



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2018 N°

**PERCEPTIONS ET CRITERES DE PRISE EN CHARGE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DES PATIENTS AGES DIABETIQUES DE
TYPE 2**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **05/07/2018**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

DUCROUX ADRIEN
Né le 20/11/1988 à Gleizé

Sous la direction du Docteur François Maréchal

ANNÉE 2018 N° 177

**PERCEPTIONS ET CRITERES DE PRISE EN CHARGE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DES PATIENTS AGES DIABETIQUES
DE TYPE 2**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **14/06/2018**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

DUCROUX ADRIEN
Né le **20/11/1988** à Gleizé

Sous la direction du Docteur François Maréchal

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mormex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourmeret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliat	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement de la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Alain Moreau.

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci de votre avis de spécialiste en médecine générale.

A Monsieur le Professeur Philippe Moulin.

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Merci de votre présence en ce jour et de votre expertise en endocrinologie que vous apporterez à ce jury.

A Madame le Professeur Claire Falandry.

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci de votre présence et de votre expertise en gériatrie afin de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur François Maréchal.

Merci d'avoir dirigé cette thèse. Merci de ton expertise et de tes avis toujours précieux. Merci pour ton exigence et ta souplesse m'ayant permis d'avancer à mon rythme tout en étant bien encadré.

A Madame le Docteur Hélène Barbeau.

Merci pour ta participation. Merci de ton aide pour les entretiens et de ton retour d'expérience sur les études qualitatives, merci de m'avoir aidé à y voir plus clair.

Merci à tous les Docteurs, co-internes, externes, Infirmier(e)s, Aides-soignant(e)s croisés au fil des stages. Merci de l'expérience que j'ai acquis auprès de vous.

A ma famille,

Merci Maman et Papa pour tout l'amour que vous me portez depuis tant d'année, merci de votre présence dans chaque moment de ma vie. Merci pour le modèle de réussite que vous êtes, de ce couple solide que vous formez. Je n'ai pas pu vous remercier séparément tellement vous êtes unis à mes yeux.

Merci à mon frère et mes sœurs, merci pour tous ces moments ensemble, merci d'avoir grandi à mes côtés et d'avoir supporté mes geignements enfants et mes certitudes de

maintenant. Merci à Justine pour ton aide indispensable en Anglais, que ce soit pour cette thèse ou même en voyage. Merci à Antoine de m'avoir montré comment devenir docteur, toi qui fut thésé avant moi malgré mes trois ans de plus. Merci à Louise d'être la petite dernière et de supporter que je donne mon avis dès que je peux sur ta vie, en espérant que tu fasses les choix qui te combleront.

Merci à Alain d'avoir épousé Justine et de supporter notre famille. Merci de nous offrir le premier neveu de la famille.

Merci à Laurie de rendre heureux mon petit frère.

Merci à Mamie et Papy, qui ne sont malheureusement plus là pour me voir aujourd'hui. Merci de tout l'amour et de votre intérêt de chaque instant pour ce que je devenais. Je pense à vous.

Merci à Ricky et Gérard, d'être toujours plus en forme que moi. J'espère que vous me raconterez encore longtemps des vieilles histoires et que vous m'inviterez encore longtemps à manger chez vous.

Merci à mes Oncles et Tantes,

Les deux Bernard, Danielle et Michelle pour tous ces repas de famille où l'on peut rire pendant des heures et boire du bon vin. Merci à Bernard d'être mon parrain, je pense fort à toi en ces moments difficiles.

Merci à ma marraine Christine de nous faire vivre par tes écrits et tes récits tous tes voyages.

Merci aux cousins germains de mon père que je considère comme mes oncles. Merci à Christophe, Bruno et Thierry qui malheureusement n'est plus là aujourd'hui pour prendre des photos d'artiste. Merci à Chantal, Dominique et Emmanuelle pour les moments de famille que nous vivons.

Merci à tous mes cousins et cousines, Philippe et Ophélie, Guillaume et Nathalie, Valérie et Sylvain, Clémence, Hermance, Cyprien, Etienne et Faustine.

Merci à la famille d'Alice de m'avoir accueilli avec tant de gentillesse et d'amour. Merci à Florence d'avoir donné naissance à cette fille que j'aime tant. Merci à Charles, Nathalie et leurs enfants Margot, César et mon filleul Léon. Merci à Marie, Thomas et leurs enfants Louise et Eloi, sans oublier Arthur. Merci à Maddy, d'être la doyenne et d'avoir permis que nous soyons tous réunis pour votre 90^{ème} anniversaire.

A mes amis,

Merci à la bande du collège d'être toujours là aujourd'hui pour faire la fête autant qu'à l'époque. Merci à Marie et Meidy, vous qui attendez un heureux évènement. Merci à Audry aka the snake, Bora, Charlotte ou Charlot, Damien dit Mister Poppen, Jade, Max, Charlotte, Rosana, Selver. Sans oublier Jedy, Guimy et Fayolle, merci pour toutes ces soirées autour de bons vins et bien plus encore...

Merci aux copains du Beaujolais, pour ces fêtes immenses que sont le Beaujolais nouveau et les conscrits, pour les bals que nous avons fait toutes ces années. Merci à Bastou d'être là depuis ma naissance. Merci à Romain et Clara, Flore, Toto, Sousou, Picard, Bob et Maud, Gavroche et Laura, Fillon et Anne-lo, Sacha et Claire, Arnaud et Clémence, Sangou, Manu et Mylène. Petite dédicace à mes conscrits de cette année, Marine, Fouine, Anthony, Kebab et Elodie.

Merci à la bande des médecins, qui devient de plus en plus la bande des Docteurs. Quand petit je m'imaginai le monde des médecins, je ne pensais pas que cela impliquait de faire autant la fête. Les fêtes de mariage et les célébrations de la trentaine remplacent petit à petit les soirées médecines de nos premières années. Je vous mets tous en vrac en espérant ne pas en oublier... Frama, Jad, Lucho, Lolo, Le Roux, Epin, Thonon, Oliv', Sawce, Rosa, Manuav, Anaïs, Wladav, Roxou, Marinette, Amandine, Coralie, Stridou, Laure, Nath, Adé, Marie-K, Prune, Benoit, JB, Karibou, Oscar, Gus, Julie et Martin.

Je finis la liste des amis par toi Audrey, ton futur mari Chris et ma filleule Julia qui est aussi un peu votre fille. Audrey, merci d'être là pour m'écouter, entendre mes doutes, mes échecs ou mes succès. Merci d'être ma meilleure amie. J'espère que nous serons toujours là l'un pour l'autre. Merci de m'avoir plus qu'aidé à corriger cette thèse.

Merci à toi Alice, ma Zamoureuse, d'être là depuis maintenant plus de treize ans. Merci pour le soutien quotidien que tu m'apportes, merci pour cette thèse que tu m'as aidé à corriger, à mettre en forme et à répéter. Merci pour toutes ces années de bonheur, de voyage aux quatre coins du monde. Merci de tous ces petits moments que nous partageons à deux et à plus bientôt je l'espère. Merci pour les voyages que tu as toujours envie de faire et pour tous les projets qui germent dans ta tête. Pour tout ça et surtout pour être là quand je suis insupportable car stressé, je te dis un grand MERCI. Je t'aime.

Table des matières

Introduction	14
Méthodes	16
Résultats.....	18
1. / Prise en charge globale des sujets âgés diabétiques par les médecins généralistes	20
1.1 Evaluation de la personne âgée : une étape préalable à la détermination des objectifs thérapeutiques.....	20
1.2 Critères influençant le choix du traitement	22
1.3 Surveillance clinico-biologique des patients âgés sous traitement antidiabétique	24
2. / Eléments pris en compte dans l'adaptation des traitements antidiabétiques	25
2.1 Le régime des sujets âgés	25
2.2 Critères d'efficacité thérapeutique.....	26
2.3 Influence des effets indésirables sur l'adaptation du traitement	27
2.4 Critères d'initiation de l'insulinothérapie	27
2.5 Difficultés décrites d'acceptation de l'insulinothérapie	28
2.6 Différents recours.....	28
3. / Difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge du diabète du sujet âgé.....	29
3.1 Une gestion des traitements antidiabétiques ressentie comme complexe	29
3.2 Des difficultés à faire suivre les règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées	30
3.3 Une observance altérée chez les personnes âgées.....	31
3.4 Des conditions de vie des personnes âgées interfèrent avec une prise en charge optimale..	32
3.5 Difficultés liées à l'interaction avec les professionnels de santé	33
4. / Place des recommandations	34
4.1 Perception des recommandations par les médecins généralistes	34
4.2 Comparaison des données du dernier patient avec les recommandations	34
5. / Pistes d'améliorations	37
Discussion.....	39
1. / Un diagnostic du diabète réalisé sur des critères parfois inadaptés aux sujets âgés	39
1.1 Apport faible des signes fonctionnels du diabète chez le sujet âgé.....	39
1.2 Confirmation biologique du diagnostic de diabète: place de la glycémie et de l'HbA1c	39
2. / Une évaluation globale mais non standardisée de la personne âgée réalisée par les médecins généralistes	39
2.1 Evaluation des comorbidités associées au diabète.....	40
2.2 Une évaluation gériatrique non standardisée	40
	11

3.	/ Une détermination de la valeur de l'hémoglobine glyquée cible juste mais non réévaluée et basée sur des critères non standardisés.....	41
3.1	Une démarche non standardisée.....	42
3.2	Pas d'utilisation des classes : vigoureux / fragiles /dépendants	42
3.3	Une théorie connue mais n'entraînant pas une réévaluation du traitement	43
4.	/ Une difficulté ressentie à mettre en place des règles hygiéno-diététiques chez les sujets âgés 45	
4.1	Un « régime anti diabétique »	45
4.2	Difficultés à faire modifier les habitudes alimentaires	46
5.	/ Un souci d'optimisation de la prescription d'antidiabétique en fonction des comorbidités et du risque d'effets indésirables par les médecins généralistes.....	47
5.1	Des adaptations thérapeutiques difficiles en cas de comorbidités.....	47
5.2	Une attention particulière portée au risque de polymédication et d'interactions médicamenteuses	48
5.3	Une adaptation des traitements en fonction des effets indésirables recueillis à l'interrogatoire du patient.....	48
6.	/ Une insulinothérapie centrée sur les intérêts du patient âgé	49
6.1	Critères d'introduction de l'insulinothérapie.....	49
6.2	Une approche centrée sur le patient.....	50
6.3	Place de l'endocrinologue dans l'introduction de l'insulinothérapie.....	51
6.4	Quel patient peut gérer seul son insuline ?	51
7.	/ Axes de surveillance clinique et paraclinique du patient âgé diabétique.....	52
7.1	Une surveillance identique quelque soit l'âge.....	52
7.2	Une surveillance effective mais approximative des capacités cognitives	53
7.3	Absence de surveillance du risque de chute, d'hypotension orthostatique ou de dépression	53
7.4	Surveillance du risque d'hypoglycémie basée sur l'interrogatoire du patient	54
7.5	Place du carnet de surveillance glycémique	55
8.	/ Difficultés ressenties à prendre en charge les personnes âgées diabétiques	55
8.1	Des freins à l'initiation de nouveaux traitements.....	55
8.2	Un manque d'observance d'origine multifactorielle chez les personnes âgées	56
8.3	Place des infirmières à domicile	57
8.4	Patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	58
8.5	Des relations inter professionnelles parfois difficiles	59
9.	/ Pistes d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées diabétiques	59
9.1	Travail multidisciplinaire.....	59
9.2	Formation régulière.....	60
		12

9.3 Approche centrée patient	60
10. / Biais et limites	61
10.1 Biais d'investigation liés au chercheur	61
10.2 Biais d'échantillonnage	61
10.3 Biais de recrutement	62
10.4 Biais d'interprétation (fiabilité, validité, crédibilité)	62
Conclusion	63
Annexes	65
1. / Annexes n°1 : canevas	65
1.1 Canevas d'entretien n°1	65
1.2 Canevas d'entretien n°2	67
2. / Annexe n°2 : entretiens	69
3. / Annexe n°3 : Article présenté pour être soumis après validation de la thèse dans la revue Médecine des maladies Métaboliques	166
Bibliographie	183

Introduction

La prévalence du diabète est importante chez les 75-79 ans en France. Elle concerne 20 % des hommes et 14 % des femmes dans cette population (1). Les plus de 75 ans représentent 9.1 % de la population générale soit plus de 5 700 000 habitants (2). Le diabète est une pathologie d'une part conséquente de la population âgée française.

La prise en charge du diabète du sujet âgé comporte des particularités. Le vieillissement s'accompagne de modifications physiologiques et pharmacologiques (3). Ces modifications peuvent influencer les critères de choix des traitements ainsi que les objectifs glycémiques.

Différentes sociétés savantes ont émis des recommandations concernant la prise en charge du diabète chez le sujet âgé. Ces recommandations sont basées sur la valeur de l'hémoglobine glyquée, le niveau de comorbidité et d'autonomie. En fonction de ces dernières, les recommandations donnent différents objectifs thérapeutiques (4, 5, 6).

Un contrôle trop strict de la glycémie peut être néfaste. Il peut entraîner différents risques dont une surmortalité et un nombre d'hypoglycémies élevé (7, 8, 9).

La répétition des hypoglycémies et la gravité de celles-ci ont une influence sur le développement des démences vasculaire et d'Alzheimer, le risque de chute et la majoration de la dépendance (10-14). L'hypoglycémie récurrente est fréquente chez le sujet âgé. Elle est peu reconnue par les patients et leur entourage (11,14). Les signes d'hypoglycémie sont généralement atypiques chez le sujet âgé (11,13). L'hypoglycémie augmente la fragilité et a un impact négatif sur la qualité de vie (15). Elle augmenterait également la durée, la fréquence et le coût des hospitalisations (14,16). Cela constitue une problématique de santé publique.

Malgré les recommandations, une partie des sujets âgés diabétiques ont un niveau d'hémoglobine glyquée inférieur à 7 % (17). La moitié des patients les plus dépendants a une cible glycémique inférieure aux recommandations. Ils reçoivent des traitements majorant fortement le risque d'hypoglycémie comme les glinides ou les sulfamides hypoglycémisants (18,19). Ces différentes données laissent sous-entendre qu'il existe un sur-risque d'hypoglycémie chez les personnes âgées diabétiques traitées (20).

Ce sur-risque pourrait être dû en partie à une prise en charge inadaptée du diabète chez les personnes âgées. On peut se poser la question de la réelle prévalence des patients sur-traités dans la population générale des sujets âgés. Dans 95% des cas les sujets âgés

diabétiques sont suivis par le médecin généraliste (21). Il serait intéressant de connaître les éléments déterminant le choix de la thérapeutique et de la prise en charge des personnes âgées diabétiques par le médecin traitant. Cela permettrait de mieux comprendre les résultats précédents.

Pour répondre à ce problème, nous nous sommes posé la question suivante : quelles sont les perceptions et les critères de prise en charge par les médecins généralistes des patients âgés diabétiques de type 2 ?

L'objectif principal est d'identifier les perceptions des médecins généralistes vis-à-vis des critères diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance du diabète de type 2 chez les personnes âgées. Ce travail pourra également permettre de déceler les difficultés rencontrées dans leurs démarches thérapeutiques afin de suggérer des pistes de réflexion dans un objectif d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins.

Méthodes

Ce travail est basé sur une enquête qualitative reposant sur des entretiens individuels semi-directifs menés de juillet 2016 à mai 2017.

Les entretiens ont été conduits auprès de médecins généralistes par deux investigateurs. Cela a permis une triangulation des données et une augmentation de la validité interne de l'étude. (22)

Une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible dit « échantillonnage raisonné » (23) a été réalisée. Les médecins sélectionnés présentaient des caractéristiques diversifiées en termes d'âge, de sexe, de conditions d'exercices, de formations à la diabétologie ou à la gériatrie, et de proportion de personnes âgées dans leurs patientèles. Les médecins ont été recrutés par connaissance des investigateurs ou par commodités géographiques des investigateurs.

Les médecins ont été interviewés selon un canevas d'entretien semi-directif. Cet outil explorait par des questions ouvertes : les paramètres de la prise en charge des patients âgés diabétiques, l'instauration et la modification du traitement, la surveillance de ces patients, les critères d'efficacité, l'utilisation d'outils gériatriques pour évaluer ce type de patient, les difficultés rencontrées et la prise en charge en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) des patients diabétiques. Il a été élaboré par le Directeur de thèse et les deux investigateurs afin de répondre à la problématique posée. Le canevas a été préalablement testé lors d'un mémoire de recherche clinique puis adapté au cours des entretiens.

Ce mémoire a permis de modifier le canevas d'entretiens et d'améliorer la qualité des entretiens. Il a permis également de démontrer l'intérêt de cette étude par les réponses apportées dans les premiers entretiens.

Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Les données enregistrées ont été retranscrites de façon anonyme. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. La saturation était atteinte lorsque la lecture des entretiens ne révélait plus de nouveaux éléments thématiques (22).

L'encodage thématique des données a été effectué et confronté par les investigateurs au fur et à mesure du recueil des données afin de repérer les divergences éventuelles. L'interprétation a été conduite de façon consensuelle par les investigateurs.

Les verbatims des médecins ont été classés selon leurs pertinences dans différents grands thèmes : la prise en charge des médecins généralistes du sujet âgé diabétiques, la perception de cette prise en charge par les médecins généralistes et les pistes d'améliorations.

La recherche bibliographique a été effectuée sur le site Pubmed. La rédaction a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

Résultats

Vingt médecins généralistes ont participé aux entretiens individuels, quinze installés dans le Rhône, trois dans l'Ain, un dans l'Isère et un en Meurthe et Moselle. L'échantillon était composé de onze hommes et de neuf femmes. L'âge moyen était de 49,2 ans (30 ans - 65 ans). Les médecins interviewés avaient en moyenne 15,63 % de patients âgés (5 % - 50 %) et 6,93 % de patients diabétiques de type 2 (DT2) (2 %- 15 %). Deux médecins avaient une formation en lien avec la diabétologie (10 %) et cinq avec la gériatrie (25 %). Treize médecins faisaient des visites régulières en EHPAD (65 %). Les caractéristiques des médecins interviewés figurent dans le tableau 1. Les entretiens ont duré en moyenne vingt-cinq minutes (12-54 minutes). La saturation a été obtenue au bout de dix-sept entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interviewés

Médecin				Caractéristiques						
Age	Sexe	Lieu d'installation	Date d'installation	Formation ou activité annexe en lien avec la diabétologie	Formation ou activité annexe en lien avec la gériatrie	Visite en EHPAD	Pourcentage patients DT2	Pourcentage patients > 75 ans	Pourcentage patients DT2 dans les > 75 ans	
MG1	31	F	Semi-rural	2015	Non	Non	Non	10,7%	15%	10%
MG2	58	M	Semi-rural	1986	Non	Oui	Oui	9,5%	14,6%	4,8%
MG3	42	M	Urbain	2009	Non	Non	Non	4,4%	30%	27,7%
MG4	30	F	Urbain	2016	Non	Oui	Non	10%	5%	1%
MG5	55	F	Urbain	1993	Oui	Non	Non	15%	50%	25%
MG6	56	M	Rural	1990	Non	Non	Oui	4%	4,7%	0,6%
MG7	38	F	Semi-rural	2008	Non	Non	Oui	3,8%	9%	80%
MG8	36	M	Semi-rural	2011	Non	Oui	Oui	4,4%	6%	2,2%
MG9	59	M	Urbain	1988	Oui	Non	Oui	2%	4%	1%
MG10	43	F	Rural	2005	Non	Non	Non	8%	6,7%	0,75%
MG11	65	M	Semi-Rural	1981	Non	Oui	Non	8%	10%	2,5%
MG12	46	F	Rural	2004	Non	Non	Oui	3%	2%	1%
MG13	52	F	Urbain	1997	Non	Non	Oui	12%	30,29%	6%
MG14	37	F	Semi-Rural	2014	Non	Non	Oui	3,3 %	25%	75%
MG15	59	H	Semi-Rural	1986	Non	Non	Oui	5,7%	15%	2,6%
MG16	57	F	Semi-Rural	1989	Non	Non	Non	10%	20%	5%
MG17	32	H	Semi-rural	2016	Non	Non	Oui	9,3%	23%	3,3%
MG18	60	H	Semi-rural	1987	Non	Oui	Oui	5,07%	7,7%	1,6%
MG19	65	H	Semi-rural	1980	Non	Non	Oui	8,5%	16,8%	0,9%
MG20	63	H	Urbain	1983	Non	Non	Oui	2%	18%	0,5%

1. / Prise en charge globale des sujets âgés diabétiques par les médecins généralistes

1.1 Evaluation de la personne âgée : une étape préalable à la détermination des objectifs thérapeutiques.

a. Evaluation clinique par une approche biopsychosociale

- Phase diagnostique :

Les médecins interviewés étaient attentifs à des paramètres cliniques et paracliniques pour s'orienter vers un diagnostic de diabète du sujet âgé. Concernant les signes cliniques, une partie des médecins étaient attentifs aux signes fonctionnels d'hyperglycémie tels que la polyuro-polydipsie ou la perte de poids. Concernant les éléments paracliniques, certains médecins se basaient sur les valeurs de la glycémie et de l'hémoglobine glyquée.

Médecin généraliste (MG) 12: « Chez un sujet âgé je me base sur la glycémie et l'hémoglobine glyquée. »

MG 7: « si le patient ressent des signes d'hyperglycémie, si il est gêné parce qu'il boit sans arrêt, il va sans arrêt uriner, on aura tendance à le traiter, même si il a une espérance de vie courte. »

- Evaluation des comorbidités :

Après la phase diagnostique, les médecins réalisaient une évaluation globale pour personnaliser la prise en charge. Tout d'abord, les médecins s'attachaient à l'analyse des comorbidités. L'âge, à lui seul, n'était pas un critère objectif suffisant pour eux. Les comorbidités citées étaient l'insuffisance rénale, les troubles mnésiques et les autres pathologies associées.

MG 8: « Je regarde un peu son état général, c'est-à-dire je ne prendrai pas en charge un patient diabétique âgé si il est dépendant, grabataire avec beaucoup de comorbidités par rapport à un patient qui a le même âge et qui est totalement autonome à domicile. »

MG 6 : « L'état général, la fonction rénale, poly pathologies. »

- Evaluation des syndromes gériatriques :

Puis les médecins interviewés réalisaient une évaluation d'un ou plusieurs grands syndromes gériatriques. L'évaluation de ces syndromes n'était pas réalisée de façon

standardisée avec des scores. Certains évaluaient l'existence de troubles cognitifs avec ou sans grilles de scores. Ils faisaient parfois appel à l'avis spécialisé d'un gériatre pour réaliser cette évaluation. Le risque de dépression n'était pas évalué. Les médecins exploraient le risque de dénutrition. Ils essayaient par l'interrogatoire de préciser les apports alimentaires de leurs patients sur les plans qualitatif et quantitatif. Ils surveillaient régulièrement le poids. La stabilité du poids reflétait pour eux un bon état nutritionnel. Peu de médecins citaient l'albuminémie comme paramètre d'évaluation. L'évaluation des comorbidités était essentielle pour les médecins généralistes. Ils pensaient qu'elles pouvaient influencer l'espérance de vie et le niveau d'autonomie. Les médecins s'attachaient à analyser les conditions de vie du patient. Cela leur permettait de dépister un isolement social ou une inadaptation du logement par rapport à leur niveau de dépendance. Le niveau d'autonomie était évalué au cabinet ou au domicile. Parfois, les médecins s'aidaient de l'appréciation des infirmières au domicile pour compléter cette évaluation. Les grilles d'autonomie étaient rarement utilisées. Ces dernières étaient jugées compliquées, chronophages et sans valeur ajoutée par rapport à l'évaluation clinique. Après une évaluation globale, les médecins pouvaient plus facilement définir un objectif thérapeutique. Cet objectif thérapeutique était défini par la valeur de l'hémoglobine glyquée.

MG 2: « J'irai pas chercher en fait le...le trouble cognitif par des tests pour euh...juste parce qu'il est diabétique. »

MG 7: « Alors, est ce que j'ai fait une albuminémie récemment? Non pas récente, mais son poids est stable. »

MG 10 : « je prends des petites grilles de temps en temps pour évaluer leur autonomie, leurs risques de chute, leurs fragilités de manière générale. »

MG 13: « En général, la famille m'en parle ou ils en parlent un petit peu, mais souvent c'est plus la famille parce que les patients ne sont pas toujours conscients des choses. (...) Donc se servir des scores, des grilles des machins, c'est très bien mais quelquefois ils répondent à côté et on arrive à des scores bons alors qu'en fait ce n'est pas ça. Ils ont l'impression de faire plein de choses alors que si on interroge la famille ça commence à mal évoluer. »

b. Détermination de la valeur de l'hémoglobine glyquée cible après l'évaluation

La détermination de cette valeur cible était personnalisée pour chaque patient. Les critères qui influençaient cette personnalisation étaient les conditions de vie et les comorbidités. Les médecins interviewés faisaient un lien entre les comorbidités, le niveau d'autonomie et l'objectif d'hémoglobine glyquée cible. Plus les patients étaient

polyopathologiques, avec une faible espérance de vie et dépendants, moins les objectifs d'hémoglobine glyquée devaient être stricts et bas. Les médecins généralistes retenaient rarement un objectif d'hémoglobine glyquée inférieur à 8 %. Certains même déclaraient être encore moins exigeants. Ils retenaient une valeur d'hémoglobine glyquée de 9 à 10 % si l'espérance de vie était faible. Ils se demandaient alors parfois l'intérêt d'introduire un traitement.

