'HbA1c		
<8%		1
≥8%		1,66 [1,24-2,23]
Traitement antidiabétique au cours des 12 derniers mois		
1 ADO		1
Plusieurs ADOs		1,23 [0,95-1,60]
ADO + Insuline		1,28 [0,90-1,81]
Insuline seule		2,77 [1,81-4,23]



**CARACTÉRISTIQUES DIABÉTOLOGIQUES ET GÉRIATRIQUES DU SUJET
DIABÉTIQUE ÂGÉ HOSPITALISÉ À YOPOUGON. *Diabetologic and geriatric
characteristics of the elderly diabetic patient hospitalized in Yopougon.***

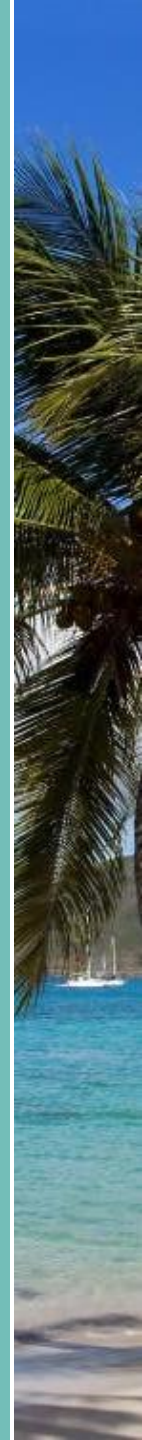
J ABODO, A LOKROU, P KOFFI-DAGO, F KOUASSI, A HUÉ, AJC AZOH, A DERBÉ, M SANOGO.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.



Complications du diabète	n	%
Métaboliques		
- Hypoglycémie	29	7,53
- Acidocétose	43	9
- Hyperosmolarité	45	9,4
Micro-angiopathiques		
- Polyneuropathie	114	23,85
- Rétinopathie	54	11,3
- Micro-albuminurie	100	21
- Macro-protéinurie	134	28

Complications du diabète	n	%
Macro-angiopathiques		
- coronaropathie	67	14
- Accident Vasculaire Cérébral	88	18,4
- Artérite des membres inférieurs	157	32,8
- Pied diabétique	131	27,4
Infectieuses		
- Bucco-dentaires (gingivites et caries dentaires)		45
- Urinaires		13,2
- Respiratoires		12,13
- Abscess cutanés		7,53
- Vulvo-vaginites		4,2
- Otites		3,8



Intérêt de l'étude concernant la relation entre diabète et DMS en CSG...

- Spécificités cliniques de la population gériatrique
- Facteurs de décompensation
- Complications aiguës et chroniques du diabète
- Prise en compte des facteurs de fragilité
- Evaluer les marqueurs métaboliques
- Réduction de la mobilité physique
- Possible déficience cognitive
- Comorbidités



Conclusion et Perspectives futures

- Améliorer le dépistage et la prévention des facteurs de risque responsables de l'allongement de la DMS
- Développement de nouvelles approches et des stratégies de prévention du risque dans la population gériatrique hospitalisée martiniquaise



Jeudi 13 Février

11:45 – 12:30

Auditorium 1

Diabète et syndrome métabolique

Modérateur(s) : L. ALLARD-SAINT-ALBIN (Fort-de-France), C. FAGOUR (Fort-de-France)

Prise en charge du diabète du sujet âgé
L. CORVO (Fort-de-France)

Impact du diabète sur le pronostic des personnes âgées hospitalisées en gériatrie en Martinique
V. COUTA-ASSELIN de BEAUVILLE (Fort-de-France)

Gestion paramédicale du diabète chez le sujet âgé
K. GETA (Fort-de-France), A. LESDEMA (Fort-de-France)

La prise en charge paramédicale du diabète chez nos aînés



Mme Kathryn GETA, *Infirmière, CHLD de Trinité*

Mme Audrey LESDEMA, *Infirmière, CHLD de Trinité*

13 février 2025



Sommaire:

- Introduction
- Pourquoi l'éducation thérapeutique ?
- Que doit-on prendre en compte ?
- Le rôle des aidants
- Conclusion
- Cas cliniques
- Dispositifs utilisés en HDJ
- Références



Introduction:

Le diabète étant une maladie chronique les patients doivent apprendre à vivre avec.

Cette nouvelle condition de vie nécessite un changement pour minimiser l'impact sur la santé ainsi que sur la qualité de vie.



Pourquoi l'éducation thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique du patient vise à rendre la personne actrice de sa prise en charge, grâce à une écoute et un accompagnement adaptés d'une équipe soignante.



