

Soin à la personne âgée diabétique dans un centre d'hébergement de longue durée

# Exigence de questionner les pratiques soignantes actuelles

La prévalence du diabète dans les centres d'hébergement de longue durée (EMS) varie selon les études, mais elle se situe entre 25% et 34% (1). Les recommandations internationales plaident en faveur de l'assouplissement et de la personnalisation des objectifs thérapeutiques et du traitement pour cette patientèle. Les soignants sont donc invités, dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, à élaborer un plan de soins individualisé pour les résidents diabétiques en préservant la qualité de vie par la prévention et la gestion des risques d'hypoglycémie et d'hyperglycémie. Mais la question des soins et du soutien reçus par cette patientèle reste à élucider. Cet article a pour but d'identifier des repères pour les soignants afin d'interroger leur pratique de soin et du soutien offerts aux résidents diabétiques dans les EMS.

Dans le canton de Vaud, la prévalence du diabète diagnostiqué chez les plus de 65 ans est estimée à 24,2%, et par rapport aux non diabétiques, les personnes âgées diabétiques de plus de 75 ans ont un risque accru de plus de 60% d'être institutionnalisées (2). La prévalence élevée du diabète dans les EMS est reliée à l'augmentation de l'espérance de vie et aux changements physiologiques liés à l'âge, dont l'augmentation de la graisse abdominale, la sarcopénie et un processus inflammatoire chronique qui augmente la résistance à l'insuline dans les tissus périphériques et un dysfonctionnement des îlots pancréatiques (1). Le diabète augmente non seulement le risque de complications cardiovasculaires et micro-vasculaires, mais peut aussi aggraver les syndromes gériatriques incluant les troubles cognitifs, la dépression, les chutes, les douleurs chroniques et l'incontinence urinaire (1).

D'autres raisons justifient la personnalisation du traitement du diabète et une attention soutenue pour les résidents âgés diabétiques. Entre autres, il y a l'hétérogénéité et la fragilité de l'état de santé des résidents qui sont attribuables à la présence de comorbidités, aux variations du statut fonctionnel et cognitif, et aux effets délétères des complications aiguës du traitement du diabète (hypoglycémie et hyperglycémie): l'hypoglycémie est un facteur de mortalité reconnu chez la personne âgée. De plus, les transitions répétées entre le domicile, l'hôpital et le centre d'hébergement entraînent une fragilisation de l'état de santé, parfois une perte d'informations précieuses, sources potentielles d'erreurs médicamenteuses. Enfin, le nombre élevé d'intervenants dans les EMS (infirmière, médecin traitant et spécialiste, assistant en soins et santé communautaires (ASSC)), et les variations quant au niveau des connaissances spécifiques du traitement du diabète de la personne âgée questionnent les responsabilités pour les décisions thérapeutiques. Pour toutes ces raisons, les recommandations internationales plaident en faveur de l'assouplissement et de



Chantal Montreuil, MSc. Inf  
Lausanne

la personnalisation des objectifs thérapeutiques et du traitement (1–3) (tab. 1).

L'approche personnalisée pour le choix du traitement et des objectifs glycémiques s'appuient sur une évaluation des caractéristiques de santé de la personne âgée, visant principalement à prévenir les complications aiguës d'hypoglycémie et d'hyperglycémie. Ainsi, pour la personne âgée dont l'état de santé est jugé robuste, l'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) devrait se situer vers 7–7,5%. Pour ceux jugés «vulnérables» et qui présentent des comorbidités et des limites fonctionnelles et cognitives, les recommandations préconisent un contrôle glycémique moins rigoureux et un évitement strict de l'hypoglycémie. Enfin, la personne dépendante – qui requiert le soutien d'un tiers pour assurer le traitement du diabète au quotidien – devrait bénéficier des mêmes précautions que la personne vulnérable, en visant une valeur plus élevée de HbA<sub>1c</sub> à 7,6–8,5% (4).

TAB. 1 Aperçu des objectifs de contrôle glycémiques selon le profil du patient (adapté de réf. 6)		
	Pour une personne âgée robuste	Pour une personne âgée fragile
Valeur HbA <sub>1c</sub>	7–7,5%	7,6–8,5%
Glycémie capillaire à jeun	6,5–7,0 mmol/l	7–9,0 mmol/l
Glycémie capillaire postprandiale	A adapter individuellement (éviter les hypoglycémies)	A adapter individuellement (éviter les hypoglycémies)
Critères	Agée en bonne santé souffrant d'une maladie chronique sans répercussion fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longue histoire de diabète</li> <li>• Histoire d'hypoglycémie sévère</li> <li>• Non-reconnaissance des hypoglycémies</li> <li>• Espérance de vie à 10 ans limitée</li> <li>• Complications diabétiques avancées</li> <li>• Comorbidités importantes</li> <li>• Polymorbidité</li> <li>• Grande dépendance fonctionnelle avec troubles cognitifs/démence</li> </ul>