MG 11: « On essaye de les ramener à un taux d'hémoglobine glyquée qui soit correct pour eux, tout dépend de l'âge et de leur état aussi (...). Mais quelqu'un, les personnes âgées jeunes je dirais, qui ont bien vieilles, on essaye d'avoir une hémoglobine glyquée qui est pas loin de 6,5; c'est ceux qui font du sport, qui peuvent marcher. »

MG 17: « Entre un patient polyopathologique avec une espérance de vie de moins de 10 ans on va être plutôt à 9 % et à 8% si y a pas, enfin c'est subjectif quoi. »

1.2 Critères influençant le choix du traitement

Pour atteindre l'objectif d'hémoglobine glyquée, différentes stratégies thérapeutiques étaient utilisées par les médecins généralistes interviewés. Ces stratégies étaient basées sur les éléments suivants.

a. Evaluation de la fonction rénale

La fonction rénale était pour eux le paramètre le plus important pour la mise en place d'un traitement. Le choix du traitement était fait pour être compatible avec la fonction rénale. En cas d'insuffisance rénale, ils utilisaient moins la metformine, ou passaient à l'insuline.

MG 6: « Alors je vais me répéter, mais fonction rénale, créatinine (...). Tout dépend de la fonction rénale. C'est le pilier pour mettre en place un traitement, sachant que la metformine est recommandée sauf altération de la fonction rénale, on passe à l'insuline. »

MG 14 : « Et puis ben l'insuffisance rénale, plus pour le traitement quoi, sinon on adapte. »

MG 17 : « faire plus attention avec la metformine chez les patients âgés avec de l'insuffisance rénale. »

b. Prise en compte du risque iatrogène induit par les antidiabétiques oraux

Le second élément qui influençait le choix du traitement était le risque de iatrogénie médicamenteuse. Le risque d'hypoglycémie était le principal effet indésirable signalé. Les

médecins interviewés privilégiaient certaines classes médicamenteuses pour limiter ce risque : ils évitaient les sulfamides et préféraient la metformine. Très peu de médecins faisaient référence aux nouveaux antidiabétiques oraux. Les médecins interviewés signalaient que les interactions médicamenteuses pouvaient aussi être sources d'effets indésirables. Ce risque était majoré par la polymédication de leur patient. Ils essayaient de ne pas multiplier les antidiabétiques oraux. Le cumul d'antidiabétiques surajouté au reste du traitement était jugé à risque de iatrogénie.

MG 10: « Oui, je fais un petit peu plus attention aux sulfamides quand même, j'ai tendance à vouloir les supprimer pour éviter les hypoglycémies. »

MG 15: « Ils sont plus sujets aux hypoglycémies, ils ne mangent pas forcément très bien, ils ne mangent plus beaucoup, c'est sûr on évite; c'est pour ça que de temps en temps je suis à un demi d'Hémi-daonil parce que là on ne peut pas avoir de risque d'hypo. Je préfère la Metformine c'est bien mais ça fait de l'insuffisance rénale. Oui on adapte, on y va doucement, j'y vais tranquille, tout doux. »

MG 18: « Et les traitements associés, le poly-traitement et encore une fois le risque iatrogène. C'est un truc auquel j'attache beaucoup d'importance dans ma décision de traitement ».

MG 19: « La fonction rénale, les interactions médicamenteuses, le fait que ce soit le moins pénible pour la personne âgée. »

MG 8: « Je ne multiplie pas trop les antidiabétiques oraux. »

c. Mesure pour optimiser l'observance

Cette polymédication pouvait avoir des conséquences aussi sur l'observance du traitement. Les médecins essayaient de limiter le nombre de prescription afin d'optimiser l'observance. Ils prenaient également en compte les préférences du patient. Parfois, l'observance était jugée insuffisante. Les médecins pouvaient faire appel à un tiers pour administrer le traitement. Ils essayaient de mettre en place un passage infirmier à domicile pour l'administration et la surveillance de ce traitement. Cela favorisait l'observance des patients en incapacité de prendre leur traitement seuls.

MG 3: « Oui, c'est plus une difficulté sociale avec un refus des aides. Un monsieur qui n'est pas en capacité de prendre son traitement correctement. »

MG 9: « Et déjà on voit si avec quelqu'un pour leur filer les médocs est ce que ça se passe mieux. Si tout d'un coup ton observance, enfin tes résultats recommencent à bouger dans le bon sens, c'est tout bêtement qu'il ne les mangeait pas quoi. »

MG 12: « Mais voilà j'essaie que ce soit simple pour les patients. (...) Leur capacité à gérer leur traitement, savoir si c'est eux qui vont le gérer, si ça va être une infirmière. »

1.3 Surveillance clinico-biologique des patients âgés sous traitement antidiabétique

a. Une surveillance clinico-biologique différente par rapport au sujet jeune ?

La plupart des médecins interviewés déclaraient faire une surveillance identique chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune. Un des médecins expliquait avoir une vigilance accrue chez la personne âgée.

MG 2 : « Il n'y a pas de raison de faire différemment. Mais, mais je serais peut-être plus souple et plus tolérant en terme de traitement par exemple (...). Je ne fais pas de différence dans la surveillance. »

MG 16: « Je suis plus vigilante quand je les vois mais je n'augmente pas le rythme de surveillance. (...) Faut être aussi vigilant sinon plus chez la personne âgée (...). Mais avec une vigilance supplémentaire comme toute pathologie chez la personne âgée. »

MG 9 : « Pour moi, la surveillance ne change pas tellement. Je suis plus souple sur le résultat, je ne suis pas plus souple sur la surveillance. »

b. Surveillance clinique

Cliniquement, les médecins surveillaient leurs patients de manière trimestrielle. Ils procédaient à un examen cardiovasculaire avec prise de tension artérielle, palpation des pouls et mesure du poids. La plupart des médecins décrivaient leurs examens des pieds avec la recherche des troubles de la sensibilité par la réalisation du test au mono-filament. Quant à d'autres ils évaluaient l'équilibre de la glycémie capillaire à l'aide du carnet de glycémies rempli par l'infirmière à domicile pour les patients sous insuline.

MG 12: « C'est une consultation tous les 3 mois avec prise de tension, auscultation, examen de la peau, euh le poids également, je pèse. »

MG 19: « Ben je le pèse, je le mesure, en prévention de l'ostéoporose. Je regarde son hémoglobine glycosylée, j'examine ses pieds, je prends ses pouls. Euh, j'ausculte son cœur, je prends sa tension. Une fois par an le mono-filament, une fois par an l'ECG ».

c. Absence de surveillance du risque de chute et d'hypotension orthostatique

Certaines pathologies propres aux personnes âgées n'étaient pas surveillées. L'hypotension orthostatique et le risque de chute n'ont été cités que par un médecin comme éléments surveillés.

d. Surveillance paraclinique

Sur le plan paraclinique, les médecins surveillaient de manière trimestrielle la valeur de l'hémoglobine glyquée. Ils surveillaient les complications micro angiopathiques : fond d'œil, électrocardiogramme (ECG) annuel et l'estimation de la fonction rénale. Et une fois par an un bilan sanguin global avec une numération formule sanguine, un bilan lipidique et un dosage sanguin de la thyroïdostimuline (TSH). La plupart des médecins citaient également l'envoi vers différents confrères pour la surveillance des complications macro-angiopathiques: l'angiologue et le cardiologue. La surveillance régulière des patients permettait au médecin une adaptation des traitements.

MG 12: « Donc le fond d'œil tous les ans, le cardio tous les cinq ans s'il n'y a pas de pathologie cardiaque ».

MG 13: « Donc ils font leur bilan tous les trois mois et une fois par an le bilan complet sauf s'il y a une créat à suivre ou des choses que je fais plus rapprochés ».

2. / Éléments pris en compte dans l'adaptation des traitements antidiabétiques

Les médecins interviewés s'appuyaient sur différents paramètres pour adapter la prise en charge thérapeutique de leurs patients âgés.

2.1 Le régime des sujets âgés

Le premier axe d'adaptation était l'alimentation. Les avis sur les régimes alimentaires étaient divergents. Certains médecins préconisaient à leurs patients des régimes alimentaires. Ils leurs donnaient des conseils alimentaires simples, comme faire trois repas par jour, ou des aliments à privilégier ou à éviter. Certains médecins les envoyaient voir une diététicienne ou une infirmière spécialisée pour réaliser une éducation alimentaire. D'autres ne conseillaient pas de régime. La principale raison évoquée était le risque de

dénutrition et de carences alimentaires. Une autre raison également mentionnée était la rigueur excessive et l'application trop stricte des conseils diététiques, potentiellement délétères chez certaines personnes âgées.

MG 12: « Oui bien-sûr, oui oui oui, je leur conseille de manger, euh, j'essaye de savoir s'ils mangent trois fois par jour, s'ils font trois repas par jour, je leur demande de, euh, plutôt de privilégier les féculents le matin, de manger un petit peu de féculent à midi, aux autres repas mais quantités, euh en petite quantités, d'éviter les sucres rapides, l'alcool. Bien sûr je parle de tout ça avec eux. »

MG 2: « Alors moi les régimes au-delà de 75 ans euh... Je suis un peu perplexe, parce qu'on peut très vite euh... A mon avis des gros risques de dénutritions et de déséquilibres alimentaires. »

MG 19: « Ben quand les personnes sont trop âgées on leur dit de manger un peu moins sucré mais bon on n'a pas envie justement qu'ils soient en carence. Voilà, donc quand c'est un peu compliqué on leur dit de manger ce qu'ils veulent et on leur donne un traitement. »

MG 7 : « Oui elle fait très attention, même limite trop, à chaque fois il faut que je lui dise qu'il faut qu'elle ne se prive pas. Elle il faut plutôt cadrer dans l'autre sens. »

2.2 Critères d'efficacité thérapeutique

Les médecins s'assuraient de l'efficacité de la thérapeutique introduite. La disparition des signes fonctionnels était le premier critère sur lequel ils s'appuyaient. L'interrogatoire et l'examen clinique leur permettaient de s'assurer de cette évolution favorable et de juger du bien-être de leurs patients. Ils s'appuyaient également sur les informations transmises par les soignants intervenants au domicile. Les médecins étaient attachés à l'obtention d'une amélioration globale de l'état de santé de leurs patients grâce à la thérapeutique initiée.

MG 20: « C'est l'évaluation par le biais des infirmières : comment elle était, agitée, est-ce qu'elle était en sueur, est-ce qu'il y a des périodes où elle est fatiguée. »

Il était également attaché à l'amélioration de critères intermédiaires biologiques. Le principal paramètre biologique rapporté était la valeur de l'HbA1c. L'ensemble des médecins la citait comme critère d'efficacité de leur thérapeutique. Pour eux, un traitement efficace signifiait une valeur d'HbA1c correspondant à l'objectif fixé.

MG 8: « Pour moi c'est un patient qui a une hémoglobine glyquée qui est dans les clous. »

2.3 Influence des effets indésirables sur l'adaptation du traitement

L'ensemble des médecins citait les effets indésirables des traitements comme justification à un changement de thérapeutique. La survenue d'hypoglycémies sous traitement était considérée comme un des principaux effets indésirables. Ce risque était pour eux plus important chez les sujets âgés du fait d'une mauvaise alimentation. Les médecins les recherchaient à l'interrogatoire des patients. Ils leurs demandaient s'ils ressentaient ces hypoglycémies. Pour eux, ces hypoglycémies pouvaient être responsables de malaises diurnes ou nocturnes et de chutes chez les personnes âgées. Pour éviter toute iatrogénie supplémentaire, les médecins pouvaient être amenés à changer le traitement pour limiter les hypoglycémies et leurs conséquences. Certains médecins citaient également la mauvaise tolérance des traitements comme facteur justifiant une modification du traitement. Ce changement pour mauvaise tolérance concernait essentiellement les troubles digestifs avec de la diarrhée liée à la metformine. La plupart d'entre eux adaptaient leurs traitements si leurs patients présentaient une dégradation de leur fonction rénale, notamment pour la metformine. La modification du traitement conduisait certains médecins à passer leurs patients sous insulinothérapie.

MG 4: « Je serai beaucoup, beaucoup plus tolérante en terme d'objectif glycémique. Pour moi, le maitre mot, c'est éviter l'hypoglycémie. »

MG 5: « Et ben quand il y a...soit des malaises hypo, soit une élévation de la glyquée, soit un...un médicament qui est...une intolérance médicamenteuse. C'est sûr que...voilà. S'il y a des diarrhées sous metformine, je vais me calmer. »

MG 20: « On va adapter le traitement en fonction de la créatinine, si elle monte, bien-sûr que l'on va se priver de certains médicaments, de la metformine par exemple. »

2.4 Critères d'initiation de l'insulinothérapie

La plupart des médecins instauraient une insulinothérapie après avoir constaté une efficacité insuffisante des antidiabétiques oraux. L'efficacité insuffisante était jugée sur une hyperglycémie importante ou une valeur d'HbA1c élevée malgré une thérapeutique déjà optimisée. L'association de plusieurs antidiabétiques oraux à pleines doses était pour eux une thérapeutique optimisée. Certains médecins l'instauraient d'emblée en cas de forte hyperglycémie, d'insuffisance rénale ou de mauvaise tolérance des antidiabétiques oraux.

Cependant, ils décrivaient une acceptation difficile avec un sentiment d'intrusion vécu par les patients. L'introduction de l'insuline était décrite comme étant « délicate ».

MG 7: « Après, si c'est une hyperglycémie très importante, plutôt de l'insuline. Mais, souvent ce n'est pas très bien accepté d'emblée chez ces patients qui vivent à domicile. Là, ça nécessite vraiment le passage d'un infirmier, c'est vécu comme intrusif chez certains patients. »

2.5 Difficultés décrites d'acceptation de l'insulinothérapie

Un certain temps était nécessaire aux médecins pour convaincre le patient de la nécessité d'un traitement par insuline. Pour eux, les patients avaient peur ou étaient opposés au changement. Afin d'adopter une approche optimisée, centrée sur le patient, ils privilégiaient une procédure par plusieurs étapes. Ils commençaient par annoncer au patient que ce traitement allait devenir nécessaire à court terme. Puis, ils l'introduisaient avec l'accord du patient. Un médecin parlait d'un délai de 2 ans pour réussir à décider le patient.

MG 15: « Je mets 2 ans pour les décider en général, entre le moment où je leur annonce que je fais de l'insuline, y a beaucoup de réticence pour de l'insuline. »

2.6 Différents recours

a. Le spécialiste en diabétologie

Une minorité de médecins n'introduisait pas eux-mêmes l'insuline. Ils préféraient prendre l'avis d'un endocrinologue ou passer par une hospitalisation. Puis, ils pouvaient adapter le traitement mais en partenariat avec l'endocrinologue. L'envoi vers l'endocrinologue se faisait aussi sur demande des patients, quand ceux-ci étaient réfractaires à l'insuline.

MG 19: « Non, parfois y en a qui disent : oh non, j'ai pas envie, je préfère avoir l'avis d'un endocrino. Si vous voulez. Quand ils sont trop réfractaires je leur dit d'aller voir un endoc. »

b. Les infirmières à domicile : les motifs de mise en place

La plupart des médecins s'aidaient des infirmières à domicile pour la mise en place de l'insuline. Un des médecins mettait en route une insulinothérapie uniquement s'il y avait une infirmière en capacité de gérer le traitement. Ils s'appuyaient sur les infirmières pour

la réalisation de l'injection, la surveillance glycémique et l'éducation thérapeutique. Pour certains médecins, la mise en place d'infirmières était transitoire, le temps que l'éducation thérapeutique soit réalisée. Pour un des médecins interviewé, l'insuline était également un prétexte pour réussir à faire intervenir une infirmière à domicile, permettant un suivi plus précis du patient âgé.

MG 20: « Le fait que quand la personne est âgée, qu'elle aura peut-être des difficultés à s'auto injecter, ça va requérir le passage d'une infirmière, donc j'aurai une surveillance globale de la personne et pas que de l'acte d'injection lui-même. (Ça vous fait un argument en plus). Bien sûr, ça permet d'abord une évaluation globale de l'individu. L'acte même d'injecter de l'insuline n'est peut-être pas secondaire mais quasi. »

MG 11 : « dès que c'est un peu plus compliqué l'intervention de l'infirmière, c'est vrai que le troisième âge, le quatrième c'est le problème du suivi des traitements donc là, tous ceux qui sont sous insuline sont suivis par l'infirmière. »

3. / Difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge du diabète du sujet âgé

Nous avons questionné les médecins sur leurs potentielles difficultés ressenties dans la prise en charge du diabète du sujet âgé.

3.1 Une gestion des traitements antidiabétiques ressentie comme complexe

Un tiers des médecins ne se sentait pas à l'aise avec la manipulation de la thérapeutique chez les patients âgés diabétiques. Ils pensaient ne pas connaître les traitements adaptés aux comorbidités et à la polymédication préexistante de certains patients. Cela constituait, pour eux, un obstacle à l'initiation d'un traitement. Ils craignaient qu'un traitement supplémentaire soit responsable de iatrogénie. Quelques médecins décrivaient la polyopathie comme une difficulté ; dans le sens où cela faisait beaucoup d'éléments à prendre en compte lors d'une consultation de vingt minutes. Certains avaient l'impression d'avoir une marge thérapeutique étroite dans ces cas-là. Les médecins déclaraient avoir un manque de formation pour la thérapeutique en diabétologie. Ils pensaient ne pas maîtriser les risques de iatrogénie tels que le risque d'hypoglycémies. Certains médecins orientaient systématiquement leurs patients vers l'endocrinologue pour l'instauration d'un nouveau traitement.

MG 20: « A partir d'un certain âge, on est plus délétère que... On a plus à gérer les effets secondaires que les effets bénéfiques d'un traitement (...) qu'on ne maîtrise pas suffisamment bien les risques de, les risques d'hypoglycémies, les risques d'hypotension orthostatique, les risques d'interactions médicamenteuses, les risques iatrogéniques. On ne sait pas comment ça se passe chez la personne âgée ».

MG 1: « Mais c'est vrai que la gériatrie, c'est compliqué. Et avec une consultation de même 20 minutes, on n'arrive pas toujours à tout faire. Tu vois par exemple, Mr ***, j'ai pas encore réussi à refaire le tour de tout son dossier. Chaque fois qu'il vient, il faut penser à un milliard de trucs, son insuffisance rénale, sa cardiopathie, son diabète, son néo du colon... et à la fin, j'ai toujours l'impression d'en avoir oublié ».

MG 3: « Les nouveaux euh (antidiabétiques oraux)... Je pense que c'est pas forcément notre rôle euh... Plus le diabétologue, voilà. Ou le gériatre. Je suis pas sûr que ce soit à nous d'instaurer ce type de traitement. Je préfère rester à ce que je connais à peu près bien et pas me lancer dans des choses euh... ».

3.2 Des difficultés à faire suivre les règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées

Les médecins ressentait également des difficultés pour faire respecter les règles hygiéno-diététiques à leurs patients âgés. Cette difficulté était pour eux liée aux habitudes de vie des patients.

a. Rigidité et habitudes des personnes âgées

Ils décrivaient des habitudes alimentaires et un mode de vie difficiles à modifier chez les personnes âgées. Cela entraînait selon eux un obstacle à une prise en charge optimale.

b. Manque de ressources financières

Selon les médecins le manque de ressources financières poussait certains patients à avoir une mauvaise alimentation. Cette alimentation était décrite comme délétère sur le plan qualitatif : trop sucrée car peu onéreuse. Cette mauvaise alimentation pouvait ainsi contribuer à un déséquilibre des glycémies.

c. Activité physique

Les médecins trouvaient que leurs conseils concernant une activité physique minimale étaient peu appliqués par leurs patients âgés. Les médecins expliquaient cela par

le surpoids ou la dépendance de leurs patients, à l'origine d'une faible capacité de mobilisation.

MG 1: « C'est compliqué chez les personnes âgées de changer les habitudes alimentaires qu'ils ont eu depuis...des années. »

MG 5: « Les revenus aussi, parce que souvent les retraites sont petites: ils mangent mal. Euh...oui j'adapte. Il y a des choses que j'adapte, dont je tiens compte parce que ils sont âgés, oui. »

MG 12: « Les patients âgés ils ont du mal à perdre du poids et ils bougent pas, donc c'est compliqué. Ils ne font pas grand-chose ils ne travaillent pas donc ils mangent et voilà. »

3.3 Une observance altérée chez les personnes âgées

Une autre difficulté ressentie par les médecins était l'optimisation de l'observance du traitement. Les médecins interviewés trouvaient que leurs patients n'adhéraient pas pleinement aux traitements prescrits.

a. Troubles cognitifs

Pour les médecins interviewés, les troubles cognitifs de leurs patients constituaient un obstacle à une bonne observance.

b. Mauvaise compréhension du traitement

Une mauvaise compréhension du traitement pouvait également constituer un obstacle ; en particulier pour les patients sous insuline. Les médecins trouvaient que leurs patients âgés avaient plus de difficultés à apprendre à bien manipuler leurs traitements et appliquer les mesures de surveillance. Certains patients continuaient à adapter librement leurs traitements malgré des malaises ou une perte d'autonomie.

c. Mise en place d'infirmière à domicile pour palier à ces difficultés

Dans ces cas-là, les médecins voulaient mettre en place des professionnels à domicile. Ces aides n'étaient pas toujours acceptées par leurs patients âgés en baisse d'autonomie.

MG 3: « Oui, c'est plus une difficulté sociale avec un refus des aides. Un monsieur qui n'est pas en capacité de prendre son traitement correctement (...) Probablement, mais il y a un fort déni quand même de toutes ses pathologies. »

MG 16: « Le respect du traitement. Je pense à une autre dame âgée à domicile; elle comme elle fait des malaises la nuit elle adapte elle-même son traitement (le médecin fait le geste de couper en deux un cachet) et puis régime, les règles hygiéno-diététiques, c'est difficile de faire adhérer. »

3.4 Des conditions de vie des personnes âgées interfèrent avec une prise en charge optimale

La prise en charge du patient diabétique institutionnalisé était source de difficultés pour les médecins interviewés.

a. Difficulté de mise en place de la thérapeutique

La baisse d'autonomie pouvait conduire certains patients à une institutionnalisation dans un EHPAD. La gestion du diabète dans ces établissements était perçue comme compliquée par la plupart des médecins. La complexité de l'outil informatique et la méconnaissance des logiciels utilisés constituaient un obstacle à une prise en charge optimale, pouvant entraîner un oubli dans le renouvellement des ordonnances. Les médecins décrivaient des relations difficiles avec les membres du personnel, souvent changeant compte tenu du roulement des équipes. Ils n'avaient pas la même représentation du diabète et tentaient de palier leurs idées préconçues en ayant recours à des sessions d'éducation au diabète dédiées au personnel. Un médecin décrivait par exemple des difficultés à faire enlever les régimes diabétiques en EHPAD.

b. Difficulté de surveillance clinique et paraclinique

Les médecins interviewés décrivaient des patients en EHPAD très comorbides et dépendants. Cette autonomie limitée entraînait aussi, selon certains médecins, une diminution de la surveillance. Certains de ces patients étaient moins surveillés notamment sur le plan ophtalmologique ou cardiologique du fait de leur dépendance. L'organisation des déplacements de ces patients dans les différents centres d'examen était jugée trop compliquée. Néanmoins, cette difficulté était aussi décrite pour les patients vivant à domicile.

MG 18: « Oui y a une différence c'est qu'en général on a des objectifs qui sont beaucoup plus, beaucoup plus, enfin beaucoup moins ambitieux en EHPAD parce que très souvent les sujets âgés diabétiques en EHPAD sont très détériorés, ils sont très dépendants. »

MG 19: « Il n'y a pas vraiment de différence, ce qu'il y a c'est qu'elles sont là tous les jours, leurs régimes ben, ils le font comme je te disais donc c'est là où on arrête les médicaments et puis voilà. En EHPAD ce qui est un petit peu plus compliqué c'est pour le

suivi mais bon le suivi sanguin ça va, mais après les faire aller chez l'ophtalmo, les faire aller chez le cardio c'est un petit peu plus compliqué mais comme ils rentrent très tard dans les EHPAD, y a un ECG qu'on peut faire sur place. »

MG 20: « Là on est dans l'éducation du personnel avec les représentations des uns, des autres qui est un petit peu différent des représentations d'une infirmière à domicile. Tout une équipe d'EHPAD qui n'est pas forcément aussi pointue qu'un service hospitalier dédié au diabète quoi. »

MG 1: « Un patient qui pourra pas de toute façon se déplacer et où tu viens en visite à domicile, il aura pas son fond d'œil quoi. »

3.5 Difficultés liées à l'interaction avec les professionnels de santé

Une autre difficulté ressentie par les médecins concernait la collaboration avec les autres professionnels de santé.

a. Avec les infirmières

La relation avec les infirmières à domicile était problématique pour certains médecins. Un des médecins décrivait un manque de communication avec les infirmières de son secteur ce qui limitait ses prescriptions d'insulinothérapie.

b. Avec les endocrinologues

Les médecins interviewés estimaient que les endocrinologues étaient trop exigeants sur l'objectif d'hémoglobine glyquée attendu. Ils les trouvaient trop stricts par rapport aux recommandations et avec une vision moins globale du patient. Un des médecins ressentait même de la peur à les adresser chez un endocrinologue.