Sur quoi repose l'éducation ?

L'apprentissage des notions de base de la maladie

L'administration médicamenteuse

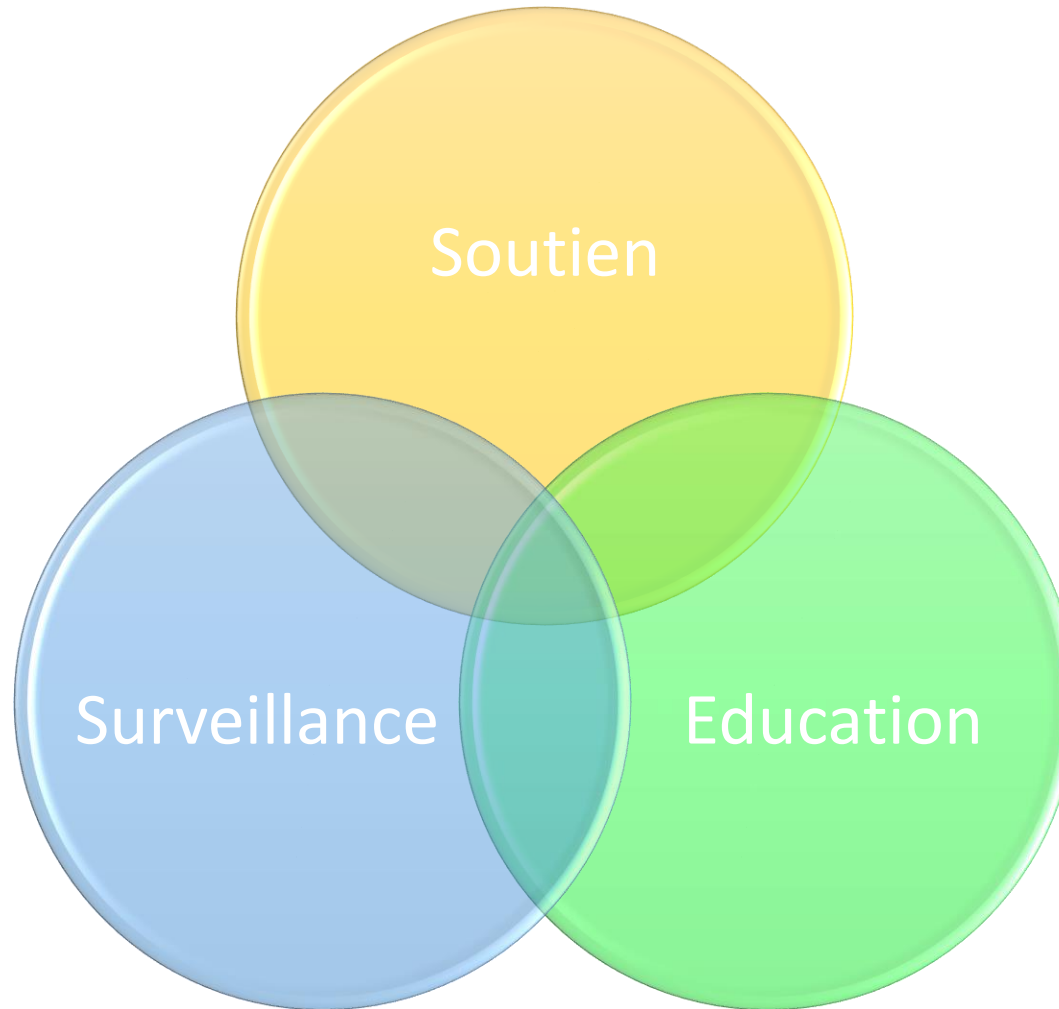
L'Autosurveillance/surveillance glycémique

L'utilisation des différents dispositifs médicaux

La conduite à tenir en cas d'urgence



Le rôle des aidants dans tout cela?



Conclusion

- L'éducation diabétique est indispensable pour les personnes âgées.
- Elle doit être adaptée et inclure des objectifs thérapeutiques personnalisés avec l'équipe pluridisciplinaire.



Cas cliniques



Etude de cas n°1

- Mr CH.
Homme de 70 ans,
DT2 depuis 10 ans
- célibataire, ayant sa mère à charge (unique aidant)
- Sportif : footballeur , marche, natation,
- Traitement : basal/bolus



Propositions de soins

- Pose d'un capteur de glycémie interstitiel et connexion à l'application libreview.
- Stylo connecté pour limiter les oublis d'insuline rapide.
- Education à l'autocontrôle avant l'activité pour limiter les hypoglycémies durant le sport.
- Education à la gestion des hypoglycémies: protocole et trousse d'urgence.
- Education à l'adaptation des doses.