Les soignants sont donc invités à élaborer un plan de soins individualisé pour les résidents diabétiques en préservant la qualité de vie par la prévention et la gestion des risques d’hypoglycémie et d’hyperglycémie. Mais une question demeure: quels sont actuellement les soins et le soutien reçus par cette patientèle dans les centres de soins de longue durée ? A notre connaissance, nous ne disposons pas à ce jour de données indiquant les soins reçus par les résidents diabétiques en Suisse.

**Les soins reçus par les résidents diabétiques âgés**

Les soins reçus seront identifiés à partir de l’audit effectuée en Angleterre par l’Institute of Diabetes for Older People (IDOP), en collaboration avec l’Association of British Clinical Diabetologists (ABCD). Les chercheurs ont sollicité 9000 centres d’hébergement durant la période 2012–2013: 2043 centres ont répondu, soit un taux de participation de 23% (4). Au final, 1541/2043 centres confirment qu’ils hébergent des résidents diabétiques (75,4%), totalisant 5087 résidents: la prévalence du diabète est estimée à 10,4% et les plus de 85 ans constituent 60% de la patientèle. Le questionnaire postal auto-administré incluait 6 sections: les données sociodémographiques; l’évaluation du résident; les procédures; les protocoles de soins; la documentation des informations fournies par le médecin traitant; et enfin la formation du personnel soignant.

Concernant l’évaluation des résidents diabétiques à l’admission et en cours de séjour, les résultats indiquent que 65% des centres n’ont pas de politique de dépistage du diabète de type 2 chez les résidents nouvellement admis. Pourtant, il est largement reconnu que nombres de personnes ont un diabète de type 2 sans le savoir: des complications macro-vasculaires et micro-vasculaires reliées au diabète sont souvent déjà présentes. Près de 17% des centres déclarent ne pas utiliser de moyens pour évaluer les capacités d’auto-soins des résidents pour le traitement du diabète, et au cours des 12 derniers mois, 25% n’ont ni évalué la fonction cognitive ni la dépression des résidents. Concernant les valeurs biologiques mesurées par le médecin traitant, seuls 44% des centres documen-

tent dans leurs dossiers les valeurs mesurées de la fonction rénale, tandis que seulement 40% documentent l’hémoglobine glyquée. Par ailleurs, plus de la moitié des centres estiment que leurs résidents présentent un risque modéré ou élevé de lésion aux pieds.

La gestion stricte de l’hypoglycémie est un objectif majeur pour le traitement du sujet diabétique âgé. Elle est primordiale en raison des effets hypoglycémiantes de l’insuline ou des médicaments sécrétagogues de l’insuline, et des changements physiologiques reliés au vieillissement qui peuvent altérer les mécanismes hormonaux de contrerégulation en cas d’hypoglycémie: la manifestation des symptômes adrénurgiques et neuroglucopéniques peut en être atténuée. A ce sujet, les résultats de l’audit montrent qu’à peine plus de la moitié des centres (53%) évalue les connaissances du résident relatives aux symptômes de l’hypoglycémie au moyen d’un document standardisé, tandis que 34% ne demandent pas directement au résident s’il en connaît les symptômes ou quels sont ses propres symptômes. Près de 37% n’ont pas un protocole clairement établi pour la correction de l’hypoglycémie. Enfin, 47% des centres n’ont pas une personne de référence pour superviser et coordonner les soins des résidents diabétiques, et autant ne connaissent pas les recommandations nationales accessibles sur les sites web. L’accès à des formations spécifiques en diabétologie demeure limité. C’est donc à partir de ces résultats que des recommandations essentielles pour les soins aux résidents diabétiques ont été formulées par IDOP (tab. 2) et constituent, de notre point de vue, des repères utiles pour questionner les pratiques actuelles.