MG 3: « Alors, les hospitaliers entre guillemets en général sont beaucoup plus intensifs qu'on le fera mais euh... (Silence de 5 secondes). Ils n'ont pas non plus la vision qu'on peut avoir, savoir comment ça va se passer. »

MG 5: « Parfois les médicaments accrédités par l'hôpital ne sont pas ceux qu'on a en ville. Il y a des changements. Les gens des fois s'y retrouvent pas. J'ai déjà eu des...des gags. Moi, j'attends avec impatience le...la sortie, la liaison ville-hôpital un peu mieux établie comme cela est prévu d'être fait. Parce qu'euh...ils sont parfois capables de continuer de prendre le Lasilix qu'il y avait à la maison en même temps que le furosémide de l'ordonnance de sortie de l'hôpital. »

4. / Place des recommandations

4.1 Perception des recommandations par les médecins généralistes

a. Ceux qui les connaissent

Une partie des médecins trouvait que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2013 étaient adaptées à leurs pratiques. Ils les trouvaient claires, plus conformes à leurs pratiques et également intéressantes en ce qui concerne l'adaptation des thérapeutiques à l'état général du patient. Cependant, d'autres médecins les jugeaient vagues et subjectives. Ils trouvaient difficiles de déterminer l'espérance de vie, la poly pathologie. Ils préféraient décider de leurs objectifs avec leurs patients et adapter leurs stratégies selon le patient.

b. Ceux qui ne les connaissent pas

Une minorité des médecins ne connaissait pas ces recommandations. Soit, parce qu'ils ne s'en rappelaient pas, soit, parce qu'ils ne les avaient jamais lues. C'était le cas d'un médecin interviewé.

MG 17: « Ben je suis assez d'accord justement sur l'adaptation du traitement, je trouve ça intéressant même si on le faisait un petit peu avant, le fait d'être moins exigeant en fonction de l'état général du patient. »

MG 4: « Et ben je trouve qu'elles sont extrêmement vagues et à l'appréciation du médecin généraliste »

MG 20: « ça va être tellement dépendant du patient que même si on a ces chiffres d'objectifs proposés par l'HAS, je veux dire on va être face à votre patient et ça va être forcément une stratégie qui va être adaptée. »

4.2 Comparaison des données du dernier patient avec les recommandations

Nous avons posé des questions aux médecins concernant leur dernier patient diabétique âgé vu en consultation. Nous leur avons demandé sa dernière valeur d'hémoglobine glyquée ainsi que la cible fixée. Nous leur avons également demandé ses antécédents et son niveau d'autonomie. A partir de ces données, nous avons classé les

patients en trois catégories : vigoureux, fragiles et malades. Ceci nous a permis de déterminer une valeur d'hémoglobine glyquée cible conforme aux dernières recommandations.

Les résultats sont présentés dans le tableau n°2.

Tableau 2 : description par les médecins interrogés du dernier patient diabétique de plus de 75 ans vu en consultation

Médecin	Age	Caractéristiques	Traitement	HbA1c réelle	HbA1c cible selon médecin	HbA1c cible théorique selon recommandation	Argument basé sur recommandation
MG1	72	Néphropathie, cancer diagnostic récent, autonomie	Lantus, glicazide	7,7 %	7,5 %	8 %	Pathologie aiguë
MG2	79	AIT, trouble cognitif débutant, autonomie	1 ADO 1 fois par jour	6,8 %	7 %	8 %	Trouble cognitif
MG3	83	Néphropathie, coronaropathie, HTA, artériopathie, neuropathie périphérique, trouble cognitif, difficulté à la marche, dépendant pour l'insulinothérapie	Insuline 3 x / jour	8 %	Non précisée	9 %	Handicap et dépendance
MG4	85	Dépression, dépendante pour l'insulinothérapie	insuline	6,8 %	7-7,5 %	8 %	Bon état général
MG5	92	Néoplasie auto immune sous corticothérapie, rétinopathie diabétique, plaie diabétique, dépression, difficulté à la marche	insuline	10 %	8 %	9 %	Dépendante
MG6	81	Hypertension, autonomie	Janumet	6,6 %	Non précisée	7 %	Bon état général
MG7	90	hypertension, AOMI, difficulté à la marche, dépendante pour l'insulinothérapie, Aide-ménagère	lantus	12 %	9 %	8 %	Dépendante, limitation motrice
MG8	84	hypertension, diplopie transitoire, autonomie	Lantus et Novorapid	7,3 %	7-7,5 %	7 %	Bon état général
MG9	90	AVC avec hémiparésie gauche séquellaire	Metformine 500mg 1 fois par jour	Non mesurée	Non précisée	8 %	Limitation motrice
MG10	81	Néphropathie, déficience visuelle, HTA, vit en foyer logement	Metformine	7,1 %	Non précisée	8 %	Dépendante, handicap
MG11	70	Coronaropathie, surpoids, ACFa, autonomie	Glimepiride, Januvia	7,1 %	6,5-7,5 %	7 %	Autonomie
MG12	79	insuffisance cardiaque terminale, neuropathie diabétique, difficulté à la marche, faible espérance de vie	Metformine 1000 mg deux fois par jour	6,7 %	8 %	9 %	Faible espérance de vie
MG13	82	Coronaropathie, surpoids, autonomie	Metformine 850 mg trois fois par jour	6,2 %	6,5 %	7 %	Autonomie
MG14	80	Pathologie cardiaque aiguë, pathologie pulmonaire non précisée, autonomie	Lantus et repaglinide	7 %	7 %	7 %	Autonomie
MG15	80	rétinopathie diabétique, DM2A, cardiopathie hypertrophique, AVC, marche avec une canne	Januvia 1 par jour, 1/2 métri-daoonil 1 par jour	7,6 %	7,5 %	9 %	Polypathologie, handicap, dépendante
MG16	70	hypertension, autonomie	glicazide, metformine	6,7 %	6,5 %	7 %	Bon état général
MG17	85	HTA, trouble cognitif débutant	metformine	12,6 %	Non précisée	8 %	Trouble cognitif
MG18	84	HTA, artériopathie, ACFa, pneumoconiose due à l'amianté, incontinence urinaire, amaigrissement, anxi-dépression, isolement	metformine	7,4 %	Non précisée	9 %	Poly pathologie, isolement
MG19	81	démence à corps de lewy, insuffisance cardiaque, coronaropathie	régime seul	5,9 %	Non précisée	9 %	Dépendante, trouble cognitif
MG20	92	HTA, AIT, Trouble cognitif, dépendance	Insulinothérapie	7,6 %	9 %	9 %	Dépendante, trouble cognitif

On observe que cinq médecins avaient défini pour leurs patients une hémoglobine glyquée cible conforme aux recommandations. Les autres avaient fixés des objectifs plus stricts au regard des comorbidités et du niveau de dépendance décrits pour leurs patients. Douze patients présentaient des hémoglobines glyquées trop basses par rapport à leurs comorbidités et leurs âges. Pour conclure nos entretiens, nous avons demandé aux médecins de quelle manière la prise en charge du diabète des personnes âgées pourrait être améliorée.

5. / Pistes d'améliorations

La plupart des médecins pensaient qu'un travail pluridisciplinaire pourrait améliorer la prise en charge de leurs patients. Certains pensaient que le recours à des équipes mobiles de gériatre permettait de faire un point précis sur l'état de santé global de leurs patients. D'autres suggéraient que la collaboration médecin-infirmier permettait d'être plus performants. Ils vantaient également le travail des équipes pluri-professionnelles hospitalières, aptes à réaliser un bilan complet du diabète de la personne âgée en une journée, évitant ainsi les déplacements itératifs ; tout en adoptant une démarche d'éducation physique et thérapeutique. D'autres médecins pensaient qu'il était important de faire des formations régulières pour être à jour des recommandations. Cependant, aucun médecin n'a évoqué la nécessité d'apporter des précisions aux recommandations, en ce qui concerne la définition des trois catégories de patients : vigoureux, fragiles et dépendants. Pourtant ce travail de « classification » était perçu comme une difficulté par les médecins interviewés. Enfin, des médecins avaient estimé qu'il fallait améliorer leurs pratiques. Un médecin pensait qu'avec une consultation plus longue une fois par an, il pourrait faire une synthèse globale de la situation de chacun de ses patients. Un autre pensait que la prescription d'exercice physique améliorerait l'état général de leurs patients diabétiques, qu'ils soient âgés ou non.

MG 20: « C'est le passage de plusieurs professionnels proches, je pense que lorsqu'il y a des infirmiers qui passent, lorsqu'on est une équipe, on est d'autant plus performants. »

MG 14: « C'est important de faire des formations régulières. (...) Oui moi je trouve que... Moi c'est ça qui m'a aidé, c'est la formation que j'ai faite à l'hôpital, c'était vraiment complet, je pense que c'était ça le plus important. »

MG 11: « Je trouve que c'est dommage qu'on n'ait pas le droit à une consultation longue par la sécurité sociale qui permette de faire tout, une synthèse sur trois quart d'heure au

lieu de faire par vingt minute 3 fois dans l'année ou 4 fois dans l'année où on répète des choses et on oublie peut-être d'autres choses. »

MG 17: « Ce n'est pas que pour les personnes âgées, c'est pour tout le monde, mais arriver à prescrire de l'activité physique je pense que c'est quelque chose qu'il faut vraiment qu'on puisse faire. »

Discussion

1. / Un diagnostic du diabète réalisé sur des critères parfois inadaptés aux sujets âgés

1.1 Apport faible des signes fonctionnels du diabète chez le sujet âgé

Les médecins interviewés se fient aux signes fonctionnels d'hyperglycémie telle que la polyuropolydipsie pour évoquer le diagnostic de diabète. Classiquement, l'hyperglycémie peut entraîner une pollakiurie, une sensation de soif ou un flou visuel (24). Souvent, les symptômes d'hyperglycémie sont insidieux et atypiques chez le sujet âgé, ce qui peut retarder le diagnostic. Le principal défi dans la prise en charge d'un patient âgé est de reconnaître les signes d'un diabète inaugural, dans ses manifestations atypiques, souvent associées à l'apparition de syndromes gériatriques (25).

1.2 Confirmation biologique du diagnostic de diabète: place de la glycémie et de l'HbA1c

Le diagnostic de diabète de type 2 est souvent confirmé par les médecins interviewés par une analyse biologique, comme recommandé (26). Certains médecins interviewés se basent sur le dosage de l'hémoglobine glyquée pour dépister un diabète, ce qui est également constaté dans les études (27). En France, l'utilisation de l'hémoglobine glyquée n'est recommandée que pour le suivi des patients diabétiques (27), ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays comme aux Etats Unis (27).

2. / Une évaluation globale mais non standardisée de la personne âgée réalisée par les médecins généralistes

Pour personnaliser la prise en charge des sujets âgés, les médecins réalisent une évaluation globale.

2.1 Evaluation des comorbidités associées au diabète

Les personnes âgées ont une prévalence plus élevée de comorbidités (28, 29). 40% des patients âgés diabétiques ont plus de 4 comorbidités (30). Le diabète est associé à une augmentation du risque de développer de multiples comorbidités chez les personnes âgées (31, 32). Les médecins interviewés citent comme principales comorbidités évaluées la fonction rénale, les pathologies associées et les troubles mnésiques. Il est bien recommandé aux médecins de prendre en compte les comorbidités et les capacités cognitives et fonctionnelles pour déterminer les objectifs glycémiques, en accord avec le patient et l'aidant principal (33).

2.2 Une évaluation gériatrique non standardisée

L'évaluation gériatrique n'est pas faite de façon standardisée par les médecins interviewés.

a. L'âge seul : un critère d'évaluation jugé insuffisant

Certains médecins interviewés pensent que l'âge seul n'est pas un bon reflet de l'état de santé global (34). Les recommandations de la HAS (35) ne précisent d'ailleurs pas de limite d'âge dans leurs définitions des trois catégories de personnes âgées. Mais, l'évaluation de cet état de santé global par les médecins interviewés ne fait pas l'objet d'une démarche standardisée. Les diabétiques âgés ont une incidence accrue des syndromes gériatriques (chute, dénutrition, démence) (36, 37).

b. Une évaluation gériatrique incomplète sans utilisation de scores

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de mieux prendre en compte l'ensemble des comorbidités et des spécificités gériatriques. Elle est, d'ailleurs, recommandée chez les patients âgés diabétiques (29, 33). Dans notre étude, les médecins évaluent l'existence de troubles cognitifs avec ou sans grille de scores. Ils ne recherchent pas systématiquement la présence d'une dépression dont la prévalence est pourtant plus élevée chez les patients diabétiques (38, 39, 40). Elle est associée à des difficultés de gestion du diabète (41) et à une augmentation du risque de mortalité et de démence (38). Chez les personnes âgées, elle est souvent sous diagnostiquée si aucun test de dépistage spécifique n'est réalisé (38). L'utilisation de grilles de dépistage standardisées telle que la Geriatrie Dépression Scale (42, 43) est recommandée lors de l'évaluation initiale et en cas de déclin manifeste au cours du suivi (6).

Les médecins interviewés explorent le risque de dénutrition essentiellement par l'interrogatoire et par la surveillance du poids. Ils ont rarement recours au dosage de l'albumine. Le diabète ne protège pas le patient de la dénutrition, voire augmente le risque lors des restrictions alimentaires (44). Le risque de dénutrition devrait être systématiquement évalué selon les critères de la HAS (45).

Les médecins interviewés ne réalisent pas d'évaluation du risque de chute. Ils ne se renseignent pas sur les éventuels antécédents de chutes.

L'évaluation fonctionnelle physique est un temps fort de l'évaluation du patient diabétique âgé. Il existe une plus grande fréquence des troubles de la marche et des chutes chez les patients diabétiques (46), en raison d'une perte de la force musculaire (37).

La notion de chute est importante à rechercher à l'interrogatoire. En effet les chutes récentes doivent faire rechercher l'existence d'hypoglycémies mais aussi d'une hypotension orthostatique (47).

Toutes ces comorbidités augmentent le risque de perte des capacités de mobilisation et de handicap pour les activités de la vie quotidienne (37). Les médecins généralistes évaluent l'autonomie seuls ou avec l'aide d'un tiers (famille, infirmière domicile..) mais sans grilles d'analyses (48). L'évaluation gériatrique permet de quantifier l'autonomie et de prévenir sa perte. Les grilles d'autonomies permettent une standardisation de cette évaluation (43).

Le plus souvent, les médecins généralistes interviewés n'utilisent pas de scores pour l'évaluation gériatrique, ce qui est également constaté dans d'autres études (48). Il est vrai que les outils à visée gériatrique sont sous-utilisés par les médecins généralistes qui les jugent inadaptés à leurs pratiques. L'absence de cotation et le défaut de formation sont des freins à leurs usages (42).

3. / Une détermination de la valeur de l'hémoglobine glyquée cible juste mais non réévaluée et basée sur des critères non standardisés

Les médecins interviewés personnalisent les objectifs pour chaque patient en fonction de leurs conditions de vie et de leurs comorbidités comme recommandé. (10)

3.1 Une démarche non standardisée

Les médecins utilisent souvent leurs propres expériences et leurs convictions pour orienter leurs actions (49). Le fait que les médecins n'aient pas une approche standardisée pour prendre en charge les patients âgés diabétiques peut être expliqué par leurs capacités à évaluer une situation grâce à la connaissance qu'ils ont du passé et de la personnalité de leurs patients (49). Cela reflète le processus d'individualisation de la thérapie plutôt qu'un raisonnement déconnecté de la réalité (49). En adoptant cette approche individualisée, les médecins sont capables d'évaluer la qualité de vie de leurs patients, ce qui influence leurs valeurs cibles d'hémoglobine glyquée. Plus les patients sont polyopathologiques et dépendants, moins les objectifs d'hémoglobine glyquée sont stricts.

La plupart des médecins interviewés donnent une hémoglobine glyquée cible autour de 8 %.

3.2 Pas d'utilisation des classes : vigoureux / fragiles / dépendants

Les médecins interviewés n'ont pas recours au classement de leurs patients âgés diabétiques selon les 3 catégories identifiées dans les recommandations (35).

Chez les participants de l'étude ACCORD inclus dans le bras du traitement intensif, l'excès de mortalité observé n'est pas uniquement expliqué par l'importance des hypoglycémies mais l'est davantage à des paramètres non mesurés comme la fragilité (50).

Certains auteurs (51, 52) ont commencé à établir un classement des personnes âgées en trois catégories. Ces trois groupes correspondent à un niveau croissant de risque de mortalité (51, 53).

Sur ce modèle, l'American Diabetes Association (ADA) (54) et la HAS (35) ont précisé les caractéristiques de chaque groupe de personnes âgées en fonction de leurs états de santé après 75 ans (35), et leurs ont attribué un taux d'hémoglobine glyquée cible optimal :

- les personnes dites « vigoureuses » : en bon état de santé, indépendants et bien intégrées socialement, c'est à dire autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel qui sont assimilables aux adultes plus jeunes c'est-à-dire avec une cible d'hémoglobine glyquée inférieur ou égale à 7%.

- les personnes dites « fragiles » : à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades. Elles sont décrites comme une population vulnérable, avec des limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation. Hémoglobine glyquée cible recommandée inférieure ou égale à 8%.

- les personnes dites « malades »: dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social. La priorité est d'éviter les complications aiguës dues au diabète (déshydratation, coma hyperosmolaire) et les hypoglycémies : des glycémies capillaires pré-prandiales comprises entre 1 et 2 g/L et / ou un taux d'hémoglobine glyquée inférieur à 9% sont recommandés.

Les médecins interviewés ne définissent pas leur prise en charge médicale et leurs objectifs en fonction de cette classification. Le fondement de leurs raisonnements s'appuie sur l'évaluation subjective des capacités cognitives et fonctionnelles. Il aboutit in fine à une individualisation des objectifs thérapeutiques comparables aux objectifs recommandés.

3.3 Une théorie connue mais n'entraînant pas une réévaluation du traitement

a. Critères d'efficacité des traitements

Les médecins interviewés citent, tout d'abord, comme critère d'efficacité une disparition des signes fonctionnels. Ils visent aussi une amélioration globale de la personne âgée.

Or, comme dans d'autres maladies chroniques, la qualité de vie est altérée par le diabète (55), surtout au niveau des capacités fonctionnelles (56). Lorsqu'on demande aux patients âgés leurs objectifs de soins, ils évoquent prioritairement leurs capacités fonctionnelles et leur indépendance (57).

Un des objectifs principal du traitement du diabète de type 2 chez les patients gériatriques est la préservation de la qualité de vie, le maintien de l'indépendance fonctionnelle comme promouvoir les capacités physiques, mentales et sociales (58).

Une étude retrouve que les médecins sont attentifs aux conséquences qui pourraient avoir un impact sur la qualité de vie (comme la peur des patients) et ainsi, réévaluent ces conséquences au cours des consultations suivantes (49). A travers une démarche personnalisée, les médecins interviewés sont capables d'évaluer la qualité de vie des patients, ce qui influence leurs prescriptions (49).

Ces pratiques correspondent aux résultats d'une revue de la littérature (59). Celle-ci conclue qu'il n'y a pas d'argument clinique pour définir des critères de surveillance qu'ils soient clinique (cible de pression artérielle) ou biologique (cible d'hémoglobine glyquée, cible de cholestérolémie). Il convient, selon cette étude, de s'attacher à l'amélioration du risque cardiovasculaire globale par la prescription de statine et d'inhibiteur de l'enzyme de conversion à dose fixe.

Les médecins interviewés citent dans un deuxième temps, comme critère d'efficacité biologique, un taux d'hémoglobine glyquée correspondant à l'objectif qu'ils s'étaient fixé.

b. Comparaisons des objectifs théoriques aux données réelles de leur dernier patient (voir tableau)

Les médecins sont conscients de la nécessité d'adapter les objectifs glycémiques à l'état général de leurs patients. Ils sont d'autant moins stricts que les comorbidités et la fragilité s'accumulent. Lorsqu'ils évoquent le cas de leur dernier patient âgé vu en consultation, il existe une différence entre les objectifs théoriques d'hémoglobine glyquée déclarés et les taux d'hémoglobine glyquée effectivement mesurés. Ces dernières sont généralement plus basses que celles présentées théoriquement. Cet écart ne fait pourtant pas l'objet d'une analyse critique de la part des médecins et n'entraîne pas un allègement du traitement hypoglycémiant ou un assouplissement des règles hygiéno-diététiques.

c. Risque de surtraitement induit par l'absence de réévaluation

Il existe un risque de surtraitement chez les personnes âgées diabétiques. Un surtraitement des personnes âgées diabétiques est retrouvé dans plusieurs études (60, 18). Il induit une augmentation du risque d'effets indésirables parmi lesquels on retrouve l'hypoglycémie.

La prévention de l'hypoglycémie est un vrai défi pour la prise en charge des diabétiques âgés (18).

L'origine iatrogène des hypoglycémies devrait impliquer une réévaluation des traitements et devrait conduire à la dé-prescription.

Un traitement excessif conduit à plus d'inconvénients que de bénéfices. Réévaluer et réduire les prescriptions diminue la morbidité (61). En tenant compte de l'espérance de vie limitée de ces patients âgés, stopper certains traitements à visée préventive peut diminuer les symptômes perçus comme étant des effets indésirables et augmenter la sensation de bien-être des patients (62).

C'est le concept du « Less is more » sur lequel s'appuie l'American Geriatrics Society (63). Dans les cas où les soins reçus par la personne âgée notamment en maison de retraite, sont perçus comme inadaptés, on peut alléger le traitement (49). Ceci permet de privilégier la sécurité du patient à la validation d'objectifs glycémiques potentiellement dangereux, en l'absence d'une surveillance adaptée. Il pourrait être intéressant que les prescriptions continuent à être régulièrement réévaluées en ambulatoire pour les patients âgés diabétiques.

Il faudrait pour chaque patient que la balance bénéfice risque du contrôle glycémique soit mesurée et intégrée dans la décision thérapeutique (64).

d. Risque de surtraitement induit par la valeur l'hémoglobine glyquée

Différents facteurs peuvent influencer la valeur de l'hémoglobine glyquée. Des facteurs génétiques et environnementaux (65) mais aussi des facteurs ethniques (66). Toutes ces modifications peuvent entraîner une valeur d'hémoglobine glyquée non en corrélation avec la moyenne glycémique du patient. L'évaluation du diabète par une moyenne glycémique ou par l'hémoglobine glyquée est parfois incomplète du fait d'hypoglycémie pouvant entraîner une hémoglobine glyquée dans les normes souhaités alors que les glycémies vont variés de 0,4 g/l à 3 g/l (67).

4. / Une difficulté ressentie à mettre en place des règles hygiéno-diététiques chez les sujets âgés

4.1 Un « régime anti diabétique »

Une partie seulement des médecins interviewés donnent des conseils hygiéno-diététiques ou préconisent les régimes recommandés (55).

Le risque de dénutrition et de sarcopénie augmente avec l'âge, d'autant plus qu'il existe un diabète de type 2 (68). Les personnes âgées sont plus à risque de dénutrition à cause de l'anorexie, des troubles du goût et de l'odorat, des troubles de la déglutition, des pathologies bucco-dentaires et des difficultés fonctionnelles pour préparer et consommer les repas (38).

La perte de poids volontaire induite par des régimes chez les patients âgés aggrave potentiellement la sarcopénie, la baisse de la densité osseuse, et les déficits nutritionnels

(69, 70). Cela induit une baisse des apports alimentaires, une perte de poids et une dénutrition (71).

Prescrire un régime entraîne un risque plus élevé de malnutrition que de bénéfices à long terme. La prescription d'un régime trop restrictif risque de favoriser la survenue d'hypoglycémies (72) et de fragiliser le sujet âgé, en aggravant la dénutrition (73, 74).

Une autre partie des médecins interviewés ne prescrit pas de régime pour éviter d'être iatrogène. Dans ce sens, l'alimentation du patient diabétique doit être raisonnée, répondre à ses besoins et permettre une correction glycémique en sécurité, évitant une surenchère d'agents hypoglycémisants (75).

Il ne faut pas oublier l'aspect hédoniste et convivial de l'alimentation chez ces patients fréquemment isolés, polyopathologiques, à l'espérance de vie courte (72). Même si certains médecins ne valorisent pas les régimes chez les patients, il n'est pas toujours facile de leur faire modifier leurs anciennes habitudes alimentaires.

4.2 Difficultés à faire modifier les habitudes alimentaires

a. Réticence des personnes âgées

Les médecins interviewés évoquent la difficulté à faire modifier les habitudes alimentaires des personnes âgées, ce que confirment les données de la littérature (53).

Cependant, les interventions visant à modifier les habitudes de vie sont plus efficaces pour réduire l'hyperglycémie chez les personnes âgées par rapport aux personnes jeunes (76, 77, 78).