Rapport de glycémies



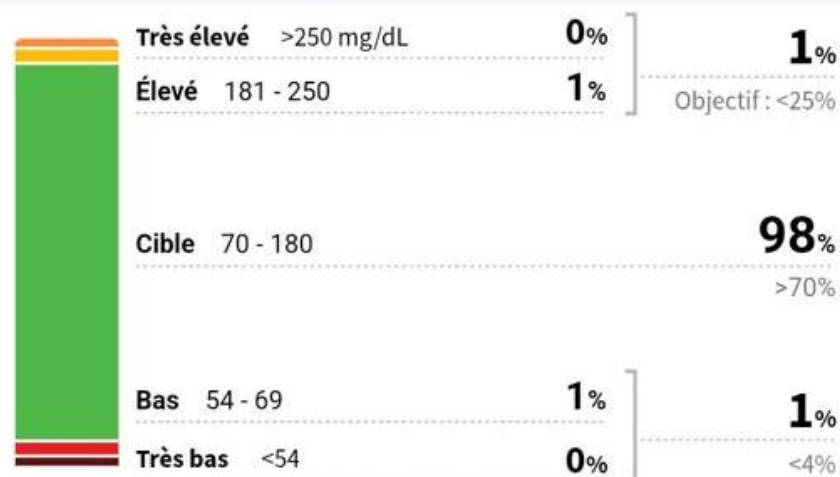
Aperçu de la tendance du taux de glucose

Généré: 07/02/2025

Dates sélectionnées : 24 janv. 2025 – 6 févr. 2025
(14 Jours)

Temps d'activité du capteur: **90%**

Durée dans les plages



Statistiques de glucose

Taux de glucose moyen

109 mg/dL Objectif : ≤154 mg/dL

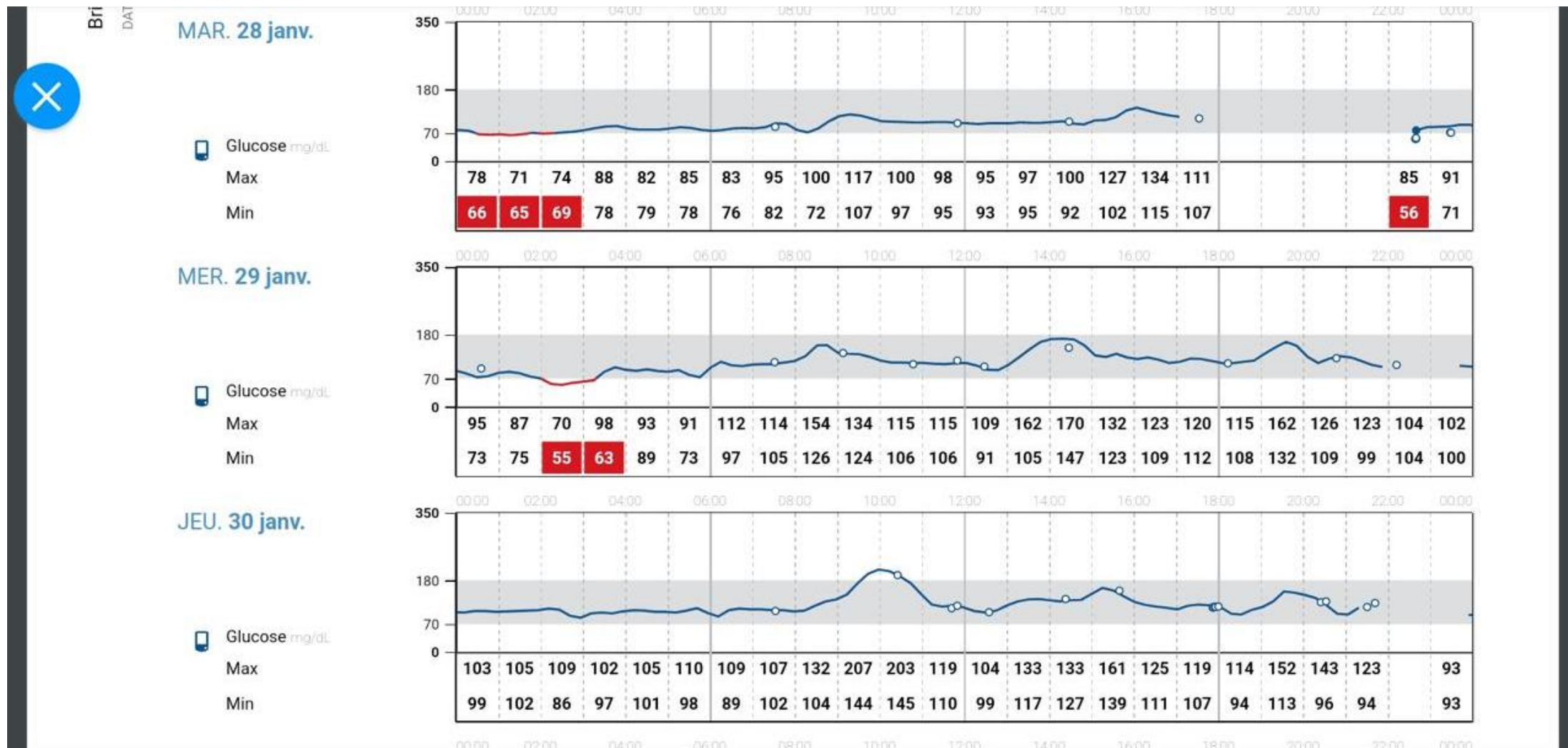
Indicateur de gestion de la glycémie (GMI)