**Standards de soins quant à l’insulinothérapie chez les patients diabétiques dépendants**

La Société Suisse d’Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) (5) a diffusé en 2016 des recommandations quant à l’insulinothérapie chez les patients diabétiques dépendants. Les recommandations de la SSED peuvent être consultées en français à l’adresse suivante: <http://www.sgedssed.ch/fr/>. Les recommanda-

<b>TAB. 2</b> <b>Recommandations principales pour les soins aux résidents diabétiques dans des EMS (adapté de la réf. 4)</b>	
<b>Domaines</b>	<b>Recommandations</b>
Soins cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque centre met en place une politique de gestion de l’hypoglycémie et s’assure que tout le personnel est formé selon les règles établies.</li> <li>• Chaque centre doit être équipé d’une «trousse d’hypoglycémie», accessible en tout temps au personnel.</li> <li>• L’évaluation des pieds doit être effectuée chaque jour, le risque de lésion identifié et les lésions rapidement évaluées et traitées.</li> </ul>
Surveillance et Evaluation périodique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résidents qui gèrent leur traitement doivent bénéficier d’un encadrement et leurs capacités d’autogestion régulièrement évaluées, surtout en cas de changement de leur état de santé.</li> <li>• La fonction cognitive doit être évaluée à l’admission et à intervalles réguliers ou lorsque le résident présente des signes de démence.</li> <li>• La dépression doit être évaluée à l’admission et à intervalle réguliers ou lorsque des signes se manifestent.</li> </ul>
Communication avec le médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à établir une bonne communication avec le médecin traitant, ce qui permet un suivi annuel de santé et une documentation des soins spécifiques pour le diabète.</li> <li>• Documenter les valeurs mesurées par le médecin traitant de HbA<sub>1c</sub> permettant de prendre un rôle actif pour la gestion du traitement et posséder l’information en cas de situation d’urgence.</li> <li>• Documenter les valeurs mesurées par le médecin traitant de la fonction rénale ce qui permet de mieux surveiller et de posséder l’information en cas de situation d’urgence.</li> </ul>
Procédures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les soignants doivent avoir accès aux recommandations de bonne pratique internationales et nationales pour les soins aux résidents diabétiques et fonder leur pratique sur ces recommandations.</li> <li>• Tous les centres doivent établir une politique de dépistage du diabète appliquée lors de l’admission de nouveaux résidents.</li> <li>• L’évaluation des connaissances du résident particulièrement sur les symptômes d’hypoglycémie est une condition essentielle pour établir le plan de soins du résident diabétique.</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque centre devrait désigner parmi les soignants une personne responsable de la gestion du diabète.</li> </ul>
Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque centre doit offrir un accès pour une formation spécifique en diabétologie pour les soins et le processus enseignement apprentissage.</li> </ul>

tions incluent cinq énoncés de standards pour: la formation et le perfectionnement des professionnels de la santé et des autres personnes impliquées (proches ou personne de référence); les professionnels de la santé; l'alimentation; le médecin traitant; et enfin le diabétologue.

Les recommandations concernent la patientèle âgée nécessitant un soutien complètement compensatoire pour tous les soins liés à l'insulinothérapie, c'est-à-dire des soins effectués et pensés par un tiers. Les standards pour les professionnels de la santé (tab. 3) sont centrés sur deux situations où la règle de l'évitement strict de l'hypoglycémie s'impose: la relation entre la prise alimentaire et l'injection de l'insuline prandiale, et la correction de l'hypoglycémie. Des indications précises concernent la réflexion à effectuer en situation pour la mesure, l'interprétation et la documentation de la glycémie capillaire ou en cas de nécessité, la décision pour l'ajustement du moment opportun de l'injection de l'insuline prandiale et la correction de l'hypoglycémie. A cet effet, les recommandations SSED suggèrent, pour un résident diabétique âgé dépendant, un seuil de correction lorsque la glycémie est  $< 3,5$  mmol/l, alors

qu'en milieu clinique, la prudence veut que le seuil de correction soit plutôt fixé en dessous de 5 mmol/l pour le patient diabétique âgé dépendant. C'est pourquoi, conformément aux recommandations internationales, nous insisterons sur l'exigence de faire usage des standards pour les professionnels de la santé dans une perspective d'individualisation des indicateurs pour le jugement clinique et les décisions thérapeutiques, incluant une personnalisation du seuil de correction de l'hypoglycémie.

L'accroissement de la prévalence du diabète chez les résidents dans les EMS et les recommandations de IDOP et de la SSED devraient encourager les soignants à utiliser ces repères pour questionner leur pratique, dresser un inventaire des activités de soins pour le diabète actuellement effectuées et non effectuées. Une réflexion en équipe interprofessionnelle permettra de maintenir, améliorer et consolider une qualité de vie pour les résidents diabétiques âgés en EMS dans un environnement sécuritaire.