Le fait de servir des repas adaptés aux préférences des patients, à leur culture et à leurs habitudes contribue à augmenter la qualité de vie, la satisfaction des repas et le statut nutritionnel (71).

Une approche individualisée semble donc être la méthode la plus adaptée pour optimiser les apports alimentaires des personnes âgées diabétiques. Elle nous semble applicable en médecine générale.

b. Manque de ressources financières

Les réticences des sujets âgés ne constituent pas le seul obstacle. Le manque de ressources financières est considéré par les médecins de notre étude comme un autre obstacle à l'accès à une alimentation saine et équilibrée. La fragilité sociale est à prendre

en compte. En effet, l'isolement social, le bas niveau de revenus ou le faible niveau d'éducation sont par eux-mêmes des facteurs de risque de présenter un déclin fonctionnel indépendamment des pathologies (46, 79). Cette composante socioéconomique doit donc être intégrée dans le processus d'individualisation de la prise en charge.

c. Place de l'activité physique

Les médecins interviewés ont du mal à faire pratiquer une activité physique à leurs patients. Les recommandations (80) préconisent de pratiquer une activité physique mais leur application se heurte aux spécificités du patient gériatrique. La perte des capacités fonctionnelles entraîne une augmentation du niveau de dépendance et limite les possibilités de se mobiliser, comme décrit par les médecins interviewés.

L'âge et le diabète sont deux facteurs de risque d'incapacité fonctionnelle. Chez les personnes âgées, même une activité physique de faible intensité est associée à une augmentation des performances physiques et du bien-être psychologique (81). Améliorer la marche et l'équilibre contribue à réduire la fréquence des chutes chez les patients âgés diabétiques (82).

5. / Un souci d'optimisation de la prescription d'antidiabétique en fonction des comorbidités et du risque d'effets indésirables par les médecins généralistes

5.1 Des adaptations thérapeutiques difficiles en cas de comorbidités

Les médecins interviewés essayent bien d'adapter le traitement en fonction des comorbidités.

Ils sont mis en difficulté par un manque d'alternatives thérapeutiques en cas de comorbidités. Ces multiples comorbidités peuvent contre indiquer les principaux traitements et nécessiter la mise sous insuline. Un exemple souvent cité est celui de la metformine en cas d'insuffisance rénale.

L'âge est associé à une altération du métabolisme et de l'excrétion des médicaments, d'où la nécessité de prescrire prudemment les antidiabétiques oraux (68, 28).

Il existe beaucoup de contre-indications à l'utilisation des antidiabétiques oraux, surtout l'insuffisance rénale (83), auxquels les médecins interviewés sont très attentifs.

Pour les patients ayant un débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 30 et 60 mL/min/1,73m², la fonction rénale doit être surveillée plus fréquemment et la posologie doit être diminuée (IIB) (6), ce qui est fait par les médecins interviewés.

Après la metformine, le choix des antidiabétiques oraux doit être individualisé (82). Lorsque des antidiabétiques oraux tels que les sulfamides hypoglycémisants ne peuvent être utilisés, les inhibiteurs de la DPP4 peuvent être une alternative, en bithérapie avec la metformine (4) mais cela n'a pas été cité par les médecins de notre étude.

5.2 Une attention particulière portée au risque de polymédication et d'interactions médicamenteuses

Un autre risque iatrogène repéré par les médecins interviewés pouvait être induit pour eux par la polymédication.

Il existe un problème d'interactions médicamenteuses chez les personnes âgées (68) et le nombre des traitements peut augmenter les risques d'effets indésirables médicamenteux (38).

La polymédication est associée à une augmentation de l'inobservance (84), à la malnutrition, à la baisse des capacités fonctionnelles, aux chutes, aux fractures, aux hospitalisations et institutionnalisations (85, 86, 87).

Les patients âgés sont plus à risque d'effets secondaires médicamenteux à cause des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge (88, 89).

C'est pourquoi les médecins interviewés essaient de ne pas accumuler les antidiabétiques oraux.

5.3 Une adaptation des traitements en fonction des effets indésirables recueillis à l'interrogatoire du patient

Parmi les effets indésirables les plus fréquemment rapportés figurent les troubles gastro intestinaux sous metformine et les hypoglycémies sous sulfamides (38).

Les personnes diffèrent en termes de réponses aux traitements, de bénéfiques et d'effets secondaires, et en fonction de leurs expériences passées (24).

La metformine est souvent utilisée en première ligne chez les diabétiques de type 2. Son faible risque d'hypoglycémie peut être bénéfique chez les personnes âgées mais les effets secondaires gastro intestinaux et la perte de poids peuvent être délétères chez les patients fragiles (38, 90).

Les sulfamides hypoglycémiantes sont des médicaments peu chers mais à haut risque d'hypoglycémie, ce qui est problématique chez les patients âgés (38).

Les inhibiteurs de la DPP4 sont très utiles pour contrôler l'hyperglycémie post prandiale avec un faible risque d'hypoglycémie et une relativement bonne tolérance, ce qui est utile chez les personnes âgées ; mais leur coût est élevé (38).

Les analogues du GLP1 ciblent également l'hyperglycémie post prandiale avec un faible risque d'hypoglycémie mais ils sont responsables de nausées et de perte de poids ce qui est problématique chez les personnes fragiles (38).

Malgré leurs avantages, ces deux molécules n'ont pas été citées par les médecins de notre étude.

L'insuline entraîne une prise de poids chez certains patients et implique des contrôles glycémiques fréquents, parfois sources de mauvaise tolérance (38). Néanmoins, elle reste une ressource thérapeutique importante en cas d'inefficacité ou de contre-indication aux antidiabétiques oraux.

6. / Une insulinothérapie centrée sur les intérêts du patient âgé

6.1 Critères d'introduction de l'insulinothérapie

Les médecins interviewés instaurent une insulinothérapie en cas d'échec ou de contre-indication aux antidiabétiques oraux. Leur décision s'appuie sur des critères adaptés sans toutefois évoquer le statut nutritionnel.

Les patients traités par insuline sont significativement plus âgés avec un diabète évoluant depuis plus longtemps avec plus de complications gériatriques et diabétiques, et ayant un taux d'hémoglobine glyquée plus élevé que chez les patients traités par un antidiabétique oral seul (20, 91).

Des données de la littérature suggèrent que l'insuline est sous prescrite chez les personnes âgées diabétiques (92).

De nombreux critères ne sont probablement pas évalués par les médecins interviewés avant de mettre en place l'insuline (55):

- haute prévalence des comorbidités
- alimentation pauvre ou inadéquate
- polymédication
- troubles de la vue
- baisse des capacités de communication
- troubles cognitifs
- isolement social

6.2 Une approche centrée sur le patient

Pour les médecins interviewés, la décision d'introduire ou de poursuivre une insulinothérapie fait l'objet d'une réflexion individualisée à chaque patient.

Les cibles et objectifs de la prise en charge des patients devraient toujours être adaptés en se basant sur les préférences des patients et sur leur projet de vie (93).

Beaucoup d'attention a été donnée au concept de décision partagée en médecine générale, essentiellement basée sur les préférences du patient (94).

Les médecins interviewés décrivent que les patients âgés vivent mal l'introduction d'insuline. Il a été décrit dans la littérature que le simple mot « injection » a une connotation négative. La proposition de débiter de l'insuline est perçue comme un échec de tous les autres traitements du patient (49).

Les médecins ont conscience de l'importance de bien préparer le patient au passage à l'insuline avant d'initier ce traitement chez les personnes âgées (49).

Les médecins interviewés prennent le temps pour faire accepter ce nouveau traitement.

Certains spécialistes pensent que les médecins repoussent au maximum la mise en place de l'insuline malgré des glycémies élevées (95). Mais ce qu'ils considèrent comme une attitude attentiste dangereuse (96), pourrait correspondre à un processus long et nécessaire pour les patients.

6.3 Place de l'endocrinologue dans l'introduction de l'insulinothérapie

Une minorité des médecins interviewés ont recours à l'avis d'un endocrinologue avant d'initier une insulinothérapie.

Pourtant, certains médecins déplorent la complexité des démarches nécessaires à l'instauration de l'insuline (prescriptions, organisation...) (49). Peu de médecins ont d'expérience dans le traitement par insuline chez les patients âgés. Ce manque d'expérience suscite une appréhension à initier ce traitement (49) et favorise le recours aux spécialistes et aux hôpitaux pour renforcer et parfois instaurer l'insuline (49).

Selon certains auteurs, si les cibles glycémiques ne sont pas atteintes malgré les efforts des patients et des soignants, le recours à un avis spécialisé peut être bénéfique (6).

Les médecins interviewés ont recours aux spécialistes pour renforcer l'insulinothérapie, et aux infirmières pour assurer l'éducation et la surveillance, comme ce qui est observé dans la littérature (53).

6.4 Quel patient peut gérer seul son insuline ?

Comme chez tous les patients diabétiques, l'éducation thérapeutique des personnes âgées devrait être individualisée en fonction de leurs problèmes médicaux, culturels et sociaux (38). Pour les personnes âgées, elle devrait également prendre en compte leurs capacités sensorielles (vision et audition), cognitives et physiques (38).

L'auto surveillance glycémique (ASG) est accessible aux séniors au prix d'une éducation thérapeutique qui doit être adaptée aux capacités physiques et cognitives du patient (48).

Pour aider les patients âgés à conserver une certaine autonomie dans la gestion de leur traitement aussi longtemps que possible, des programmes d'éducation spécifiques ont été développés (78). Du fait de l'hétérogénéité des capacités d'apprentissage et des ressources personnelles des personnes âgées, il est difficile de déterminer quel patient est capable de comprendre et de gérer son traitement, en particulier les injections d'insuline (97).

Le Timed Test of Money Counting (TTMC) ou test de comptage d'argent est un test validé, court et facile (98, 99, 100). Il est capable d'identifier les patients aptes à réaliser eux-mêmes leurs injections d'insuline (101). Le TTMC semble le test prédictif le plus fiable pour déterminer les capacités à gérer en autonomie les injections d'insuline après une phase d'éducation (97).

Ce test permet de mieux cibler l'indication et la durée de mise en place d'une infirmière à domicile pour la réalisation et surveillance d'une insulinothérapie.

7. / Axes de surveillance clinique et paraclinique du patient âgé diabétique

7.1 Une surveillance identique quelque soit l'âge

Comme cités par les médecins interviewés, les axes de surveillance clinique et paraclinique des personnes âgées diabétiques sont identiques à ceux des sujets jeunes. Il n'a pas été observé une adaptation du rythme ou du type de surveillance aux spécificités du sujet âgé.

Pour les adultes âgés en relativement bonne santé avec une espérance de vie longue, il est raisonnable de rechercher les complications du diabète comme chez l'adulte plus jeune (38).

Pour les patients très âgés ou avec de nombreuses comorbidités et une espérance de vie courte, il est prudent de peser le bénéfice attendu du dépistage des complications et d'avoir essentiellement pour objectif d'en éviter l'aggravation (38). Il semble utile de dépister les complications qui peuvent avoir un impact sur les capacités fonctionnelles ou la qualité de vie, comme les maux perforants plantaires et les troubles visuels (38).

Pour les personnes âgées avec une hémoglobine glyquée stable depuis plusieurs années, un contrôle annuel de l'hémoglobine glyquée peut être approprié (III B) (6). Chez celles qui n'atteignent pas leur objectif, un contrôle de l'hémoglobine glyquée au moins tous les 6 mois et plus souvent si nécessaire peut suffire (54).

D'autres examens annuels sont recommandés chez les personnes âgées:

- un examen des pieds (54) (47), ce qui nous a été souvent détaillé par les médecins dans notre étude.
- un dépistage de l'incontinence urinaire (III A) (55).
- une recherche de chutes dans les douze mois précédents (III B) ou plus souvent si besoin (55).
- une évaluation de la douleur parfois non liée à une neuropathie diabétique (55).

- une évaluation de la dépendance pour les activités instrumentales ou pour les activités de base de la vie quotidienne (47).
- une surveillance de l'acuité auditive (102, 103).

7.2 Une surveillance effective mais approximative des capacités cognitives

Les médecins interviewés réalisent une surveillance des troubles cognitifs au cours de la prise en charge, sans avoir recours à une évaluation standardisée utilisant des échelles.

Les personnes âgées diabétiques ont 1,5 fois plus de risque de présenter un déclin cognitif voir de développer une démence, incluant aussi bien le trouble cognitif léger que la démence vasculaire ou de type Alzheimer (104-109); que celles qui ne sont pas diabétiques (4, 110, 111).

Beaucoup de personnes âgées ont des troubles cognitifs non identifiés d'où la nécessité d'un dépistage périodique (38).

Il est important pour le clinicien de noter qu'un diagnostic de troubles cognitifs chez la personne âgée signifie aussi un risque accru de complications micro et macro vasculaires du diabète (112, 113, 114).

7.3 Absence de surveillance du risque de chute, d'hypotension orthostatique ou de dépression

La survenue de certaines complications ne fait pas l'objet d'une surveillance spécifique malgré leur fréquence chez les personnes âgées diabétiques. C'est le cas de la dépression (115, 116), de la chute et de l'hypotension orthostatique (6).

Les complications du diabète telles que la neuropathie, la rétinopathie et les ulcères, sont pourvoyeurs de chutes chez les personnes âgées (117). Si un patient a chuté, le médecin doit réaliser une évaluation du risque de chute et identifier les facteurs potentiellement réversibles (IIIB) (6).

Les chutes sont souvent non rapportées par les patients et non dépistées par les médecins (118, 119).

La dysautonomie chez les patients âgés diabétiques augmente le risque de chute (120, 121), notamment par l'intermédiaire de l'hypotension orthostatique qu'elle favorise.

Il existe un danger potentiel à réduire la pression artérielle systolique en dessous de 120 mmHg chez les patients âgés diabétiques (6). Une pression artérielle systolique inférieure à 130 mmHg n'est pas associée à une baisse plus importante du risque cardiovasculaire qu'une pression artérielle contrôlée entre 130 et 140 mmHg (122, 123).

La recherche d'une hypotension orthostatique fait partie du bilan de chute (6).

7.4 Surveillance du risque d'hypoglycémie basée sur l'interrogatoire du patient

Le rappel précis de la survenue d'hypoglycémies passées est très difficile surtout chez les personnes âgées (124). Elles sont souvent sous estimées : symptômes atypiques, difficultés de recueil des informations en cas de troubles cognitifs (20, 125). Les symptômes d'hypoglycémie ont tendance à être de moins en moins spécifiques (125) du fait d'une baisse des mécanismes de contre régulation (66) et les seuils de glycémie, à l'origine des symptômes, changent avec l'avancée en âge (126).

Les médecins interviewés ont pourtant recherché habilement les hypoglycémies en interrogeant les patients sur la notion de chutes ou de malaises.

Certaines présentations atypiques des hypoglycémies ne sont cependant pas évaluées.

C'est le cas des hypoglycémies chez les patients déments et la survenue d'une agitation, d'une majoration du syndrome confusionnel ou une modification de comportement (125).

Même lorsque les hypoglycémies sont identifiées par les patients sans trouble cognitif, ils sont capables de les sous-estimer devant leur médecin (127).

L'éducation des patients et des médecins au sujet de la prévention, de la détection et de la prise en charge des hypoglycémies est essentielle (38).

Les stratégies thérapeutiques mises en place, ainsi que les démarches de prévention et le traitement des éventuelles hypoglycémies, devront être discutées avec le patient et avec toutes les personnes directement impliquées dans sa prise en charge (25).

Le carnet de surveillance glycémique peut être un lien entre les différents intervenants.

7.5 Place du carnet de surveillance glycémique

Certains médecins interviewés nous ont dit consulter régulièrement le carnet de surveillance glycémique.

La fréquence des contrôles, tout comme les objectifs glycémiques, doivent être individualisés à la lumière d'une évaluation gériatrique (48).

La lecture du carnet permet d'analyser les variabilités de la glycémie (68).

L'évaluation de l'équilibre glycémique ne peut être réalisée en se basant sur l'hémoglobine glyquée seule (18, 128).

Mais le contrôle des glycémies capillaires ne peut être raisonnablement réalisé de manière pluriquotidienne chez tous les patients diabétiques âgés. Ces indications dépendent des traitements anti diabétiques utilisés, et des facteurs de risque d'hypo et d'hyperglycémies. Elles devraient être indiquées selon les objectifs de soins : atteindre une hémoglobine glyquée cible, modifier le traitement ou dépister les hypoglycémies (6).

L'indication d'une auto surveillance glycémique dépend des capacités fonctionnelles et cognitives. Elle se discute en fonction de l'intensité du traitement, de la qualité de vie et du risque d'hypoglycémie (6).

L'ADA recommande que l'indication d'une auto surveillance glycémique soit « basée sur les besoins et les objectifs de chaque patient » et que sa fréquence soit augmentée en cas d'ajout ou de modification d'un traitement (54).

8. / Difficultés ressenties à prendre en charge les personnes âgées diabétiques

8.1 Des freins à l'initiation de nouveaux traitements

Les médecins interviewés expriment leur crainte d'initier un traitement et cela concerne plus particulièrement les nouveaux antidiabétiques oraux (analogues du GLP-1 et inhibiteurs de la DPP4) du fait d'une mauvaise connaissance de ces nouvelles molécules.

Trouver un traitement antidiabétique adapté est compliqué à cause de l'hétérogénéité des personnes âgées (28). Les personnes âgées méritent une attention particulière pour l'initiation et l'intensification des traitements hypoglycémisants (128).

Les problèmes le plus souvent rencontrés sont les comorbidités, la fragilité et les troubles cognitifs qui demandent plus d'attention concernant l'évaluation du rapport bénéfices / risques de l'insuline (129).

L'évaluation de l'intérêt des nouveaux antidiabétiques oraux dans la prise en charge de ces patients particulièrement fragiles et exposés aux risques iatrogènes est, pour une large part, spéculative (130). Peu d'études sont menées spécifiquement chez le diabétique âgé, et, lorsqu'elles le sont, c'est également après la mise sur le marché du médicament (130).

Cela explique la relative réticence des médecins généralistes à prescrire ces molécules.

8.2 Un manque d'observance d'origine multifactorielle chez les personnes âgées

Les médecins déplorent un manque d'observance des personnes âgées diabétiques, notamment du fait des spécificités de cette tranche d'âge.

a. Impacts des troubles cognitifs

Les troubles cognitifs figurent parmi les obstacles cités par les médecins à une observance optimale.

Une des préoccupations principales des médecins est que les patients âgés ne sont pas capables de réaliser correctement leurs injections d'insuline du fait de troubles cognitifs et fonctionnels (131).

Beaucoup de personnes âgées comptent sur leur famille ou leurs proches pour prendre les décisions concernant leurs traitements ou pour superviser leurs prises (38).

L'autonomisation du patient est habituellement un élément essentiel de la prise en charge du diabète. Chez le patient souffrant d'une pathologie démentielle, l'autogestion du diabète, notamment les injections d'insuline, les autocontrôles glycémiques, mais aussi la gestion d'une polymédication orale, l'activité physique et l'alimentation, deviennent progressivement problématiques (132).

b. Impacts du manque de compréhension du traitement par les personnes âgées

Les médecins interviewés soulignent le manque de compréhension du traitement de la part des personnes âgées, en termes de posologie et de fréquence des prises, mais également en ce qui concerne les objectifs attendus.

Les personnes âgées ne se sentent pas concernées par la nécessité de prendre tous leurs médicaments (64). Ils considèrent que certains médicaments sont plus importants que d'autres (133), mais leurs critères de jugement restent subjectifs et parfois potentiellement dangereux.

Fournir des informations aux patients sur les bénéfices et risques des traitements semble augmenter leurs connaissances et réduire les conflits en termes de prise de décision thérapeutique (134). Cela n'a aucun effet constant sur la décision du patient de continuer ou de commencer un traitement (134), ce qui implique de répéter régulièrement ces informations.

8.3 Place des infirmières à domicile

Les médecins remédient souvent à ces difficultés (mauvaise observance, troubles cognitifs et manque de compréhension) en ayant recours à des aides extérieures.

Les médecins rapportent que le soutien aux patients de la part de la famille ou des professionnels de santé est important pour eux et pour leurs patients dans la prise de décision d'instaurer une insulinothérapie (49).

Les infirmières sont souvent mises à contribution pour améliorer la surveillance et l'observance du patient (135). Beaucoup d'hypoglycémies peuvent être évitées en utilisant des doses d'insuline appropriées, adaptées quotidiennement en fonction des glycémies capillaires (128).

L'intergroupe francophone SFD - SFGG (société francophone du diabète, société française de gériatrie et de gérontologie) (136) a émis des recommandations en termes d'indication de surveillance par une tierce personne : en cas de perte d'autonomie, la surveillance est assurée par une tierce personne avant chaque injection d'insuline, et une ou deux fois par semaine en cas de traitement oral. L'auto-surveillance glycémique doit être renforcée lors de tout évènement intercurrent ou lors de l'instauration d'un traitement (médicamenteux ou non) pouvant retentir sur l'équilibre glycémique.

Les besoins sociaux du patient ainsi que les besoins des aidants sont également à prendre en compte, idéalement au cours d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS), afin d'établir le plan d'aide, de les aider à trouver des aides financières mais aussi d'organiser le soutien aux aidants (47).

Il nous a été rapporté que l'introduction d'insuline peut également être un moyen pour mettre en place des aides à domicile chez un patient isolé ou affecté de troubles cognitifs (53).

8.4 Patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

a. Un manque de communication entre équipes médicales et paramédicales

Les médecins interviewés se heurtent à des problèmes de communication avec les équipes soignantes.

Un problème majeur dans les unités de soins de longue durée (USLD) est le changement fréquent des équipes soignantes qui entraîne un manque de connaissance des résidents vulnérables (137).

Les médecins déplorent l'instauration systématique d'un régime antidiabétique qui expose les résidents les plus fragiles à un risque de dénutrition.

Dans une étude, 54 % des sujets diabétiques en EHPAD reçoivent un régime spécifique avec un taux d'hémoglobine glyquée identique à ceux recevant un régime normal (138).

Servir des repas prenant en compte les origines culturelles, les préférences, les objectifs et capacités personnelles augmente la qualité de vie, la satisfaction et améliore le statut nutritionnel (139).

b. Une surveillance jugée insuffisante

Les médecins interviewés déplorent des difficultés de surveillance de ces patients diabétiques âgés.

Chez les patients diabétiques et déments vivant à domicile, comme chez ceux institutionnalisés en long séjour, on observe fréquemment une diminution de la fréquence à laquelle les contrôles périodiques recommandés (hémoglobine glyquée, fond d'œil, micro albuminurie) sont effectivement réalisés (139).

Les USLD offrent théoriquement une surveillance 24h sur 24, ce qui n'est pas le cas à domicile (38).

En institution, un tiers des personnes a une hémoglobine glyquée inférieure à 6,5% (140), ce qui témoigne à la fois d'un sur-traitement exposant les patients à des hypoglycémies, mais également d'un manque d'ajustement thérapeutique dans cette catégorie particulière de la population.

La mise en place d'un plan de soin personnalisé par le médecin traitant est complexe et se heurte à de nombreuses difficultés: surmenage des équipes, manque de formation continue des soignants, « turn-over » rapide des professionnels (137, 141).

8.5 Des relations inter professionnelles parfois difficiles

Les médecins signalent des relations difficiles avec certains professionnels de santé, comme les infirmières et les endocrinologues.

Les « guidelines » sont souvent consacrées à la gestion d'une seule pathologie et ne prennent pas en compte le problème de la multi-morbidité (63). Ce problème est accentué par l'implication de multiples spécialistes qui chacun accentue l'importance de respecter « son guideline » (63). Une hiérarchisation des prises en charge est nécessaire mais les médecins généralistes ne se sentent pas habilités à le faire (63).

L'éducation des patients et des soignants, et une communication étroite entre les équipes de soins hospitaliers et ambulatoires sont essentielles pour assurer la sécurité des patients et réduire le taux de réadmission (38).

9. / Pistes d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées diabétiques

Les médecins interviewés évoquent des pistes d'amélioration pour optimiser leur prise en charge des personnes âgées diabétiques.

9.1 Travail multidisciplinaire

Ils évoquent la nécessité d'un travail multidisciplinaire et d'une formation régulière; ainsi que l'organisation de consultations plus longues.

Le schéma thérapeutique chez les personnes âgées diabétiques ayant des hypoglycémies sévères ou fréquentes, devrait être discuté avec un endocrinologue ou un diabétologue, et les soignants devraient avoir des contacts plus fréquents avec les équipes médicales, notamment lors des phases d'ajustement du traitement (III B) (6).

Les équipes de gériatrie disposent de plus d'expérience pour réaliser une évaluation gériatologique que les diabétologues, ce qui démontre l'intérêt d'une bonne collaboration entre ces deux disciplines au profit de ces si nombreux malades (142).

9.2 Formation régulière

Les médecins expliquent avoir besoin d'informations sur le rapport bénéfices / risques des traitements à visée préventive chez les personnes très âgées (61).

Ils déplorent également le manque d'arbre décisionnel spécifiquement consacré aux traitements anti diabétiques (143).