Niveau approximatif d'A1C basé sur le taux de glucose moyen obtenu par mesure en continu du glucose.

5,9% Objectif : ≤7,0% | **41** mmol/mol Objectif : ≤53 mmol/mol

Éléments que le médecin doit prendre en compte¹

Courbes glycémiques



Etude de cas n°2



- Mme M.,
Veuve, âgée de 81 ans,
vit avec sa fille (aidante)
- Patiente cognitivement orientée,
grabataire.
- Mme M. est souvent en conflit
avec sa fille sur les mesures
diététique.
Elle apprécie les bonnes
assiettes.
- Elle est saturée par la multitude
de soins.



Propositions de soins

- Pose d'un capteur et connexion de sa fille a Libreview.
- Pose de pompe pour améliorer la qualité de vie en limitant les piqûres et injections.
- Entretien diététique avec sa fille.
- Education au comptage des glucides.
- Adaptation des bolus



Rapport de glycémies



24 janvier 2025 - 6 février 2025 (14 Jours)

STATISTIQUES ET CIBLES DE GLYCÉMIE

24 janvier 2025 - 6 février 2025

14 Jours

Temps d'activité du capteur:

100%

Plages et cibles pour	Diabète de type 1 ou de type 2
Plages de glycémie	Cibles % de lectures (heure/jour)
Plage cible 70-180 mg/dL	Supérieur à 70% (16h 48min)
En dessous de 70 mg/dL	Inférieur à 4% (58min)
En dessous de 54 mg/dL	Inférieur à 1% (14min)
Au-dessus de 180 mg/dL	Inférieur à 25% (6h)
Au-dessus de 250 mg/dL	Inférieur à 5% (1h 12min)
Chaque augmentation de 5 % du temps dans la plage (70-180 mg/dL) est bénéfique sur le plan clinique.	

Taux de glucose moyen

160 mg/dL

Indicateur de gestion de la glycémie (GMI)

7,1% ou 55 mmol/mol

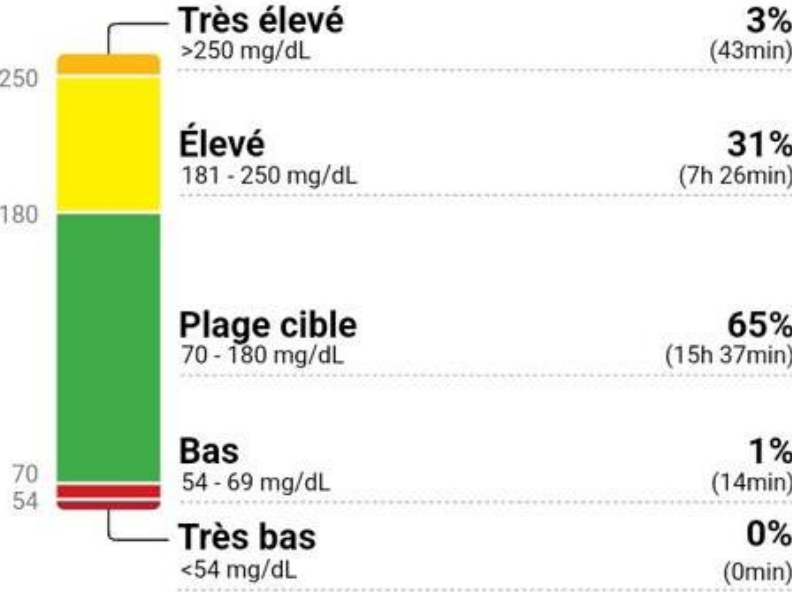
Variabilité de la glycémie

30,0%

Défini en pourcentage du coefficient de variation (%CV) ; Cible ≤ 36 %

PROFIL DE GLUCOSE AMBULATOIRE (PGA)

TEMPS DANS LES PLAGES



Courbes glycémiques



SOURCES: FreeStyle Libre... + 2

cabinet CORVO

TÉLÉPHONE: 0596664771

Généré:

VEN. 24 janv.