#### Chantal Montreuil MSc. Inf.

IUFRS Université de Lausanne

Avenue du Bugnon 44, 1011 Lausanne

Chantal.Montreuil@hospv.d.ch

**+** **Conflit d'intérêts:** L'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

#### Références:

1. Munshi M et al. Management of Diabetes in Long-term Care and Skilled Nursing Facilities: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016;39:308-18
2. Jeanrenaud C, Dreyer G. Les coûts directs médicaux du diabète. Une estimation pour le canton de Vaud. Institut de Recherche Economique, Université de Neuchâtel 2012 (consulté le 20 août à l'adresse [www.pcd.diabete-vaud.ch](http://www.pcd.diabete-vaud.ch))
3. Programme Cantonal Diabète. Fiche pratique 1.2 soignants: « Contrôles biologiques en pratique. Conseils pour la prise en charge des patients diabétiques » (disponible sur <http://pcd.diabete-vaud.ch/professionnels/fiches-pratiques-doc-diab/>)
4. Institute of Diabetes for Older people (IDOP). England-wide care Home diabetes Audit. Executive Summary 2014 (consulté le 20 août 2016 sur le site [www.instituteofdiabetes.org](http://www.instituteofdiabetes.org))
5. Felix B et al. Recommandations quant à l'insulinothérapie chez les patients dépendants. Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie 2016 (disponible sur <http://www.sgedssed.ch/fr/>)
6. Programme Cantonal Diabète. Fiche pratique « Objectifs de contrôle glycémiques selon le profil du patient » (disponible sur [http://pcd.diabete-vaud.ch/uploads/media/Fiche\\_S1\\_2\\_Contrôles\\_biologiques\\_en\\_pratique](http://pcd.diabete-vaud.ch/uploads/media/Fiche_S1_2_Contrôles_biologiques_en_pratique))

#### Messages à retenir

- ◆ Une attention soutenue pour les résidents diabétiques est requise en raison de l'accroissement de la prévalence du diabète de cette patientèle, de l'hétérogénéité de l'état de santé, des transitions répétées entre le domicile, l'hôpital et l'EMS, et du nombre d'intervenants professionnels pour les soins quotidiens.
- ◆ Le questionnement des soignants devrait être centré sur la présence d'une politique institutionnelle pour le dépistage du diabète à l'admission, et sur l'évaluation périodique des capacités d'auto soins, de la fonction cognitive, de la dépression, des valeurs mesurées de l'HBA<sub>1c</sub> et de la fonction rénale, du risque d'hypoglycémie, de la gestion quotidienne de l'insulinothérapie et enfin du risque de lésion des pieds.
- ◆ En s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques IDOP et SSED et sur une évaluation systématique de la gestion du diabète, les soignants sont invités à construire un plan de soins personnalisé qui assure aux résidents diabétiques une qualité de vie dans un environnement sécuritaire.

**TAB. 3 Standards pour les professionnels de la santé (5)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de la santé assurent que la distribution et la consommation des repas soient coordonnées avec le contrôle glycémique et l'administration d'insuline rapide (insuline prandiale).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils mesurent la glycémie juste avant les repas principaux.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils injectent, en règle générale, l'insuline rapide (insuline prandiale) au maximum 15 minutes avant le repas principal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsqu'il n'est pas clair si le patient mangera son repas ou non ou lorsque la valeur glycémique avant le repas se situe au-dessous de 5 mmol/L, le professionnel de la santé injecte l'insuline rapide après le repas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils consignent les valeurs glycémiques établies et l'administration d'insuline (quantité et heure) dans le journal de glycémie du patient.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils s'assurent que les patients reçoivent l'insuline basale même quand ils ne prennent pas leur repas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque le patient n'a pas mangé son repas ou n'en a consommé qu'une partie (moins de la moitié), ils administrent la quantité d'hydrates de carbones correspondant à un repas sous forme de boisson sucrée (coca cola rouge ou jus d'orange, 3 dl = 25–30 g d'hydrates de carbones), si l'insuline rapide a déjà été injectée. Si tel n'est pas le cas, ils administrent l'insuline rapide uniquement pour corriger les valeurs trop hautes (cf. Annexe 1 schéma pour le dosage de l'insuline). Si de l'insuline rapide a été injectée mais que le patient ne mange pas, il faudra contrôler les valeurs glycémiques toutes les heures.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils mesurent le taux de sucre dans le sang en cas de suspicion d'hypoglycémie.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils traitent l'hypoglycémie conformément au processus décrit à l'annexe 2.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils fournissent un «set hypoglycémique» aux patients. Ce set contient 20–30 g de sucre de raisin sous forme de comprimé à mâcher Dextro Energy ou un gel de glucose (par ex. un tube Insta glucose de 24 g) ainsi que des hydrates de carbone sous forme de barre, de biscuit sec ou autres.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le service dispose d'un GlucaGen Hypokit ainsi que d'ampoules de glucose de 100 ml à 20%.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'hypoglycémie symptomatique, les professionnels de la santé effectuent, après avoir traité le patient, une analyse des causes et les consigne dans le rapport de soins.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'hypoglycémies répétées, ils informent le médecin traitant.</li> </ul>