9.3 Approche centrée patient

L'approche centrée patient allie une approche bio-psycho-sociale du patient, une exploration de l'expérience du malade et une réflexivité du médecin. Cela permet une compréhension commune entre le médecin et le patient sur les problématiques et sur le partage des décisions. Cette approche a pour objectif de majorer l'alliance thérapeutique, l'acceptation de la maladie et l'implication du patient dans sa prise en charge. Tout ceci permet de favoriser la prise en charge éducative du patient (144).

Par ailleurs, une revue de la littérature (145) a montré que les interventions éducatives permettent une réduction de la valeur de l'hémoglobine glyquée jusqu'à 1%.

Cette approche centrée patient est ainsi une piste intéressante pour favoriser l'équilibre glycémique sans ou en complément d'une prise en charge médicamenteuse.

C'est pour cela qu'elle est enseignée aux internes de médecine générale via la marguerite des compétences.

10. / Biais et limites

10.1 Biais d'investigation liés au chercheur

Notre pratique s'est construite à partir de la lecture des deux ouvrages de Kaufman (146, 147) et d'autres thèses basées sur une analyse qualitative des données.

Nos liens avec les médecins interviewés n'étaient pas tous les mêmes : certains étaient d'anciens maîtres de stage, alors que d'autres étaient totalement inconnus. La singularité de chaque interaction enquêteur – enquêté ainsi que l'impossibilité de conserver une attitude strictement neutre, ne permettent pas d'assurer la reproductibilité exacte des conditions de l'entretien, mais nous pensons que cela peut favoriser en contrepartie la diversification et l'enrichissement du matériau.

De plus, la sensibilité du chercheur influence de manière incompressible sa façon d'interpréter les données recueillies.

Nous précisons que ces perceptions subjectives ont laissé place au cours de notre travail à une interprétation plus objective, du fait de l'anonymisation des données et de l'analyse par thématiques qui fractionne et mêle le contenu des différents entretiens.

10.2 Biais d'échantillonnage

Notre étude qualitative a été réalisée sur un petit échantillon, qui ne peut donc pas répondre aux mêmes exigences en termes de représentativité de la population étudiée que les études quantitatives. Nous avons tenté de pondérer certains critères afin « d'éviter un déséquilibre manifeste de l'échantillon et des oublis de grandes catégories » (146).

La forme de l'entretien « face à face », la présence du microphone, notre position « d'enquêteur », et parfois notre connaissance passée de l'interviewé ont pu constituer des limites à la sincérité de ses propos, bien que nous ayons été finalement assez étonnés de leur aisance et de leur facilité à exprimer leurs opinions sur les sujets abordés.

Nous avons tenté de minimiser les éventuelles tensions inhérentes aux conditions de l'entretien :

- date et heure du rendez-vous choisies par le médecin

- lieu connu et rassurant (leur cabinet médical), sans facteur stressant lié à la nécessité de prendre un transport pour se rendre à un autre point de rencontre
- attitude sympathique, accessibilité et ouverture d'esprit

Dans cette optique, nous avons tenté de regrouper parmi les médecins interviewés, plusieurs types d'exercices selon le lieu d'installation, le niveau d'implication dans l'enseignement universitaire, ou dans la vie associative en lien avec la pathologie étudiée...

10.3 Biais de recrutement

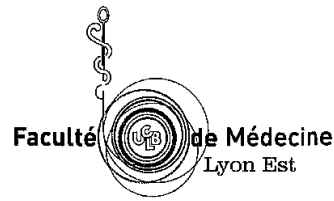
La méthode de recrutement des médecins n'a pas suivi un schéma pré établi et pourrait être qualifiée d'opportuniste : les personnes contactées ont été sélectionnées plus sur des critères de convenance personnelle que méthodologiques (médecins connus, proches de notre lieu de travail ou de notre lieu de vie).

Nous pensons que cela n'est pas incompatible avec le respect des règles méthodologiques de l'entretien compréhensif. Nous sommes en effet parvenus à diversifier notre échantillon et à obtenir un matériau suffisamment riche pour nous permettre de répondre au moins en partie à notre question de recherche.

10.4 Biais d'interprétation (fiabilité, validité, crédibilité)

Le matériau recueilli a été analysé sans recours à des logiciels spécifiques, ce qui pose le problème de la fiabilité des résultats avec le risque d'« interprétations abusives ». Nous avons tenté de remédier à ce biais en réalisant une analyse d'abord individuelle puis collective en réunissant nos trois perspectives (celle du directeur de thèse et celles des deux investigateurs). L'objectif était de laisser les hypothèses se construire à partir des éléments recueillis (Grounded Theory), mais leur validation nécessiterait une confrontation à d'autres points de vue.

Nous aurions également pu procéder à la validation de notre analyse par les répondants « member checking » afin d'approfondir la réflexivité sur le Soi professionnel.



Nom, prénom du candidat : Ducroux, Adrien

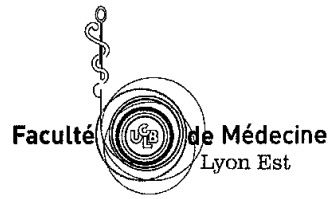
CONCLUSIONS

L'objectif principal de cette thèse était décrire les perceptions qu'ont les médecins généralistes vis-à-vis des critères de prise en charge du patient âgé diabétique de type 2. L'objectif secondaire était de repérer les difficultés rencontrées dans leurs démarches thérapeutiques afin de réfléchir à l'amélioration des pratiques et la qualité des soins. Pour ce faire nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Les médecins interviewés proposaient d'optimiser la prise en charge thérapeutique des sujets âgés diabétiques en se basant sur l'évaluation de leur comorbidité (fonction rénale) et de certains syndromes gériatriques (troubles cognitifs, dénutrition, dépendance...). Ils déterminaient une valeur d'HbA1c d'autant moins strict que le niveau de comorbidité et de dépendance était élevé. Nous avons cependant mis en évidence un manque de reproductibilité des évaluations gériatriques en l'absence d'utilisation d'outils standardisés par les médecins généralistes interviewés.

Cette évaluation incomplète pouvait contribuer à sur estimer les objectifs du traitement. Pourtant les objectifs thérapeutiques déterminés par la valeur cible de l'hémoglobine glyquée étaient personnalisés par les médecins. Ces valeurs cibles étaient généralement supérieures à 8% d'hémoglobine glyquée.

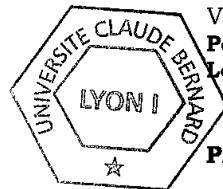
Mais en pratique quand les hémoglobines glyquées étaient inférieures aux valeurs cibles correspondant à un niveau de comorbidité important, les traitements n'étaient pas toujours réévalués à la baisse. Ceci pouvait être expliqué en partie par les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge du diabète de type 2 du sujet âgé. Ces difficultés concernaient la gestion de la poly pathologie et le contexte socio-environnemental en particulier pour les patients en EHPAD.



Plusieurs axes ont été mis en place spontanément par les médecins pour limiter ces difficultés. On pouvait citer l'optimisation de la prise en charge thérapeutique grâce à une approche centrée sur patient et le recours à d'autres professionnels de santé comme les infirmières ou les spécialistes diabétologues.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Loïc ALAN



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **07 JUN 2018**

Annexes

1. / Annexes n°1 : canevas

1.1 Canevas d'entretien n°1

- Caractéristiques du médecin:
 - o Age,
 - o Sexe,
 - o Année d'installation
 - o Lieu d'installation
 - o Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ?
 - o Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ?
 - o Type de patientèle :
 - Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2
 - Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans
 - Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans
- 1/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé ?
 - o Le degré d'autonomie
 - o Les comorbidités
- 2/ Quels sont les paramètres de surveillance de ce type de patient ?
 - o Clinique : Poids, pied, pouls
 - o Biologique : Créatinine, fonction rénale (formule ?), HbA1c
 - o Paraclinique : FO, ECG
- 3/ Est-il possible de faire une surveillance des complications du diabète chez le sujet âgé identique à celle chez le sujet jeune ?
- 4/Quels sont les paramètres pris en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients âgés diabétiques de type 2 ?
 - o Est-ce que vous leur conseillez des RHD ?
 - o Est-ce que vous instaurez un ADO ?
 - o Est-ce que vous instaurez de l'insuline ?
 - o Pour instaurer de l'insuline, quels éléments, paramètres, prenez-vous en compte dans votre décision ?
- 5/Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour la modification du traitement ?
- 6/Quels sont vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?
- 7/Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ?
 - o Grille / score ? ADL, IADL, MNA, GDS, MMS
 - o Comment évaluer vous la dépendance ?

- 8/Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés, en quoi cette prise en charge diffère avec le sujet jeune ?
 - o Surveillance
 - o Complications
 - o Traitement
- 9/ Comment faites-vous pour prendre en charge des sujet âgés diabétiques en EHPAD ?
- 10/Pouvez-vous nous parler de votre dernier patient diabétique ?
 - o Caractéristiques du patient :
 - Age
 - Lieu de vie
 - Suivi en consultation à domicile ou au cabinet
 - Suivi en collaboration avec un diabétologue
 - Durée d'évolution diabète
 - Complications et FRCV
 - traitement en cours : ADO, insuline, RHD
 - Surveillance glycémie au domicile
 - Fréquence de surveillance de l'HbA1c
 - Valeur de la dernière HbA1c
 - o Prise en charge du médecin généraliste :
 - Que pensez-vous de cette valeur d'HbA1c ?
 - Est-ce que vous avez modifié récemment son traitement et pour quel (s) motif (s) ?
 - Quelles complications du diabète ont pu interférer avec la prise en charge de ce patient ?
 - Hypoglycémies
 - Insuffisance rénale
 - Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient?
Si « fragile » ou « dépendant », faire préciser pourquoi il le considère comme ça, sens clinique ? Score?
Dépendant : ADL < 3/6 et atteinte des IADL ;
Fragilité : échelle FRIED.
- 10/ Echanges libres à l'issue de l'entretien au sujet du thème abordé, de la réflexivité suscitée par les différentes questions posées, de la connaissance et de l'opinion vis-à-vis des dernières recommandations, des difficultés rencontrées et des éléments qui pourraient permettre d'améliorer la prise en charge des patients âgés diabétiques de type 2 suivis en médecine générale.

1.2 Canevas d'entretien n°2

Caractéristiques du médecin :

- Age,
- Sexe,
- Année d'installation
- Lieu d'installation
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ?
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ?
- Type de patientèle :
 - Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2
 - Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans
 - Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans

1/Pouvez-vous nous parler de votre dernier patient âgé diabétique ?

- Caractéristiques du patient :
 - Age
 - Lieu de vie
 - Suivi en consultation à domicile ou au cabinet
 - Suivi en collaboration avec un diabétologue
 - Durée d'évolution diabète
 - Complications et FRCV
 - Traitement en cours : ADO, insuline, RHD
 - Surveillance glycémie au domicile
 - Fréquence de surveillance de l'HbA1c
 - Valeur de la dernière HbA1c
 - paramètres gériatriques :
 - Le niveau d'autonomie (capacités fonctionnelles, activités de la vie quotidienne, niveau de dépendance),
 - La présence de troubles cognitifs
 - Le statut nutritionnel
- Prise en charge du médecin généraliste :
 - Que pensez-vous de cette valeur d'HbA1c ?
 - Est-ce que vous avez modifié récemment son traitement et pour quel (s) motif (s) ?
 - Quelles complications du diabète ont pu interférer avec la prise en charge de ce patient ?
 - Hypoglycémies
 - Insuffisance rénale
 - Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient ?
 - Si « fragile » ou « dépendant », faire préciser pourquoi il le considère comme ça, sens clinique ? Score?
 - Dépendant : ADL < 3/6 et atteinte des IADL ;
 - Fragilité : échelle FRIED.

2/ Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

- Pourquoi ?
- Sur quoi vous basez-vous ?

3/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé ?

- Le degré d'autonomie
- Les comorbidités

4/ Quels sont les paramètres de surveillance de ce type de patient ?

- Clinique : Poids, pied, pouls
- Biologique : Créatinine, fonction rénale (formule ?), HbA1c
- Paraclinique : FO, ECG

5/ Comment surveillez-vous les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au chez le sujet jeune ?

6/ Quels sont les paramètres pris en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients âgés diabétiques de type 2 ?

- Est-ce que vous leur conseillez des RHD ?
- Est-ce que vous instaurez un ADO ?
- Est-ce que vous instaurez de l'insuline ?
- Pour instaurer de l'insuline, quels éléments, paramètres, prenez-vous en compte dans votre décision ?

7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour la modification du traitement ?

8/ Quels sont vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

9 / Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

10/ Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ?

- Grille / score ? ADL, IADL, MNA, GDS, MMS
- Comment évaluez-vous la dépendance ?
- Si non, pourquoi ?

11/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés, en quoi cette prise en charge diffère avec le sujet jeune ?

- Surveillance
- Complications
- Traitement

12/ Comment faites-vous pour prendre en charge des sujets âgés diabétiques en EHPAD ?

13/ Echanges libres à l'issue de l'entretien au sujet du thème abordé, de la réflexivité suscitée par les différentes questions posées, de la connaissance et de l'opinion vis-à-vis des dernières recommandations, des difficultés rencontrées et des éléments qui pourraient permettre d'améliorer la prise en charge des patients âgés diabétiques de type 2 suivis en médecine générale.

2. / Annexe n°2 : entretiens

1er entretien: MG1

Durée: 25 min

Caractéristiques du médecin :

- Age: 31 ans
- sexe: féminin
- année d'installation: 2015
- Lieu d'installation: Arnas
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: non
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2: j'en sais rien, tu peux couper île truc qu'on regarde (*elle consulte son ordinateur mais ne retrouve pas ses données statistiques*). Je dirais au moins une centaine

Et tu suis combien de patients au total ? (*elle consulte son ordinateur*): 933

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie): plus de 75 ans, je dirais pas la moitié. Je dirais...15 %.

Ah oui? Tu as une patientèle jeune! Oui j'ai beaucoup de jeunes, mais j'ai quand même des vieux hein...mais... (*soupire*). J'ai beaucoup de plus de 60 ans. Plus de 75 ans, c'est déjà plus rare. Peut-être 20%, peut-être 20%. Mais je suis pas...

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: (*soupire*). On va descendre à 10%.

1/ Pouvez-vous me parler de votre dernier patient âgé diabétique?

Euh...

Tu n'en n'as peut-être pas beaucoup.

Euh... J'ai le droit d'aller rechercher ? (*Elle consulte son ordinateur*). Alors... Qui est-ce que j'ai vu... (*Elle réfléchit en regardant la liste de ses derniers patients vus en consultation*). C'est quoi que tu appelles âgés? Plus de 75 ans?

Oui plus de 70 ans si c'est trop compliqué...

Mme ***...Ah, j'en ai vu deux, tiens. Ah, oui!!! Mr **, tiens, c'était intéressant mercredi soir. C'est un Mr... Ah, mais il n'est pas très vieux Mr **. Sinon il y a Mme **. Mme **, elle a 72 ans. Donc ça va, 72 ans.

Caractéristiques du patient:

Age: 72 ans

Lieu de vie: chez elle

Suivie en consultation au cabinet

Pas de suivi conjoint avec un diabétologue

Diabète évoluant depuis 1998

Est-ce qu'elle a des complications? Euh... Non.

Qu'est-ce que tu peux me dire à son sujet? Que là, on a mis un protocole de Lantus en place parce qu'en fait, elle a une insuffisance rénale, et du coup, on a dû lui supprimer la metformine.

Et donc en remplacement tu as mis... J'ai mis un peu de Lantus, oui.

Lantus le matin ou le soir? J'ai mis le matin, j'ai mis le matin.

Et pourquoi pour toi le matin? C'était plus pratique pour elle, au niveau du passage des infirmières, tout ça.

D'accord. Et euh... Est-ce qu'elle a une surveillance glycémique du coup à domicile? Et du coup ouais, j'ai mis en place des glycémies le matin oui. En sachant que ça, elle savait déjà faire.

Et tu lui as mis quand même pour euh...par une infirmière ?

Non, enfin... J'ai mis un protocole à équilibrer mais non, ça, elle va se le faire toute seule, ouais.

D'accord. Tous les combien tu la surveilles l'hémoglobine glyquée? Tous les trois mois.

Et la dernière valeur de la dame? La dernière valeur de la dame, je le connais pas par coeur (*elle regarde le dossier informatisé de la patiente tout en poursuivant la conversation*). Je crois qu'on n'est pas trop dans les clous parce qu'elle a un cancer en ce moment et du coup...du coup, c'est le cancer qui prime (*sourire*). Attends je vais te la donner, elle ne doit pas être bien vieille. C'était pas terrible je crois. Euh... Si, 27 mai, c'est pas si vieux que ça! On est juste un peu en retard. 27 mai: 7,7%.

Et ça va? ça va, mais entre-temps, après, on a arrêté la metformine, machin...donc c'est un peu parti en cacahuète (*rires*).

Et à part la Lantus, elle a d'autres traitements? Oui, du coup oui. Elle a de la Lantus, et du coup elle a plein d'autres choses... (*Elle regarde le dossier informatisé de la patiente*)

Au niveau du diabète...

Ouais, ouais, au niveau du diabète. Euh... Son renouvellement il est là...Elle a du glicazide, 3 comprimés de 30, 3 comprimés le matin

Ok. Et qu'est-ce que tu pourrais me dire au sujet de ses paramètres gériatriques?

C'est quoi que t'appelles les paramètres gériatriques?

Ben par exemple, l'autonomie, les troubles cognitifs, euh..

Non, non, elle est bien.

Pas de troubles cognitifs?

Non, elle est tout à fait autonome, pas de troubles cognitifs. Elle a eu une évaluation l'année passée en gériatrie, elle a eu une évaluation... Non, elle est bien sinon.

Et au niveau nutritionnel?

Et au niveau nutritionnel, euh... (*Soupire*). Ben là, c'est pas le diabète qui va rentrer en compte parce que du coup, on est perturbé par son... On est perturbé par son cancer. Peut-être que... J'ai dû... Je dois avoir une albumine là, qui traîne quelque part, mais euh... (*Elle consulte son ordinateur*) qui était normale. Albumine 35,3.

C'était quand?

Le 14 septembre

Par rapport à sa valeur d'hémoglobine glyquée que tu m'as dite là, tu en penses quoi toi?

Oh ben c'est pas mal. Alors après...72 ans... Si elle a des comorbidités de toute façon, elle a un cancer, tout ça, donc oui, oui, c'est pas mal.

Et pour toi ce serait quoi l'objectif?

Moi j'aimerais mieux qu'elle ait euh... j'aimerais mieux qu'elle ait 7,5%, mais bon... Moi j'aurais plutôt aimé 7,5% comme objectif pour elle: elle a 72 ans euh... Si on... En fait, avant son cancer, elle allait plutôt bien, donc euh...

D'accord, tu te bases en fait plus sur son niveau d'autonomie euh...

Ouais

Ok

Donc tu m'as expliqué que tu avais modifié son traitement parce qu'il y avait une insuffisance rénale...

Oui

Est ce qu'il y a d'autres complications du diabète qui ont pu..? qui interfèrent avec sa prise en charge?

Mmm...Ben là, l'insuffisance rénale ouais. Après... euh... son cancer, parce que ça va nous modifier... Si effectivement c'est un truc pas curable, je pense qu'on aura un objectif un peu moins strict quoi sur son diabète quoi.

D'accord. Est-ce qu'elle fait des hypoglycémies?

Euh...non.

Et comment tu le sais quelle ne fait pas d'hypoglycémies?

Je viens de mettre le protocole en même temps, donc j'en sais rien là pour l'instant (*rires*). Et après, elle a ... Elle a son dextro chez elle, elle peut se faire des glycémies capillaires...

Si elle ne se sent pas bien, elle est capable de... de le faire toute seule

Oui

Quel adjectif tu utiliserais pour définir cette patiente?

Mmm... (*Réflexion en silence durant quelques secondes*). Je la définirais comme euh... (*Soupire*). Par rapport à son diabète hein?

Ouais, ou, plus globalement: est-ce qu'elle est fragile, dépendante (*le médecin m'interrompt*)
Elle est fragile (*intonation de voix ferme*)

Elle est fragile tu dirais... Et pourquoi tu dis « fragile »? (*Le médecin me regarde avec un air interrogatif*) **Par rapport au cancer?**

Plus pour le cancer que par rapport au diabète ouais.

Et pour l'instant, elle a perdu de l'autonomie ou pas spécialement?

Non, non ça va, non.

Il n'y a pas d'aides à la maison en plus, euh...

Si, puisqu'elle a les infirmières...Et elle a une hydratation toutes les nuits

D'accord

Trois nuits par semaine, hydrat' trois nuits par semaine maintenant.

Ok. Alors maintenant, on parle plus généralement

2/ Est-ce que vous adapter la prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

Oui

Ouais? Et pourquoi?

Parce que j'ai pas le même objectif déjà, je suis moins stricte. Après parce qu'il faut tenir compte de... de pleins d'autres paramètres. Bah... on reparlait de la fonction rénale, euh...souvent tu peux avoir une insuffisance rénale

Mmm

Euh... Ouais, mais ouais, puis par rapport à...ouais surtout par rapport à leur autonomie, par rapport à...voilà. A la prise des médicaments: est-ce qu'ils en ont déjà beaucoup, ou est-ce que...par rapport à leur observance.

D'accord.

3/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé?

(*Le médecin me regarde l'air interrogatif*)

Avant de choisir le traitement par exemple euh... Voilà, tu me dis que tu vas prendre en compte la fonction rénale, l'autonomie, les troubles cognitifs, tout ça...

Oui

Est-ce qu'il y a d'autres paramètres encore?

(*Silence de 2 secondes*). Ben le...le taux d'hémoglobine glyquée. Enfin après, sur les chiffres quoi! je m'adapte sur le taux d'hémoglobine glyquée ouais.

Ok

4/ Quels sont les paramètres de surveillance de ce type de patients âgés?

Sur quoi tu te bases?

Sur quoi je me base? Surtout sur l'hémoglobine glyquée moi.

Et est-ce qu'il y a d'autres choses? (*Silence*). **Qu'est-ce que tu surveilles chez le patient âgé?**

Ben après, moi je leur surveille la bio, euh...

Et quoi sur la bio par exemple?

Ah, alors moi je fais une NF tous les ans, je fais ma créat', ma microalbuminurie, euh.. Ah, est-ce que je surveille le cholestérol ? C'est ça la question après derrière aussi?

Ça peut

Euh, (*soupire*), ouais, mais euh...passé un certain âge, le cholestérol, je suis un peu moins stricte.

Et à partir de quel âge tu te donnes comme limite pour euh...

80, 85 ans, ça dépend après de leur euh...

Est-ce que tu surveilles le bilan nutritionnel?

Pas tellement (*intonation de voix basse, puis plus haute après un silence de quelques secondes*). Sur quelqu'un, oui, qui va commencer, qui va me dire qu'il mange moins bien, que tout ça, oui. Mais sinon, pas tellement.

Et le poids?

Oui, poids tout le temps, à toutes les consultations, tous les trois mois.

D'accord

5/ Comment surveillez-vous les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

Est-ce que tu fais la même surveillance?

Ouais. Je fais des dopplers...euh...

Fond d'oeil?

Fond d'oeil tous les ans oui.

Ok. Quelque soit leur autonomie, tu fais tout pareil.

(*Silence de 2 secondes*) J'ai peu de...j'ai peu de patients qui sont vraiment plus euh... Effectivement, un patient qui pourra pas de toute façon se déplacer et où tu viens en visite à domicile, il aura pas son fond d'oeil quoi.

6/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients âgés diabétiques de type 2?

Euh...

Est-ce que par exemple dès le départ tu lui conseilles des...des règles hygiéno-diététiques?

Oui. J'essaie, de leur dire de changer leur alimentation, de faire un peu d'activité physique. Et puis si ça marche pas euh...je mets un antidiabétique. Souvent je commence par la metformine si c'est possible, et si il le tolère bien.

Ouais

Parce que souvent, j'ai un problème de tolérance quand même avec la metformine.

Sur le plan digestif?

Ouais

Et qu'est-ce qu'ils te disent, eux, quand tu leur demandes de changer leur alimentation?

(*Silence*) Tu as l'impression qu'ils le font, que c'est dur, que c'est...?

C'est compliqué chez les personnes âgées de changer les habitudes alimentaires qu'ils ont eu depuis...des années. Euh...

Ils te le disent ouvertement? Ou ils te disent « on va le faire », et puis euh...

Souvent, ils me disent « on va essayer », et puis le coup d'après, quand en fait on interroge, ben on voit qu'il n'y a pas grand-chose qui a changé. On s'aperçoit que c'est compliqué quoi.

Mmm. parce qu'ils n'ont pas envie? Parce qu'ils n'y arrivent pas? Comment tu expliques ça?

(*Silence*) Je pense pas que ce soit qu'ils n'aient pas envie. Je pense que (silence puis soupire). Ouais, ils sont... (*Silence puis soupire*). Je pense que ça les prive trop.

Ouais, c'est pas leur priorité quoi.

Ouais, ouais.

D'accord. Et sur quoi tu vas te baser pour dire « ben tiens, je vais mettre de l'insuline », et comment tu vas l'instaurer?