Glucose mg/dL
Max
Min



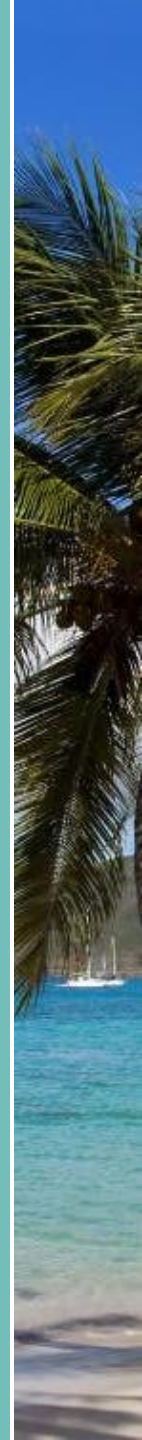
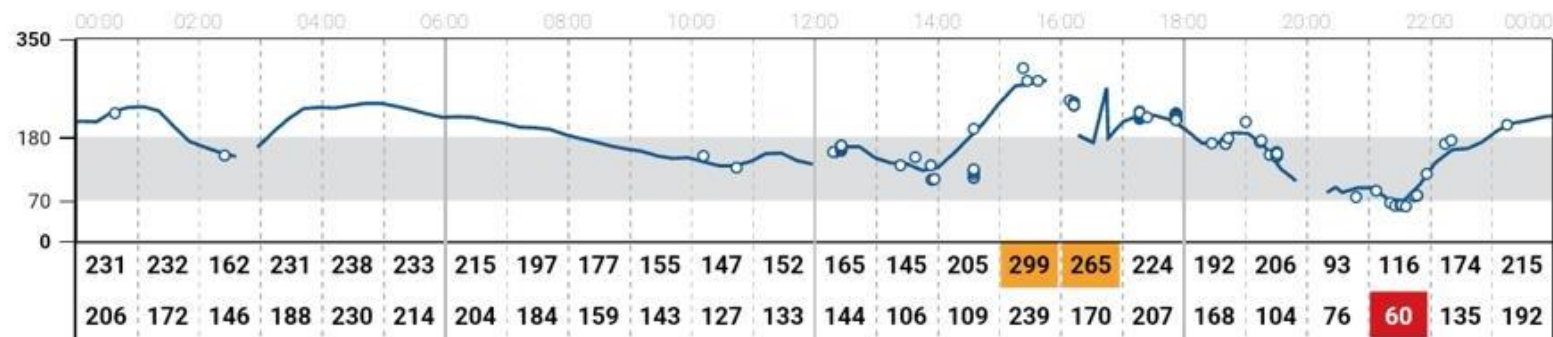
SAM. 25 janv.

Glucose mg/dL
Max
Min



DIM. 26 janv.

Glucose mg/dL
Max
Min



Dispositifs utilisés en HDJ



Références

- **S.SMITZ-La personne âgée diabétique: Approche thérapeutique** <https://orbi.uliege.be/bistream/2268/242982/1/Diabetologie.pdf>
- **Le rôle de l'infirmier dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique** <https://walter-learnin.com/blog/sante/infirmier/diabete/education-therapeutique-patient-diabetique>
- **Education thérapeutique du patient (ETP)** https://www.has-sante.fr/jcm/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc_1_3
- **Comment prendre en charge aujourd'hui le diabète du sujet âgé?** <https://www.diabete66.fr/comment-prendre-en-charge-aujourd'hui-le-diabete-du-sujet-age/>



Merci!



Jeudi 13 Février

11:45 – 12:30

Auditorium 1

Diabète et syndrome métabolique

Modérateur(s) : L. ALLARD-SAINT-ALBIN (Fort-de-France), C. FAGOUR (Fort-de-France)

Prise en charge du diabète du sujet âgé
L. CORVO (Fort-de-France)

Impact du diabète sur le pronostic des personnes âgées hospitalisées en gériatrie en Martinique
V. COUTA-ASSELIN de BEAUVILLE (Fort-de-France)

Gestion paramédicale du diabète chez le sujet âgé
K. GETA (Fort-de-France), A. LESDEMA (Fort-de-France)