Sur mon taux d'hémoglobine glyquée (*intonation de voix basse*). Sur mon objectif euh... (*Puis intonation de voix plus élevée*). Ben alors après ouais, on en revient à la patiente d'avant, où ben si mes antidiabétiques oraux, ben, euh... si j'ai des... Si ils le supportent pas, ou si j'ai des contre-indications, sur mes antidiabétiques oraux. Mais après je vais le faire selon...mon taux d'hémoglobine glyquée ouais (*intonation de voix plus basse en fin de phrase*). Et moi, je mets de la Lantus.

Un peu le même raisonnement que chez un patient plus jeune en fait?

Ouais. Ouais.

Et si il est plus dépendant par exemple, est-ce que...tu vas hésiter à mettre de l'insuline?

Ou si jamais il est dément, ou...

Non, parce que je ferai gérer par les infirmières.

D'accord.

7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour la modification du traitement?

Tu te bases que sur l'hémoglobine glyquée ou sur autre chose?

(Silence de 4 secondes puis intonation de voix basse). Ouais, moi je me base sur l'hémoglobine glyquée.

Et ça t'es déjà arrivé, par exemple, que le patient soit sous insuline et que, il soit âgé, qu'il en ait marre de l'insuline?

(Silence) ça leur fait peur surtout l'insuline. Euh...pas tellement qu'ils en aient marre. Une fois que c'est mis en place, souvent, en fait, c'est assez bien accepté. Mais euh...mais c'est surtout au démarrage souvent que ça leur fait un peu peur.

Et est-ce que le fait qu'ils refusent, ou qu'ils soient plutôt opposés, toi tu vas plutôt insister, ou tu vas... Qu'est ce qui fait que tu vas...essayer de le mettre vraiment, ou tu vas...

Souvent, je les prépare en fait. Souvent, on voit que les chiffres montent un peu. On commence à leur dire « ouais, vous savez que là, enfin voilà...Va falloir peut-être passer à de l'insuline, ou... ». Le diabète, c'est quand même quelque chose qui fait quand même assez peur chez la personne âgée et du coup, normalement, ils acceptent assez bien. J'essaie de faire quelque chose le moins contraignant possible pour eux quoi.

Et ça leur fait plus peur que ça fait peur à une personne plus jeune, tu penses?

(Mimique faciale). Non.

C'est pareil?

Mmm

Et pareil, l'acceptation de l'insuline, plutôt pareil chez les jeunes que chez les vieux?

Ouais. Souvent ils ont des gens autour d'eux qui ont déjà de l'insuline. Ils disent « oh, oui, je sais comment ça marche », machin...

Et il en a beaucoup qui se la font eux même ou...?

Euh... Moi j'en ai quand même quelques-uns qui se la font eux même, ouais.

D'accord.

8/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités?

(Silence de 4 secondes). Des fois ils sont trop traités.

Un exemple?

Surtout sur le cholestérol.

Ouais

J'ai plein de vieux de plus de 80 - 85 ans qui ont une stationne, euh...enfin voilà. Je pense pas...ça n'a pas...ça n'a plus un grand intérêt quoi.

Et toi, tu prends la décision d'arrêter ?

Ça m'arrive, oui.

Et pour le diabète? Chez quelqu'un de plus de 80 ans, tu...tu vas juger comment?

Je suis moins stricte de toute façon.

Par exemple quelqu'un qui est relativement autonome plus de 80 ans, tu mettras combien comme objectif, en hémoglobine glyquée?

En objectif? Si il est vraiment autonome?

Oui

Oh ben j'essaie d'aller à 7% quand même.

D'accord, et si il a...si il est un peu dépendant, enfin un peu fragile?

Les plus fragiles, je serais plus autour de 7,5 - 8, quoi. Je serais plutôt un peu plus tolérante.

Et dépendants?

8 (sourire)

9/ Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ?

Est-ce que tu te bases sur des grilles d'évaluation gériatriques pour évaluer la dépendance par exemple?

Non mais...

Tu sais, le MMS, le score...

Alors le MMS, ouais, ça je le fais. Mais je les fais pas trop ça, les grilles ADL, IADL, euh...non. Le GDS, si, ça m'est déjà arrivé de le faire.

Et comment tu évalues la dépendance?

Sur chez eux, comment ça se passe, comment tu les vois marcher au cabinet, sur euh...voilà. Qu'est-ce qu'ils te disent, ce que tu leur demandes. Est-ce que pour prendre la douche, ça va? Est-ce que, pour faire les courses, qui est-ce qui fait les courses? Qui est-ce qui fait le ménage chez vous? Qui est) ce qui vous fait à manger? En fait, c'est la grille IADL mais un peu...en fait voilà. On leur pose les questions quoi.

Moins formelle quoi

Ouais

10/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés, et en quoi cette prise en charge diffère de celle du sujet jeune?

Non

Au niveau de la surveillance, de l'instauration des traitements, de la surveillance des complications...

Non, non. Pas spécialement.

Ok.

12/ Comment faites-vous pour prendre en charge les patients âgés diabétiques en EHPAD?

Je ne suis pas de patients en EHPAD

Est-ce que ça t'es déjà arrivé d'hospitaliser des patients âgés diabétiques?

Pour euh...lié au diabète?

Oui

Oui j'ai un monsieur, qui doit pas être hyper âgés mais quand même qui doit bien avoir entre 70 et 75 ans, qui avait eu un coma hypoglycémique.

D'accord.

Et qu'est-ce que j'ai fait après? C'est ça qui va être intéressant? Euh...j'avais fait un hôpital de jour en endocrine pour adapter les traitements et revoir son insuline, tout ça

D'accord. Mais toi tu n'es pas trop confrontée aux problèmes d'EHPAD euh...

Non.

Par rapport aux personnes âgées que tu as à domicile, est-ce que les infirmières t'alertent parfois sur des hypoglycémies, des choses comme ça?

Non... Enfin, si c'était le cas, oui, elles l'alerteraient en tout cas.

13/ Echanges libres à l'issue de l'entretien:

Et est-ce que tu peux me parler du sujet: est-ce que tu te sens en difficultés par rapport aux diabétiques âgés, ou pas spécialement...enfin, tu n'en as pas beaucoup dans ta patientèle donc euh...

Ouais, moi j'en n'ai pas tellement ouais. Euh... Est-ce que je me sens en difficulté? Non, pas particulièrement. Après, c'est vrai qu'il y a toujours cette histoire du passage à l'insuline quand même hein. C'est ce passage à l'insuline quand même qui devient délicat, où on voit l'hémoglobine glyquée qui monte et on se dit, est-ce qu'on y passe, est-ce qu'on n'y passe pas, est-ce que... Voilà, qu'est-ce qu'on fait quoi?

Tu te poses peut-être plus de questions pour intensifier le traitement...

Ouais, voilà! C'est plus ça.

Et as-tu connaissance des dernières recommandations des objectifs glycémiques, enfin d'hémoglobine glyquée?

Ouais, moi je... Je sais pas si c'est les dernières reco. Moi j'ai une petite pompe euh...je sais plus de quand ça date ça. Tu as des petits tableaux... *(Le médecin sort de son tiroir quelques feuilles imprimées correspondant aux dernières recommandations de la HAS)*. Patients âgés, dépendants, euh... Moi je regarde ça. je sais plus, c'est la HAS, mais je sais plus de quelle année ça date. 2009, 2010?

Est-ce que tu aurais des idées pour améliorer...même si tu n'y es pas trop confrontée. Tu en as peut-être déjà parlé avec tes collègues. Qu'est-ce que tu penses de l'ama prise en charge des diabétiques âgés? Est-ce que vous êtes assez formés là-dessus?

Non, je pense qu'on n'est pas tellement formés. Euh...

Pour les traitements?

Ouais, ouais. Pour quel traitement, à quel moment, quelles modalités? Des protocoles simples et tout. Non, je pense qu'on n'est pas très bien...pas très bien formés. Il y a aussi plein de nouveaux médicaments, et euh...

Que t'hésiteras plus à mettre chez la personne âgée ?

Ouais, complètement. Ouais je pense complètement.

Et que tu mettais peut-être plus facilement chez quelqu'un de jeune?

Ouais je sais pas *(rires)*

Tu te bases surtout sur les vieilles molécules euh...

Ouais, ouais. je sais pas, les endocs ils en mettent...moi je...Ouais, je lis plein de trucs dessus, mais je suis pas... Je suis pas très à l'aise et je pense que j'hésiterai encore plus chez la personne âgée quand même un peu fragile déjà ouais.

Et tu fais des FMC à ce sujet-là?

On avait fait une FMC, sur de la gériatrie, mais ça fait un moment qu'on n'a pas eu un sujet de gériatrie, mais euh... Je fais des FMC et on avait eu un truc sur le diabète il n'y a pas très longtemps.

A chaque fois, ils traitent un peu de gériatrie, ou...?

Pas spécialement.

Qui est-ce qui l'organisait?

C'est une des endocs.

De l'hôpital à coté?

Oui

Mais c'est vrai que la gériatrie, c'est compliqué. Et avec une consultation de mêmes 20 minutes, on n'arrive pas toujours à tout faire. Tu vois par exemple, Mr ***, j'ai pas encore réussi à refaire le tour de tout son dossier. Chaque fois qu'il vient, il faut penser à un milliard de trucs, son insuffisance rénale, sa cardiopathie, son diabète, son néo du colon... et à la fin, j'ai toujours l'impression d'en avoir oublié. En plus, il est négligeant.

Il faudrait des consultations de gériatrie pour refaire le point et cibler des objectifs thérapeutiques et de suivi destinés aux médecins généralistes, comme une feuille de route?

Ouais ça serait bien ça!

Entretien n°2 : MG2

Durée: 30 min14

Caractéristiques du médecin:

- âge: 58 ans
- Sexe: masculin
- Année d'installation: 1986
- Lieu d'installation: Anse
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: titulaire du DU de médecin coordonnateur et ancien médecin coordonnateur d'EHPAD

- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients âgés diabétique de type 2 ? Très sincèrement, aucune idée
Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans ? (*Rires*). J'avoue que... j'en sais rien. Alors, euh...proportion, j'en n'ai aucune idée. Je sais pas, ça. On doit pouvoir le trouver ça, le nombre de patients qu'on a en...

Vous avez une patientèle qui est plutôt jeune ou... ? Alors, j'ai..j'ai un peu les deux extrémités. C'est-à-dire qu'en fait j'ai des... J'ai beaucoup d'enfants, et j'ai aussi des personnes âgées. J'ai moins de personnes intermédiaires.

Et « âgées », pour vous, c'est à partir de quel âge? Oh, à partir de 75 - 70 ans, ouais, 70 ans.
Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 de plus de 75 ans ?

1/ Pouvez-vous me parler de votre dernier patient âgé diabétique?

(*Il réfléchit quelques secondes*). Je pense que c'est ce matin. Mais comme ça...

Vous avez le droit de regarder sur votre ordinateur.

Je peux juste regarder? (*Rires*). C'est comme ça. Moi je suis comme ça, c'est-à-dire que quand on est sorti de la consultation, je ne sais plus, je ne sais même plus qui j'ai vu ce matin. (*Rires*). Donc euh... Je crois bien que j'en ai vu un ce matin (*il consulte son ordinateur*). Euh... Oui, j'en ai vu un.

Il a quel âge?

Il a 79.

Est-ce que vous pourriez m'en parler un petit peu? Après, je vous guiderai par rapport à certaines questions, mais...

Oui, alors, euh... C'est un patient qui a un diabète léger, etcétera, qui est suivi, qui était suivi lui jusqu'à présent par un endocrinologue, et je me suis bagarré parce que les objectifs étaient pas les mêmes. C'est-à-dire que cette diabétologue disait qu'il fallait qu'il soit en dessous de 6% d'hémoglobine glyquée, et puis moi je lui (*rires*), je lui...euh...je lui disais que, que ça n'avait pas d'intérêt d'être à 6%, et que...avec une hémoglobine glyquée autour de 7%, ce qu'il a actuellement, c'était largement suffisant comme objectif. Voilà, donc euh...alors entre temps, il a changé de diabétologue, il va en voir une nouvelle, donc on va voir.

Et quand vous dites « diabète léger », qu'est-ce que vous entendez par là?

Ben, il a... Il doit avoir un comprimé de...il doit avoir un...de gli...machin

Un ADO, oui

Ouais un ADO, euh... Une seule prise par jour, et... Un par jour avec une hémoglobine glyquée qui tourne autour de 7.

« Léger », pour vous, c'est plus par rapport à l'intensité du traitement ?

C'est plus par rapport, ben, à l'intensité du traitement et à l'équilibre euh...diabétique qu'on a. C'est-à-dire que... Alors, on peut dire que quelqu'un qui a une triple euh... C'est un peu compliqué. **C'est-à-dire que quelqu'un qui a un triple traitement pour une hémoglobine glyquée qui serait dans les normes, est-ce que c'est « léger »? Est-ce que c'est « pas léger »?** Je sais pas. (*Rires*).

C'est un patient que vous suivez à votre cabinet, pas à domicile?

Oui, non, au cabinet, oui.

Depuis combien de temps est-il diabétique, à peu près ?

Je crois que ça doit faire une dizaine d'années à peu près.

Et est-ce qu'il a des complications, des gros facteurs de risques cardiovasculaires?

Non. Alors il n'a pas de facteur de risque, il n'a pas de complications notoire.

Est-ce qu'il y a une surveillance glycémique à domicile?

Euh... Oui, il fait... Il a un appareil de... Il a un lecteur de glycémie, oui.

Au niveau de l'HbA1c, vous pourriez me donner sa dernière valeur?

Je crois qu'il est à 6,8

Et vous la surveillez tous les combien?

Alors là, là, exceptionnellement, parce qu'entre temps, il a fait un AIT, donc euh Exceptionnellement, on avait un délai. Mais en général, moi, les hémoglobines glyquées, je leur fais... Allez entre 3 à 4 par an. Enfin...selon les reco, euh...

Et au niveau gériatrique, vous le qualifiez comment ce patient? Est-ce que...il a des troubles cognitifs, est ce qu'il a une perte d'autonomie...? Comment vous le définiriez?

Alors (*il réfléchit 2 secondes*). Je pense qu'il a quelques petits , petits troubles cognitifs débutants, euh... J'ai pas...j'ai pas étiqueté vraiment, euh... Mais rien en tous les cas de, de, de... Enfin, en tous les cas, en terme de...d'activités mentales, il pas, il est pas gêné... C'est plus ponctuellement, il est un petit peu plus dépendant de son épouse, sur les courses, sur euh... Enfin, voilà, c'est pas (*puis à voix basse*) c'est pas grand-chose.

Et au niveau de son autonomie physique?

Ah non, il n'y a aucun souci. Il marche tous les jours.

Qu'est-ce que vous pensez de cette HbA1c à 6,8%?

Ben pour moi, on est à l'objectif.

Et sur quels critères vous l'avez basé cet objectif?

Alors, d'abord, il y a des recommandations qui disent qu'il ne faut pas que...chez les personnes âgées, qu'il faut pas que, que, que, c'est plutôt délétère de... D'obtenir des hémoglobines glyquées inférieurs à 6,5 parce qu'on a des risques d'hypoglycémies. Ça s'est vérifié parce qu'en fait, je pense qu'il a fait un AIT sur une hypoglycémie, au mois de juin là, euh... Voilà. Alors après, est-ce que c'est 6,5, est-ce que c'est 7, est-ce que c'est 7,5 ? Oh je pense que ça dépend aussi de la marge de manœuvre qu'on a vis-à-vis du traitement, vis-à-vis de l'insuffisance rénale éventuellement, qu'on a ou qu'on n'a pas. Voilà.

D'accord. Et est-ce que... (Le médecin m'interrompt)

Et puis euh... et puis de l'espérance de vie de ces gens-là. Enfin... C'est sûr qu'à 50 ans, on sera plus exigeant qu'à 80.

Et est-ce que vous avez modifié récemment son traitement, ou pas?

Non.

D'accord. Et est-ce que vous envisagez de le modifier, par rapport à cette valeur de... (Le médecin m'interrompt)

A priori non. Ça dépendra un peu de son diabétologue sûrement (*sourire*)

Par rapport aux hypoglycémies, c'est lui qui vous les rapporte, ou c'est... Comment vous... (Le médecin intervient)

Non, là, en fait, il a décrit un malaise qui ressemble quand même étrangement une hypoglycémie, avec des sueurs, des... Enfin il a des... Et avec un... Je crois que c'est à l'hôpital qu'il avait une glycémie euh...qui était un peu basse aussi.

2 et 3/ Est-ce que vous adapter votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune? Et sur quoi vous vous basez?

Non, j'ai pas de... J'ai pas de critères vis-à-vis des sujets jeunes, plus jeunes. Euh... (*Il réfléchit 4 secondes*). Comment dire... C'est difficile, enfin bon. J'espère, j'essaye de..., de, de, de... Comment dire... Euh... D'avoir un comportement raisonnable selon les facteurs de risque euh...cardiovasculaires qu'on peut avoir et, et euh...les nécessités de traitement, euh... Je veux dire, c'est un espèce de euh... (*Silence de 2 secondes*) Ouais, enfin c'est...comment dire ? Je sais pas, j'arrive pas à m'exprimer correctement mais je pense que c'est quand même un... Vous avez des gens chez qui vous avez du mal à...parce qu'ils ont un traitement antidiabétique qui est important, ou une hémoglobine glyquée qui est plus difficile à faire baisser, parce qu'ils ont des facteurs de risque...hypertension sévère, insuffisance rénale, euh... Voilà. Et puis euh... Bon j'essaye de trouver un espèce de, un juste équilibre euh...de façon à être quand même le moins délétère possible, mais quand même avoir une certaine efficacité.

Donc vous ne vous basez pas sur l'âge mais plutôt sur tout ce qu'il y a autour: son caractère poly pathologie, son... (Le médecin intervient).

Mais euh... Là c'est difficile à dire. L'âge intervient forcément. On n'aura pas la même attitude entre quelqu'un qui a 85 ans, quelqu'un qui a 75 ans. Et entre quelqu'un qui a 85 ans et qui marche, enfin qui a une autonomie parfaite euh...qui, qui n'a pas de troubles cognitifs, qui a...voilà. Et plus quelqu'un qui a 75 ans, qui, qui... Je sais pas. Qui a des complications déjà euh... On n'aura pas forcément la même attitude non plus. Mais, c'est...est-ce que c'est la même maladie? Enfin je sais pas, je, je... C'est un peu à la... Je dirais, c'est un peu à la louche, mais dire que j'ai des critères euh...des critères

en fonction de l'âge? Je dirais pas, ben à 65 ans, c'est comme ça, à 75 ans, c'est comme ça, à 80 ans, c'est comme ça, à 85 ans, c'est comme ça. C'est pas aussi euh... J'ai pas de critères liés à l'âge, mais quand même, l'âge intervient.

Et par exemple, quelqu'un d'âgé, qui sera dans le refus de la prise des traitements, est-ce que vous avez l'impression que vous serez moins insistant pour l'instaurer?

Ben de toute façon, je pense qu'il faut respecter euh... D'abord, d'abord je pense qu'il faut respecter la volonté des patients. Je pense que de toute façon, on ne peut pas imposer des choses que les patients refusent. Ça, c'est très clair. Je crois qu'il faut être euh... De toute façon, un traitement qu'on impose, il ne sera pas suivi, donc c'est pas... Je pense qu'il faut avoir essayé, il faut essayer d'avoir un espèce de consensus, une espèce de... de, de, de, d'accord tacite. Je crois que sinon c'est... (*Puis à voix basse*) Faut changer de métier sinon (*sourire*).

4 et 5/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour surveiller ce type de patients âgés diabétiques? (Silence) Au niveau clinique, paraclinique...biologique? (Silence de 4 secondes). Vous le surveillez comment votre diabétique de 80 ans qui vient vous voir à votre cabinet tous les trois mois?

Le diabétique de 80 ans qui... On a... On a des résultats d'hémoglobine glyquée qui sont corrects. Je ne lui prescrirai pas forcément son glucomètre, son...son lecteur de glycémie. Euh...ça dépend un petit peu de... Après, je surveillerai sa créatine, je surveillerai euh...son albumine. Enfin bon, un petit peu quand même suivant les recommandations. Il n'y a pas de raison de faire différemment. Mais, mais je serai peut-être plus souple et plus tolérant en terme de traitement par exemple. Et puis, je crois qu'avec l'âge, il y a l'insuffisance rénale, et l'insuffisance rénale, il faut en tenir compte quand même de toute façon.

Et par rapport à un paramètre qui est plus compliqué à surveiller comme le fond d'œil, est-ce que vous êtes systématique de la même façon pour ça? Ou...

Ça c'est plus compliqué, c'est plus compliqué. J'essaye d'être assez rigoureux, de leur faire faire un fond d'œil tous les ans, tous les dix-huit mois, tous les deux ans. Donc euh...on essaye de voir pour obtenir ça. C'est pas toujours très facile. Sauf que, à 80 ans, la plupart, ils vont quand même chez l'ophtalmo très régulièrement.

Est-ce que vous surveillez à la même fréquence les complications, par rapport au sujet jeune? Plus fréquemment? Moins fréquemment? Sur quoi vous êtes le plus...

Je crois pas qu'on ait une attitude euh...systématique. Je recherche les neuropathies périphériques, je recherche les artériopathies... J'ai pas de... Non, j'ai pas de...

Vous ne faites pas de différences...

Je ne fais pas de différences dans la surveillance. Après, dans l'attitude thérapeutique, on est euh... On peut être un peu différents. On n'a pas non plus les mêmes objectifs en terme de prévention à moyen terme, etcétera. Quand on a 90 ans et un diabète, on va peut-être pas non plus euh... Mais on le surveille quand même.

Est-ce que vous pourriez me donner vos valeurs d'HbA1c, les fourchettes que vous vous fixez, par exemple chez le patient âgé dépendant, chez le patient âgé moins dépendant?

Je dirais que... Je dirais que plus les facteurs...plus les complications sont importantes, paradoxalement plus les complications sont importantes, et peut-être qu'on est...plus on est tolérant sur l'hémoglobine glyquée. Enfin, après, le problème c'est... Tout ça, c'est à traitement optimal, parce on a des gens chez qui on va avoir un traitement maximum et qu'on aura du mal à équilibrer, euh... Alors, si il a 90 ans, si il a 80 ans, si il a 70 ans, on n'aura peut-être pas forcément la même attitude. C'est là-dessus qu'à la limite, l'âge peut intervenir. Mais c'est aussi lié à son état général. Quelqu'un qui a une artériopathie... Enfin je... c'est pas facile euh... J'ai du mal, j'ai du mal à avoir des règles très euh...très précises suivant euh... C'est, c'est...enfin...voilà.

Est-ce que par exemple un patient en EHPAD, GIR1, dément: est-ce que 9 % ça pourra vous satisfaire ?

Moi j'y ferais pas grand-chose avec une... Parce que de toute façon ça servira pas à grand-chose, pas à grand-chose de lui faire baisser son hémoglobine glyquée. Le risque, c'est qu'on le dénutrisse et que... Non, je vais pas faire grand-chose.

6 et 7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour l'instauration ou la modification d'un traitement chez les patients âgés diabétiques de type 2 ?

Est-ce que vous leur conseillez des régimes particuliers ?

Alors oui, j'essaye de... Je, je... je les envoie...alors, pas forcément les personnes très âgées, mais souvent, dans en découverte de diabète, je les envoie assez volontiers chez une diététicienne pour voir un peu ce qu'il en est, si on peut...ce que l'on peut faire. Je les incite à faire de l'exercice. Euh... oui, l'essaye leur donner des conseils alimentaires en tous les cas, oui.

Et c'est plus dur que chez la personne jeune ?

(*Silence de 5 secondes*). Je sais pas. Peut-être qu'il s'en foute un peu. je sais pas. C'est difficile à... C'est pas parce que on... Je sais pas (*silence*). Après, après, c'est toujours compliqué de savoir comment les gens adhèrent. En fait, ce qui va permettre de savoir si ils adhèrent, c'est les résultats les trois mois suivants (*rires*). Mais bon, des fois on a des surprises, des fois on a des... des fois on a des choses étonnantes, des gens qui ont un diabète très important et qui, du jour au lendemain pratiquement, font un régime très strict, très euh...avec qui on a des résultats. Et d'autres chez qui on se dit « oh ben si, on sent qu'on a une espèce d'écoute, etcétera », de prise de conscience, et puis on s'aperçoit qu'en fait, rien ne bouge au fur et à mesure des...des surveillances. Donc c'est très difficile quand même...

Et par exemple quelqu'un qui a plus de 80 ans, qui a un IMC qui est au-dessus de la norme, à 30, 35, comment est-ce que vous allez raisonner? Est-ce que vous allez pareil, donner...

Alors moi les régimes au-delà de 75 ans euh... Je suis un peu perplexe, parce qu'on peut très vite euh... A mon avis des gros risques de dénutrition et de déséquilibre alimentaire. Euh... je dirais que l'IMC, je m'en fous un peu ! Parce que d'abord, on voit des gens dénutris qui ont un IMC élevé, donc c'est pas forcément un critère...

Et le bilan nutritionnel, vous le faites systématiquement?

Alors oui, je demande des albumines quand même chez les personnes âgées euh...assez volontiers, même euh...même assez, ouais, bon après ça dépend du poids, des variations de poids... Des critères qui sont différents de l'albumine. Il y a les critères biologiques, mais c'est quand même le poids qui va jouer, les variations du poids. Alors j'ai pas de...

Ça peut faire partie de vos critères de...pour vous orienter par rapport à l'instauration ou non d'un « régime »?

Je donne toujours des conseils alimentaires quand même. J'essaye de savoir comment ils mangent, ce qu'ils mangent et... Voilà. Euh... Je les enverrais pas forcément chez la diététicienne spontanément. D'abord parce que ça a un cout, et que c'est pas toujours facile de...ça dépend aussi des revenus de ces gens-là. Enfin, on ne connaît pas toujours les revenus, mais on peut quand même avoir la possibilité de...d'avoir au moins une idée de savoir si ils sont susceptibles d'y aller ou de pas y aller, ou si il y croit ou si il y croit pas. Euh... Donc ça, j'essaye quand même, mais... Sinon, j'essaye de savoir moi-même, de moi-même, de savoir un petit peu ce qui...ce qui cloche dans leur traitement, enfin non, dans leur alimentation.

D'accord. Et par rapport aux antidiabétiques oraux ou à l'insuline, est-ce que vous aurez la même stratégie de traitement que pour un sujet plus jeune?

(*Silence de 5 secondes*) Ben grosso modo, je dirais que oui. Alors après les critères euh... C'est sûr que si il a 90 ans et qu'il a une hémoglobine glyquée à 8,5 ou 9, je sais pas si je le mettrais à l'insuline. (*Silence de 3 secondes*) Alors que si il a 70 ans, je pense qu'à un moment donné, il faudra bien prendre une décision. Voilà. C'est un peu... J'ai du mal à avoir...Moi j'ai du mal à avoir des règles euh...

Oui, je comprends

Alors, je sais qu'il y a des confrères qui sont « clack, clack » (*mimiques gestuelles*) carrés. Mais j'ai du mal à... J'ai du mal à adhérer. Peut-être que c'est pas... ma façon... (*Rires*).

Pas de soucis. Et par rapport aux nouveaux antidiabétiques oraux ? Vous les instaurez sans frein chez la personne âgée? Vous les utilisez beaucoup?

Moi, je les utilise. Après, je pense qu'il faut respecter les contre-indications, les indications, après euh... Voilà. Moi je trouve que ça a une certaine efficacité et que s'en priver, ce serait dommage.

Est-ce qu'il y a d'autres paramètres que l'hémoglobine glyquée ou les complications qui vont rentrer en jeu avant d'instaurer de l'insuline chez une personne âgée?

(*Soupire, silence de 5 secondes*). Euh... Ben, je pense qu'il y a déjà un élément, c'est que là aussi il faut être euh... Il faut essayer d'avoir l'adhésion de ses patients, c'est... Alors l'adhésion de ses patients euh...ouais. (*Silence de 2 secondes*) De toute façon, on ne peut pas soigner les gens sans leur accord donc euh... (*Soupire*). Si le patient ne veut absolument pas de l'insuline, je suis pas sûr que je vais lui...que je vais essayer de le marchander. Après, quels sont les critères de... Non, j'ai pas de... Je sais pas.

8/ Quels sont vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge?

Vous jugez votre efficacité essentiellement sur l'HbA1c, ou sur autre chose?

Sur la fonction rénale, sur euh... Il y a un certain nombre de choses qui peuvent euh...qui peuvent intervenir. Euh... Sur l'efficacité, on est un peu... On peut avoir une bonne efficacité, je sais pas... On part du principe qu'au-delà de 75, 80 ans, on peut être délétère en ayant...on peut être délétère par exemple sur la fonction rénale en utilisant des...par exemple la metformine, mais je suis pas sûr que ce soit une bonne chose. Enfin je... Alors après, après, en étant délétère, si on n'arrive pas au résultat avec un ADO euh...pas avec un ADO euh...je ne me rappelle plus de la classe... (*silence de 5 secondes*)

Avec le glucophage?

Ouais, non. (*Il réfléchit*). Je pense que... Je sais pas. Vous voyez, le passage à l'insuline euh... Enfin, ça me pose pas de problème particulier de passer à l'insuline des... Après euh...

Ça dépend comment est le patient?

C'est, c'est...oui. Là encore, ça dépend de l'âge, de son état général, ses objectifs euh... L'objectif qu'on se fixe nous, mais l'objectif que le patient se fixe lui. Il y a des gens qui refusent complètement l'insuline. Ou alors, ou alors il faut insister, faut attendre un certain temps, faut euh...faut revenir dessus, faut euh...

9/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités?

Question non posée explicitement car déjà abordée au cours de l'entretien

10/ Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques?

Par rapport aux patients âgés, est-ce que vous faites une évaluation gériatrique, spécifique pour les diabétiques? (*Silence de 2 secondes*) Est-ce que vous utilisez des grilles d'évaluation?

Alors, moi, j'utilise des... Alors j'utilise des...mais pas spécifiquement pour les diabétiques. Euh... Je... Quand je trouve qu'ils ont des troubles cognitifs euh... Je dirais « relativement patents », je vais faire des...effectivement des tests, quand les familles par exemple euh... Mais, mais...c'est pas forcément le critère « diabète » qui va être déterminant. J'en fait pas forcément euh... Si il me semble qu'il n'y a pas de troubles cognitifs... J'irais pas chercher en fait le...le trouble cognitif par des tests pour euh...juste parce qu'il est diabétique, ou parce que (*rires*).

Est-ce que vous évaluez le niveau de dépendance?

Euh... Alors j'ai pas de critères euh... J'ai pas de critères... Déjà j'utilise pas les grilles...enfin j'utilise pas les grilles, je les utilise de fait, mais euh...

Indirectement?

Mais pas...pas de façon formelle, en faisant la grille, avec le total etcétera...

11/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés, par rapport aux sujets jeunes?

Ben j'ai jamais eu de difficultés. (*Petite toux gênée*). J'ai pas eu de difficultés. Enfin j'ai pas l'impression d'avoir des difficultés pour prendre des patients âgés en charge, quelque soit la pathologie.

12/ Est-ce que vous suivez des diabétiques en EHPAD?

Oh euh...oui, oui, oui. j'ai pas mal de patients en EHPAD puisque...il y a deux EHPAD ici.

Et vous procédez de la même manière?

Oui, j'ai pas de... Après, là encore, ça dépend de si il a des troubles cognitifs, ça dépend de...plein de choses. Mais oui, oui, dans l'ensemble, j'ai pas de...

13/ Echanges libres à l'issue de l'entretien:

Par rapport au sujet abordé, est-ce que vous auriez des choses à exprimer par rapport à la prise en charge des patients diabétiques âgés en médecine générale? Par rapport à la formation, la collaboration avec l'hôpital, les diabétologues... Qu'est-ce que vous pensez de tout ça? Les recommandations...

Ben alors, oui, oui bien sûr. Alors, les recommandations euh...les recommandations, elles sont pas très claires sur les traitements. Parce qu'il y a des nouvelles recommandations qui sont sorties très récemment?

Pas très très récemment, non.

Ah oui, parce que sur...euh... Je suis pas sûr qu'il y ait une différence... Je suis pas sûr qu'il y ait une différence de prise en charge que les personnes soient âgées ou moins âgées, parce que le diabète de type 2, c'est quand même des gens qui ont...la plupart du temps euh... Alors, là encore, on en voit de plus en plus jeunes mais avant 50 ans, quand même pas tant que ça. Je suis pas sûr qu'il y ait une différence fondamentale dans la prise en charge. Euh... Après c'est, après, c'est les objectifs qu'on se donne en fonction de, des critères d'espérance de vie surtout, de complications déjà en place, de...de l'état général du patient, etcétera. Mais en soi, un type qui a 50 ans, qui a été amputé des deux jambes parce que...pour un diabète, pour une artériopathie...je sais pas si on en voit beaucoup de ce... Alors à mon avis, on va euh... (*Silence de 2 secondes*). Il n'y a pas de différence parce que les effets secondaires sont importants, enfin les, les... Pardon, les... (*il cherche un mot*)

Les complications?

Oui c'est ça, les complications, les complications sont importantes. Je suis pas sûr que ce soit si différent à prendre en charge que les patients de 80 ans dans le même état général. Je suis pas sûr que ça pose... Enfin, pour moi, ça me pose...j'ai pas de différence. Après, c'est dans les objectifs qu'on se...qu'on se donne, et dans les critères de prise en charge mais euh... Voilà. On sera peut-être plus strict avec quelqu'un de 50 ans qu'avec quelqu'un de 80 ans en termes de...d'hémoglobine glyquée, ou de...je dirais d'objectifs euh...

Et est-ce que vous trouvez que les diabétologues ont un peu la même « politique » par rapport à ce que vous me disiez de votre premier patient?

Alors je pense que les diabétologues sont pas aussi euh... Je pense qu'ils ne tiennent pas compte de... Enfin, je ne veux pas généraliser non plus. Mais en tous les cas, vis à vis de, enfin, ce diabétologue (*intonation de voix appuyée*), qui n'est pas dans la région, je précise (*sourire*). Euh.. Je pense qu'il ne tient pas compte de l'âge, clairement. Mais on est con front exactement au même problème avec les cardiologues, avec euh... Voilà. Je trouve que...enfin... Je pense que la prise en charge, même si elle était bien conduite, si on pouvait considérer qu'elle était bien conduite pour quelqu'un de diabétique de 50 ans, je pense qu'elle n'était pas bien, et je suis persuadé que son AIT était lié à une hypoglycémie, liée à son traitement qui était trop...

Dans les nouvelles recommandations, enfin dans les dernières qui sont sorties, ils parlent d'objectifs glycémiques en fonction du type de patient. « Patients dépendants », ils préconisent 9, « patients fragiles », « patients autonome »... Est-ce que vous avez des difficultés à « classer » vos patients dans ces 3 catégories là?

Non, non, non, non. Alors là-dessus, là-dessus, je les suis complètement. Enfin, je...je, je, je.. On en revient à ça. C'est-à-dire que...c'est quand même lié à leur état général, aux complications déjà existantes, à la... Mais l'âge est un critère qui est à mon avis euh... (*Silence de 3 secondes*). C'est plus le... c'est plus le...l'âge, c'est plus, comment dire, l'âge réel, enfin non l'âge...enfin pas théorique...l'âge euh... (*il cherche ses mots*)

Physiologique?

Physiologique, que l'âge réel dont rentrer en compte là-dedans aussi.

Et pour évaluer cet âge physiologique par rapport à cet âge réel, vous vous sentez en capacité de le faire à votre cabinet, ou est-ce que vous auriez besoin de choses euh... (*Il m'interrompt*)

Alors, les outils, on les a : on a les grilles de dépendance, on a tout ça, on les a, donc euh... Après euh... C'est vrai que moi, je ne les utilise pas de façon formelle, à chiffrer leur démence, etcetera. Euh...voilà. Mais quelque part, je les utilise. Il y a effectivement des critères de démence, de, de risque, etcétéra.

Par rapport aux personnes hospitalisées, enfin nous, je sais que ça nous arrive souvent de modifier un peu les traitements *(le médecin m'interrompt)*

Moi je respecte, je respecte toujours, je respecte toujours les traitements de sortie d'hôpital, parce que d'abord, des fois, ça m'arrange bien d'avoir arrêté, de voir que des traitements ont été arrêté, alors qu'on avait du mal à les arrêter, soit parce que... Soit parce que quelque part, on... C'était quelque chose qu'on avait un peu... un peu « négligé » je dirais. Soit parce que les patients ne voulaient pas, pour une raison X ou Y, des fois on a du mal à faire arrêter tel ou tel traitement. *(Le médecin mime une situation, face à une patiente et son ordonnance)*. « Je voudrais bien vous réduire votre traitement euh » « Alors attendez vous pouvez me... » « Non mais moi c'est celui-là que...c'est la benzodiazépine que vous prenez » *(rires)* « Ah non, mais celle-ci faut la garder » *(sourire)*. Donc euh...des fois, c'est très pratique les sorties d'hôpital, parce que justement, ils ont fait un peu de tri. Ça me pose aucun problème et je respecte toujours les ordonnances de sortie d'hôpital. Après je les adapte en fonction des habitudes de prescription de tel IEC, de tel euh...ben parce que...voilà. Et puis, l'autre chose, c'est que quelque fois, à l'hôpital, il ne font pas grand-chose, donc on a aussi des variations qui vont apparaître quand ils reprennent une activité à la maison, on n'a plus tout à fait les mêmes chiffres. Mais bon, ceci dit, mis à part euh...voilà. Moi je... ça m'arrange *(sourire)*.

Non mais c'est vrai que nous, on modifie et puis après, on ne sait pas trop comment c'est euh... *(Le médecin m'interrompt)*

Non mais, alors, des fois, je suis pas forcément d'accord. Mais euh...les critères, les critères de, de...peuvent être aussi subjectifs. Et puis euh... Et puis je pars du principe que si ils ont été à l'hôpital et qu'ils ont vu des gens euh...compétents, j'ai pas de raison de mettre en jeu, de remettre en cause. Après, on peut adapter le traitement, mais moi je connais des confrères qui euh...qui chamboulent tout le traitement à la sortie d'hôpital. Alors ça ce...on les voit hein ! En tout cas moi, en tant que médecin coordonnateur à une époque euh... *(Rires)* Je voyais bien ce qui se faisait *(rires)*, et ça, je trouve ça euh...un peu, un peu...après... *(L'air gêné, le médecin ne termine pas sa phrase)*.

Je n'ai plus d'autre question. Aviez-vous des choses à ajouter?

Non, non je n'ai pas de chose particulière à ajouter. Je pense que les prises en charge se sont quand même... La spécialisation gériatrique à l'hôpital dans les prises en charge est quand même euh...a été quand même un bénéfice euh... Il y a encore 10 ou 15 ans, les patients âgés étaient pris en charge comme des patients standards, enfin... Alors qu'il y a quand même des spécificités euh...en terme de troubles cognitifs, euh...

Oui, oui, c'est sûr

Et je trouve que ça, ça a été quand même une amélioration notable.

On s'aide des autres spécialités, mais c'est vrai qu'après on fait un peu comme vous dans votre cabinet: on s'adapte.

Oui, oui, bien sûr.

Entretien 3: MG3

Durée:23 min

Caractéristiques du médecin:

- Age: 42 ans
- Sexe: masculin
- Année d'installation: 2009
- Lieu d'installation: Villefranche / Saône
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie? Non

- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie? Non

- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2? 40 sur 900 patients adultes

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans: 30%

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75ans: 75% parmi ces 30%

1/ Pouvez-vous me parler de votre dernier patient âgé diabétique de type 2?

Le dernier patient?

Le dernier que vous avez vu en consultation. Vous avez le droit de consulter votre ordinateur.

(Silence de 5 secondes, le médecin regarde sur son ordinateur)

De plus de 75 ans hein ?

Patient âgé, oui.

Patient âgé.

(Pendant que le médecin consulte son ordinateur) **Pour vous c'est quoi un patient âgé, à partir de quel âge?**

Moi je dirais plus à partir de 80 ans, mais... L'autonomie diminue souvent beaucoup à partir de 80 ans, voire 85 ans.

(Le médecin trouve le dossier de son dernier patient âgé diabétique vu en consultation)

Mr X, qui a 83 ans. Un monstre qui a un diabète euh...multi compliqué: néphropathie, c'est un coronarien, il est hypertendu, il a une obésité morbide, il a une artériopathie et une neuropathie périphérique.

D'accord. Vous l'avez vu à votre cabinet?

Oui.

Il vient tout seul?

Non, il vient accompagné, avec son épouse et sa fille.

D'accord. Il est diabétique depuis quand?

C'est un diabète ancien, depuis l'âge de 50 ans

Vous le suivez seul ou avec un diabétologue?

Alors je le suis seul, mais je l'ai fait hospitaliser pour des bilans de diabète, à deux reprises, pour adapter le traitement.

Parce que vous étiez en difficulté pour adapter son...*(le médecin m'interrompt)*

Oui, c'est plus une difficulté sociale avec un refus des aides. Un monsieur qui n'est pas en capacité de prendre son traitement correctement.

il a des troubles cognitifs ce monsieur?

Probablement, mais il y a un fort déni quand même de toutes ses pathologies.

Il habite tout seul?

Il habite avec son épouse, et sa fille handicapée.

Et elle est « fiable » son épouse?

Non, mais c'est pas ma patiente l'épouse, qui a mon avis a plus de troubles cognitifs que lui (*sourire*), et c'est elle qui gérait les traitements habituellement. Donc mon travail, ça a été de faire accepter une infirmière, qui gère les traitements. Et puis on l'a passé sous insuline, parce que c'est un monstre qui avait tout le temps des HbA1c entre 11 et 13.

Au niveau justement des traitements, à part l'insuline, il a d'autres choses ?

Que pour le diabète ou...?

Que pour le diabète.

Oui maintenant, il n'a plus que de l'insuline

En... juste une injection?

Non, il a un schéma à trois injections: il a Humalog Mix 25 (*silence de 3 secondes*) matin et soir, et puis de l'Humalog le midi.

Et c'est la diabétologue qui l'a... *(Le médecin intervient)*

Ça a été instauré par l'hôpital.

D'accord. Quelle est sa dernière hémoglobine glyquée?

(Le médecin consulte le dossier informatisé du patient) La dernière, on est à 8.

Et qu'est-ce que vous pensez de cette valeur, vous?

A moi, je trouve ça très bien.

Très bien. Pour ce patient, selon vous, c'est son objectif?

Oui, c'est l'objectif et...ça se passe plutôt bien. Après, il n'a pas d'hypoglycémies, ni...

Il y a une surveillance par l'infirmière?

Alors maintenant, il y a une infirmière qui passe trois fois par jour.

D'accord

C'est elle qui s'occupe de gérer les traitements, qui adapte les doses d'insuline...

Et au niveau de l'évaluation gériatrique, qu'est-ce que vous pourriez dire de ce patient?

(Silence de 3 secondes donc je poursuis) **Au niveau de l'autonomie, euh...**

Alors c'est très précaire hein, parce qu'il a une grosse neuropathie, il habite dans un logement qui n'est pas du tout adapté euh... pas du tout adapté à son âge et à son handicap. Il est au premier étage d'une maison euh... type beaujolais, avec des escaliers qui sont euh...dans un état déplorable. Et la maison est dans un état déplorable également. C'est pas un syndrome de Diogène mais un petit peu... On s'en approche hein...

D'accord. Et vous vous sentez en difficulté par rapport à ça, à cette situation?

(Silence de 3 secondes) **Ou il y a peut-être déjà une prise en charge sociale en cours?**

Non, non, il n'y a pas de prise en charge sociale.

Il n'y a pas d'aide-ménagère ou de dispositif comme ça?

(Le patient mime un « non » avec la tête).

Et vous avez proposé ou...?

Oui, oui, oui, oui. Mais c'est une famille qui est particulière et...

Réticente.

Ils vivent avec leur fille handicapée, qui est diabétique également. Qui refusait tous les soins, qui avait autant de traitements hein, et puis tout un tas de complications euh...importantes. (Le médecin semble gêné et démuné face à la situation évoquée).

Quelles complications du diabète ont pu interférer avec la prise en charge de ce patient? (Le médecin semble s'interroger). Est-ce que certaines complications ont fait que vous avez modifié son traitement?

C'est plus la neuropathie, mais euh...

Dans quel sens ?

Il a des difficultés à la marche qui sont maintenant majeures, mais euh... En fait, l'objectif... Il n'a pas de douleurs particulières, donc l'objectif, c'est juste de ramener son HbA1c à un taux acceptable.

D'accord. Ce patient, vous le définiriez comment, si vous aviez un adjectif pour le définir?

(Silence du médecin) **En prenant en compte son diabète, son âge... (Soupire du médecin) Plutôt dépendant, plutôt fragile...**

Fragile.

Fragile. D'accord. Et vous pourriez me donner une définition du patient fragile?

(Sourire). Bon, c'est un patient un n'est plus en capacité de gérer euh...les choses de la vie quotidienne.

D'accord. Maintenant, on passe plutôt à des questions d'ordre général.

2 et 3/ Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

Oui.

Et sur quoi vous vous basez justement: qu'est-ce qui est vraiment différent pour vous?

Les objectifs sont moins exigeants en termes d'hémoglobine glyquée.

Et justement, est-ce que vous pourriez me donner vos critères à vous, pour l'hémoglobine glyquée?

Alors chez les jeunes, moi j'essaie qu'ils soient aux alentours de 6,5.

Oui

Chez les personnes âgées euh...8, 8.5 maximum. Entre 7.5 et 8.5.

D'accord. Donc âgés à partir de 80 - 85 ans?

A partir de 80 ans

D'accord. Et est-ce qu'il y a d'autres critères qui rentrent en compte justement que l'âge civil?

Ben euh...la compréhension, euh...l'adhésion au traitement, la compréhension au traitement et euh...

Est-ce que par exemple, quelqu'un qui a 80 ans, qui n'a pas de troubles cognitifs, qui marche, vous allez avoir les 8%, comme justement pour ce patient euh... (Référence au cas concret évoqué au début de l'entretien)

Non, non, non. On sera peut-être plus rigoureux. Mais j'avais vu une étude qui disait qu'il ne fallait pas non plus euh...qu'il y avait une surmortalité si on abaissé trop l'hémoglobine glyquée.

C'est vrai

Donc ça doit rester voilà euh... 7,5. Mais on sera un peu plus exigeants effectivement si on a quelqu'un en face de nous qui...

4 et 5/ Quels sont les paramètres que vous surveillez chez les patients âgés diabétiques ?

Alors, les paramètres biologiques?

Tout.

Tout? (Silence de 4 secondes)

Est-ce que vous avez la même surveillance que chez le patient jeune ou est-ce qu'il y a certaines choses que lesquelles vous allez plus euh...(le médecin m'interrompt)

Non, non. Cardio en général euh... Alors lui, on le voit tous les ans hein, parce que c'est un monsieur qui a une coronaropathie. Cardio tous les deux ans maxi euh... (Puis le médecin parle tout bas). Ben tous les ans on va faire euh...ben le suivi biologique standard hein, la glycémie, (puis le médecin parle plus fort), la fonction rénale, tous les trois mois, on va être un petit peu plus euh...

Plus souvent, la fonction rénale?

(Le médecin approuve de la tête)

Les dopplers, les fonds d'œil: même fréquence que chez le sujet jeune?

Alors doppler annuel, fond d'œil euh... (Puis intonation de voix plus basse) tous les deux ans.

D'accord. Donc pour vous, qu'il ait 80 ans ou 30 ans, (le médecin intervient)

Non, ça ne change pas spécialement le suivi euh...du diabétique.

D'accord.

6/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte avant d'instaurer un traitement?

Euh... Alors les paramètres cliniques, hein. Et puis euh...les paramètres cognitifs.

Oui.

C'est-à-dire est-ce qu'on va... Et puis...Ben j'essaie de m'assurer que l'observance soit à peu près correcte. J'ai plutôt tendance à sous...pas sous-traiter, mais à limiter au maximum les prescriptions.

D'accord. Est-ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques, comme chez le jeune?

Oui, mais avec...

Les mêmes ?

Non, non, c'est beaucoup moins strict.

Par exemple?

Ben... (Soupire). Je leur déconseille de manger du sucre, euh...du sucre rapide, mais ça se limite souvent à ça.

D'accord. Et vous instaurez des antidiurétiques oraux?

Ça m'arrive, oui. J'instaure essentiellement de la metformine.

L'insuline aussi?

L'insuline, ça m'arrive rarement.

Parce qu'ils n'en ont pas besoin ou parce que vous passez par euh... (Le médecin intervient)

Alors souvent, je passe par l'hôpital et euh... (Silence de 2 secondes). Je ne mets de l'insuline que si j'ai une infirmière qui est en capacité de...de les prendre en charge.

D'accord.

Mais des patients âgés, seuls, enfin sans...sans suivi par une infirmière, je ne mets pas d'insuline.

7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour modifier un traitement?

L'hémoglobine glyquée.

Oui. Et d'autres paramètres ?

Non, essentiellement l'hémoglobine glyquée. Enfin, après, la clinique, quoi.

Sur quoi justement la « clinique »?

Alors si euh... ben sur les hypoglycémies, les choses comme ça

Vous les dépistez... (Le médecin intervient)

La fonction rénale aussi, pour prévenir l'acidocétose, pour adapter l'antidiabétique oral.

8/ Quels sont vos critères de jugement d'efficacité globale de la prise en charge?

Euh...Je suis essentiellement clinique

Oui, c'est-à-dire, justement vous vérifiez qu'il n'y ait pas d'hypoglycémies

Oui, oui, et puis que l'état général soit conservé

Oui. Ça passe avant ou après l'hémoglobine glyquée tout ça?

Ça passera plutôt avant.

9/ Est ce que vous avez l'impression que les sujets âgés sont trop traités pour leur diabète?

Ils sont sur-traités oui, à mon sens.

Pour vous, une hémoglobine glyquée à combien, c'est sur traité?

Inférieure à 7,5 déjà ça l'est.

10/ Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques?

Je ne suis...je ne fais... Je ne suis qu'empirique. (*Sourire*). Non, non, aucune euh...

Pas de...

Non.

Vous n'utilisez pas de grilles d'évaluation, de choses comme ça?

Non, non. Je suis « anti grille ».

Pas de problème! Et vous évaluez le niveau de dépendance ou pas ?

(*Silence*)

Par l'interrogatoire, en fait, vous le faites?

Oui, oui, oui. Je fais... Alors la seule chose que je vais faire, c'est des MMS.

Ok. Est-ce que vous êtes attentifs au poids aussi?

(*Le médecin acquiesce*)

Ça peut être un des critères qui fasse que vous modifiez le traitement?

Oui.

Est-ce que vous surveillez l'albumine?

L'albumine euh...En général une fois par an, mais...

Pas systématique?

(*Silence puis soupire*). En fait, je les prescris mais elles sont souvent non faites.

Vous l'expliquez comment?

Parce que les gens n'aiment pas trop faire des prélèvements urinaires.

Mais l'albumine sanguine?

Ah, l'albumine dans le sang?!

Oui

L'albuminémie alors. Euh...si... Je la fais euh... (*Soupire*). Je ne la fais pas en systématique.

D'accord

11/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés?

(*Silence, le médecin exprime un « non » de la tête*)

Non? Par rapport à la surveillance, euh... ?

Non, non

A l'adaptation des traitements ?

C'est plus euh...sur l'observance hein

Sur l'observance. Plus difficile que chez le sujet jeune?

Oui.

Vous trouvez qu'ils sont plus réticents à prendre les traitements?

Oui, et puis bon... Il y a des erreurs... Même chez des gens qui ne sont pas...qu'on ne considère pas comme ayant des troubles cognitifs, je trouve qu'il y a quand même souvent des erreurs.

Et ils ont du mal à accepter que l'infirmière vienne justement gérer ça (le médecin intervient).

C'est compliqué de faire intervenir une infirmière chez quand même beaucoup de patients, hein.

Ok

12/ Est-ce que vous prenez en charge des patients diabétiques en EHPAD?

(Silence de 3 secondes). Euh... J'en ai une.

Et vous avez des difficultés particulières ou pas.

Non.

D'accord.

13/ Echanges libres à l'issue de l'entretien:

Est-ce que vous avez des choses à rajouter sur votre prise en charge du sujet diabétique âgé, des difficultés éventuelles, qu'est-ce que vous pensez des nouvelles recommandations?

(Silence de 6 secondes)

Parce que les dernières recommandations, c'est plutôt d'essayer de situer le patient selon son niveau d'autonomie: est-ce qu'il est en « bonne santé », est-ce qu'il est « fragile », est-ce qu'il est « malade »? Et d'essayer d'avoir des objectifs un peu plus larges... Est-ce que vous vous sentez en difficulté pour évaluer justement dans quelle « catégorie » se situe votre patient?

(Silence de 3 secondes) Moi je dirais « non » (sourire), mais après euh... C'est peut-être pas à moi de le dire ! (Silence de 2 secondes) Non, non.

D'accord. Et le fait d'intervenir à domicile, ça vous aide à évaluer tout ça? Ou peut-être ne faites-vous pas beaucoup de visites à domicile?

Si, si j'en fais beaucoup et... Le domicile, ça peut...faut... Enfin...ça n'a aucun intérêt sauf une fois, pour voir dans quel état euh... Enfin peut-être une fois par an pour voir dans quel état se trouve l'appartement, le cadre de vie, pour voir un petit peu si c'est dangereux ou pas dangereux. Mais autrement, on examine moins bien les patients. C'est moins confortable qu'au cabinet. Après voilà, il faut...

Et les nouveaux ADO, vous les utilisez beaucoup ou pas beaucoup?

Pas du tout

Même chez le sujet jeune, ou c'est... (Le médecin intervient)

Pas du tout.

Pour quel motif?

Parce que...j'en n'ai pas eu... Enfin pour vous, c'est lesquels les nouveaux?

Ben les gliptines, Januvia etc...

Peut-être Januvia de temps en temps mais bon...

Vous prescrivez plutôt de la metformine, du Diamicron...

Metformine, Diamicron, oui. Insuline. Alors, j'ai quelques patients sous Januvia. Du Novonorm des fois j'utilise, notamment chez ceux qui ont des fonctions rénales euh... qui étaient sous metformine, je les passe sous Novonorm (silence de 3 secondes). Et puis après de l'insuline.

D'accord

Les nouveaux euh... Je pense que c'est pas forcément notre rôle euh...

Plus le diabétologue?

Voilà. Ou le gériatre. Je suis pas sûr que ce soit à nous d'instaurer ce type de traitement. Je préfère rester à ce que je connais à peu près bien et pas me lancer dans des choses euh...

D'accord

Surtout que potentiellement ils ont quand même beaucoup plus d'effets secondaires euh... Ils sont moins bien étudiés, il y en avait même un ou deux qui avaient été retiré du marché et qui ont été arrêté

Mmm

Moi je suis plutôt prudent, et j'utilise ce que je connais bien et...

Ok. Vous avez eu des FMC sur le diabète du sujet âgé?

Non

Et ça vous intéresserait?

Oui, oui.

Les gens qui sont hospitalisés, chez qui on modifie le traitement du diabète: qu'est-ce que vous en pensez le plus souvent? Est-ce que vous avez euh... Est-ce que vous trouvez qu'on est trop intensifs, pas assez intensifs ?

(*Silence de 3 secondes*). Alors, les hospitaliers entre guillemets en général sont beaucoup plus intensifs qu'on le fera mais euh... (*Silence de 5 secondes*) Ils n'ont pas non plus la vision qu'on peut avoir, savoir comment ça va se passer euh... C'est surtout au niveau de l'observance en fait. C'est sûr que dans la théorie euh... Tel médicament pour le diabète, tel médicament pour le cœur, tel médicament... En pratique si on veut qu'il y ait une observance à peu près régulière et correcte, il faut essayer de limiter au maximum et de faire au plus simple.

Oui

Même moi, enfin non. Quand je fais mes ordonnances euh... (*Le médecin regarde le dossier du patient dont nous avons parlé au début de l'entretien*). Ce monsieur il a... Il a déjà sept traitements, plus deux insulines.

C'est déjà pas mal.

Alors tout ça, il est incapable de les prendre. Et toute la période où il a refusé de les prendre, c'était un peu... Je ne savais pas ce qu'il prenait, euh... Donc effectivement, ces traitements, la plupart, ils ont été mis en place par les spécialistes, le cardiologue essentiellement parce qu'il a quand même une grosse coronaropathie. C'est sûr que moi, je ne rajoute rien de spécial. Mais quand ils sortent de l'hôpital, en général, ils ont le « package » hein (*sourire*), par appareil: « ça pour les poumons, ça pour le cœur », c'est marqué à côté. Ça peut être bien d'un point de vue didactique, mais c'est vrai qu'après les ordonnances elles sont...elles sont très longues.

Et pour revenir à l'hémoglobine glyquée, vous me parlez de 7,5 - 8. Est-ce qu'au-delà de 8, pour une certaine catégorie de patients, vous pourriez vous en satisfaire?

7,5 - 8 euh... ?

Oui, vous m'aviez parlé de...

Oui, celui qui marchait encore, qui n'avait pas de troubles cognitifs. Autrement, bon, jusqu'à 8.5, ça me pose pas de problème moi. Chez ce monsieur, l'objectif, si il était... Enfin, à 9, ça m'irait aussi plutôt...plutôt bien hein.

Un patient qui est relativement « dégradé », pour vous, 9, c'est bon ?

Oui, si il est très dégradé même on peut se poser la question de ... (*Le médecin parle à voix basse*)

De l'opportunité du traitement?

De l'opportunité du traitement sur le diabète oui. On peut se demander en termes d'espérance de vie si c'est utile de le traiter, de le priver de manger des gâteaux...

Entretien n°4 : MG4

Durée: 24 minutes

Caractéristiques du médecin

- Age: 30 ans
- sexe: féminin
- année d'installation: thèse depuis le 8 novembre 2016
- Lieu d'installation: médecin remplaçant dans deux cabinets à Bourgoin

- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: non, enfin j'ai fait un DU de cardio gériatrie
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2: 10%

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie): 5%

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: pas beaucoup

1/ Pouvez-vous me parler de votre dernier patient âgé diabétique?

Oui, c'est une dame de 85 ans pour laquelle sa fille m'a appelée car elle la trouvait pas bien, endormie. Elle voulait que je vienne à domicile mais je ne pouvais pas et SOS médecin ne voulait pas se déplacer. Alors comme elle était réveillable, je lui ai dit de me l'emmener. En fait, elle fait une glycémie autour de 0,4 g/L. Elle était bien consciente hein ! Mais elle disais n'importe quoi. Après lui avoir donner des morceaux de sucre, elle allait beaucoup mieux ! En fait, l'IDE était venue le matin pour faire l'insuline mais la patiente n'avait pas pris son petit déjeuner par la suite.

C'est une dame démentée?

Non, mais elle est un peu déprimée. Les traitements sont bien pris parce que l'infirmière les lui donne, mais elle ne se fait pas toujours bien à manger lorsqu'elle n'en a pas envie.

Tu l'as faite hospitalisée?

Non, car elle allait bien après le resucrage. Mais j'ai appelé son infirmière pour lui demander de bien être vigilante à ce que la patiente s'alimente après la prise de son traitement anti-diabétique.

Elle a des complications?

Non, j'avais fait le tour du dossier mais non, elle n'en avait pas.

Et sa dernière hémoglobine glyquée?

Elle était justement plus basse que d'habitude, à 6,8%, alors que l'objectif était entre 7 et 7,5%, fixé avec l'endocrinologue.

Le traitement avait été modifié récemment?

Non. Mais l'alimentation était moins conséquente.

2/ Est-ce que vous adaptez la prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

Oui, d'abord on n'a pas les mêmes objectifs. Il y a des « catégories » de personnes âgées qui ont été définies mais c'est un peu brouillon quand même parce que c'est un sujet vulnérable, fragile, et euh...les frontières sont assez souples. En tout cas, c'est ce que j'ai vu en diabète pendant mon diplôme de cardio, avec un objectif d'hémoglobine glyquée plus élevé que la normale. Mais en fait je crois que c'est entre 7,5 et 8,5 pour les sujets âgés il me semble. Et puis parce que le risque, c'est l'hypoglycémie, la chute et euh...les complications.

Et pour toi, « âgé », c'est à partir de quel âge?

Pour le diabète?

Non, pour tout.

Pour tout?

A partir de quel âge tu penses qu'une personne est « âgée »?

C'est 75 ans, c'est la définition. Pour moi c'est 75 ans. Entre 65 et 75, je... Effectivement, je vais au cas par cas. Mais le sujet âgé, c'est plus de 75 ans.

Et est-ce que tu leur donnes des conseils hygiéno-diététiques?

Oui, j'essaye si ce sont eux qui se font à manger.

3/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé?

Et à part l'âge, est-ce qu'il y a d'autres paramètres sur lesquels tu te bases pour adapter ta prise en charge?

Oui, ben l'autonomie, l'entourage quotidien qu'il soit médical ou familial, les pathologies associées, la compréhension de la personne, enfin l'état cognitif, l'état psychique. Si c'est quelqu'un aussi qui est déprimé, ben il aura plus tendance à avoir une mauvaise observance, surtout au niveau du diabète. Voilà. Et puis l'état nutritionnel, forcément.

D'accord. Donc quelqu'un de plus de 75 ans, qui est un peu fragile, tu choisiras 7,5 - 8 d'hémoglobine glyquée, comme objectif.

Oui. Mais bon, après, si c'est euh... Tout est relatif. Si j'ai tout le temps, ou je varie entre 7,5 - 8,5, ça me convient. Et si c'est plus entre 8 et 8,5, je ferai attention et pourquoi pas une réévaluation par un endocrinologue.

D'accord. Donc au delà de 8, ça te paraît quand même déjà un peu déséquilibré...quelque soit l'état...

(Elle m'interrompt). Si c'est tout le temps au dessus de 8 et que la personne est euh...allez on va dire relativement autonome, qu'elle peut marcher toute seule à domicile, qu'elle se fait à manger, pour moi c'est déséquilibré. Si c'est entre 7,5 - 8, pour moi ça me semble bien.

4/ Quels sont les paramètres de surveillance de ce type de patients âgés?

L'état rénal. Enfin tout ce qui est biologique. L'état rénal, créat, ben l'hémoglobine glyquée. Ensuite, ce qui est somatique. L'état cutané, s'il n'y a pas non plus d'escarre, les soins de... Enfin d'escarre, je veux dire une fragilité euh...escarre de type 1, hein. Et euh...ben les pieds diabétiques. Et après pareil, l'état nutritionnel, l'état somatique, l'état cardiovasculaire...

5/ Comment surveillez-vous les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

Et les examens para cliniques, tu les fais à la même fréquence que chez le jeune?

J'essaye oui. Après, je m'adapte à l'avis endocrino qui a été donné, mais j'essaye de respecter...du moins dans la mesure où la personne peut aussi se rendre facilement aux examens. Oui, j'essaye de me caler sur euh...

Et quelqu'un qui est dément, qui a 90 ans, qui est plutôt dépendant, est-ce que tu vas avoir le même objectif d'hémoglobine glyquée, est-ce que tu vas avoir cette même surveillance?

Ben pour les plus de 90 ans, moi j'en n'ai pas beaucoup dans mon... Enfin j'en n'ai pas beaucoup vu dans mon exercice de remplacement, parce que c'est plutôt globalement des personnes que tu vois à domicile. Et moi, je n'en fais pas beaucoup des visites à domicile comme je suis remplaçante, parce qu'ils attendent leur médecin traitant. Donc pour moi, c'est un peu plus difficile de répondre à la question. mais c'est clair que je serais beaucoup, beaucoup plus tolérante en terme d'objectif glycémique. Pour moi, le maître mot, c'est éviter l'hypoglycémie.

Et tu les dépistes comment les hypoglycémies?

Ben par le carnet de surveillance fait par l'infirmière.

6/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients âgés diabétiques de type 2?

Ben moi, je n'instaure pas souvent de traitement seule. Soit les patients sont déjà traités et je les fais réévaluer par l'endocrinologue. Soit ils ne sont pas traités, et je les adresse à l'endocrino. Je ne me sens pas assez à l'aise pour manier seule les traitements. Alors, oui, je peux changer la doses s'il y a des hypo ou si l'hémoglobine glyquée est trop élevée, mais en général, j'y associe une réévaluation par l'endocrino.

7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour la modification du traitement?

Ben les hypoglycémies, l'hémoglobine glyquée, la fonction rénale... Mais c'est surtout sur l'avis de l'endocrino que je m'appuie.

8/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités?

Plutôt sur traités je pense. Mais euh... Je n'ai pas beaucoup d'expérience.

9/ Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ? Par exemple le MMS, le score ADL...?

Euh... (Soupire). Ben oui, pour quelqu'un, un sujet vulnérable, oui, je le prend en compte, mais euh... Oui, forcément, je le prend en compte, mais peut-être pas de manière euh...

Tu ne formalises pas forcément par les scores quoi?

Oui, voilà.

D'accord.

10/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés, et en quoi cette prise en charge diffère de celle du sujet jeune?

12/ Comment faites-vous pour prendre en charge les patients âgés diabétiques en EHPAD?

Je n'ai encore jamais suivi de patients diabétiques en EHPAD

13/ Echanges libres à l'issue de l'entretien:

Et est-ce que tu eux me parler du sujet: est-ce que tu te sens en difficultés par rapport aux diabétiques âgés, ou pas spécialement...enfin, tu n'en as pas beaucoup dans ta patientèle donc euh...

Que penses tu des nouvelles recommandations?

Et ben je trouve qu'elles sont extrêmement vagues et à l'appréciation du médecin généraliste. Et c'est pas forcément facile parce que... Ben en tous les cas, l'intervenant que j'ai vu (*cf formation : DU de cardio-gériatrie*), c'était trois catégories de personnes: vulnérables, fragiles et euh...je sais plus, pas « solides » mais euh...

Oui oui

Et j'ai trouvé que c'était extrêmement... Enfin, en pratique, ça ne nous aide pas forcément et du coup on est complètement... Moi, je me sens un peu seule dans les décisions, hormis ceux où effectivement il y a eu l'avis endocrine mais ça reste une oui deux fois par an donc c'est pas forcément évident.

Normalement, chez le patient âgé très dépendant, tu pourrais aller jusqu'à 9%, toi tu me parlais qu'au delà de 8% déjà, c'était compliqué. Tu trouves que 9, c'est déjà trop, ou pas?

Ben pour moi, 9, ça me fait un peu peur en tous les cas. Après euh...sujets âgés, j'en ai euh... Les vrais sujets âgés de plus de 90 ans, j'en vois rarement donc j'ai pas encore l'habitude de bien les prendre en charge.

Et par rapport à ta formation, Tu dis que tu te sens en difficulté pour dire si la personne âgée est très dépendante ou non, est-ce que tu te sens aussi en difficulté pour manier les traitements antidiabétiques chez...

(*Elle intervient*). Ah ben oui, oui, oui. Oui je pense parce que j'ai... C'est que de l'auto formation et la formation au travers de...du DU que j'ai fait et...

Spécifiquement pour la personne âgée tu te sens en difficultés ou pour tous les diabétiques?

Ben pour les deux puisque dans mon parcours de formation, j'ai eu ni un stage en endocrino nutrition, ni un stage en gériatrie, donc c'est pour ça que j'ai fait ce diplôme de cardio gériatrie. C'était juste pour euh... Pour me sentir un petit peu plus à l'aise mais malheureusement, ça ne couvre pas tous les domaines du sujet âgé.

Et tu es réticente à utiliser les nouveaux anti diabétiques chez le sujet âgé?

Euh, je ne le ferai que sous couvert en tous les cas d'un endocrinologue parce que j'ai pas du tout de...

Sinon, c'est plutôt metformine et euh... Et tu instaures de l'insuline?

Ah non! Le passage à l'insuline pour moi ça...

ça passe par l'endocrinologue?

Oui, ça requiert au moins un avis endocrino pour la mise en route. Et puis après je peux prendre la main, mais en association, ou en partenariat avec l'endocrinologue mais euh...dès qu'il y a passage à l'insuline, je ne le ferai pas toute seule.

D'accord. Et par rapport au bilan lipidique, es-tu aussi stricte chez les personnes âgées?

Euh...(souple). Non. Alors c'est une question qui est un peu différente. Pour le bilan lipidique, je fais en fonction de la tolérance du traitement plus que les objectifs. Et puis aussi en fonction de si c'est en prévention primaire ou ne prévention secondaire. C'est clair qu'on a... En tous les cas, on a plus tendance à essayer de s'en dispenser, plutôt que de vouloir leur mettre à tout prix et qu'il y ait une mauvaise observance.

En résumé, qu'est-ce qui te freine pour pouvoir bien traiter le diabète du sujet âgé? C'est le fait de ne pas pouvoir bien le « classer » en fonction de son niveau d'autonomie... (le médecin intervient)

Oui, et puis parce que, pour moi, c'est aussi des prises en charge pluridisciplinaires, donc j'ai pas envie de prendre l'avis toute seule, de me dire... Enfin, globalement, je sais dire si c'est, pour moi, « fragile », « vulnérable », ou « solide », je ne sais plus ce que c'est, mais euh.. Il y a ça, et puis parce que ça touche plusieurs domaines, ça impacte sur plusieurs domaines, il y a toute les iatrogénies médicamenteuses chez le sujet âgé, qui est extrêmement importante. C'est pour ça que je manie avec précaution.

Et tu dis que tu as recours à l'endocrinologue, mais tu aurais recours aussi au gériatre ou pas ?

Ben c'est vrai que comme ça, de but en blanc, je fais moins appel au gériatre, mais c'est... Il faut, il faudrait que je fasse appel au gériatre aussi qui a toute sa place pour la prise en charge du patient diabétique ou du patient gériatrique.

Et tu trouves parfois que l'endocrinologue est trop « intensif » chez certaines personnes âgées?

Ah ben...Oui, oui, parce que... C'est sûr qu'il se base plus sur les objectifs glycémiques thérapeutiques, et que le gériatre prendra plus euh...aura plus un aperçu global, et donc euh...meilleur, je pense. Mais euh... C'est vrai que je devrais faire plus appel au gériatre.

Entretien n°5: MG5

Durée: 16 min 27

Caractéristiques du médecin

- Age: 55 ans
- sexe: féminin
- année d'installation: 1993
- Lieu d'installation: Lunéville (54)
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Mais tu fais partie de la maison du diabète. Tu es toujours présidente de la maison du diabète ?
Je suis présidente de la maison des réseaux au sein de laquelle il y a la maison du diabète.
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: non
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2, quelque soit l'âge: 15 %
(intonation de voix incertaine)

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie): 50 %
(toujours intonation de voix incertaine)

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: 25%

1/ Pouvez-vous me parler de votre dernier patient âgé diabétique? Qu'est-ce qui est pour toi un patient âgé?

Maintenant, c'est plus de 85 ans.

D'accord

Caractéristiques du patient: 92 ans, une plaie diabétique, insulino-dépendante, sous corticothérapie pour une hépatite auto-immune, et...ce qui ne faisait pas bon ménage avec le diabète, et...elle a fait des complications du diabète.

Donc quoi comme complications ?

Ben une énorme plaie au ni eau d'un pied, et une rétinopathie diabétique.

D'accord. C'est une femme que tu vois à domicile ou à ton cabinet ?

A domicile.

Elle habite seule?

Oui.

Et elle a un entourage ou des aides à la maison?

Elle a des aides à la maison parce que les enfants ne sont pas proches géographiquement.

D'accord. Et au niveau du traitement du diabète, qu'est-ce qu'elle a ?

Elle a de l'insuline.

Combien de fois: une fois par jour?

Non, elle a...deux Lévémir, et...des rapides.

Et c'est elle qui gère ou c'est...? (Le médecin m'interrompt)

Les infirmières.

C'est elle qui se fait à manger ou pas ?

Non. Elle a une aide de vie qui lui fait le repas pour midi et une soupe pour le soir. Le soir, elle mange ça.

D'accord. Et est-ce qu'elle fait des hypoglycémies?

Non.

Tu le vois sur le carnet ou...? (Le médecin m'interrompt)

Oui, je regarde le carnet à chaque fois que je viens. Les infirmières aussi.

Est-ce que tu pourrais me parler d'elle au niveau gériatrique: comment tu la définirais?

Euh... (*soupire et silence de 2 secondes*). Ben une polypathologie, une dépendance euh... Elle souffre de la solitude, ça c'est sûr. Euh... Un syndrome dépressif lié à la baisse d'autonomie. Euh... Et puis donc en tout dernier, un...la complication au niveau de la plaie au niveau du pied qui l'a menée à l'hôpital deux fois, qui s'est surinfectée, quia... ça, ça lui a mis un gros coup au moral parce qu'avant elle sortait encore avec son aide de vie ou avec une voisine. Elle sortait encore un petit peu et depuis la plaie, elle ne sort plus.

Elle n'a pas de troubles cognitifs ?

Non.

Et au niveau nutritionnel? Elle est plutôt dénutrie, plutôt... Comment tu la définirais?

Et bien depuis qu'il y a la plaie, j'ai remis des compléments protéinés pendant quelques semaines, oui, parce qu'elle était un peu dénutrie.

Tu l'avais dépistée comment la dénutrition?

Le poids.

Et tu ne fais pas l'albumine?

(*Soupire*). Ben...là, j'ai pas fait.

Et sa dernière hémoglobine glyquée?

Je pense qu'elle était très décompensée parce que ben...il y avait justement le, l'infection et le...les immunosuppresseurs, euh... Je crois qu'elle était autour de 10.

Et pour toi c'est (le médecin intervient)

Ce qui l'a menée à l'hospitalisation d'ailleurs.

Et l'objectif pour elle, ce serait quoi?

Oh, elle serait à 8, je serais contente.

Pour elle, tu te baserais à 8.

Oui.

D'accord. Est-ce que tu pourrais me parler des objectifs glycémiques pour toi, en fonction de... Enfin, comment tu fixes la cible d'hémoglobine glyquée?

Ben c'est... Je suis plus indulgente pour les patients très âgés.

Et est-ce que tu peux m'en dire plus?

Ben ben en dessous de 7 pour les jeunes, entre 7 et 8 pour les plus âgés.

Juste sur l'âge ou tu te bases sur autre chose ?

(Silence de 3 secondes) Les pathologies associées *(air interrogatif)*

Ouais

Quand il y a des poly pathologies. Enfin comme elle, par exemple, qui a de l'Imurel et de la cortisone pour une autre pathologie, euh... Je me doute bien que je vais pas avoir une bonne glyquée.

D'accord. Et jusqu'à combien tu pourrais aller en te disant « ce taux d'hémoglobine glyquée, il peut me satisfaire » ?

(Silence de 2 secondes) 8, 8.5.

D'accord.

2/ Est-ce que vous adapter la prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

3/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé?

Ben l'HbA1c *(silence de 3 secondes)*

Est-ce que tu as d'autres... *(Le médecin intervient)*

Les glycémies. Le poids, le...les comorbidités. Je prends la globalité du patient.

D'accord. Et au niveau autonomie?

Aussi oui.

Aussi? *(Silence de 2 secondes. Le médecin n'intervient pas).* **D'accord**

4/ Quels sont les paramètres de surveillance de ce type de patients âgés?

(Silence de 2 secondes). Est-ce que tu as la même surveillance que chez quelqu'un de plus jeune ? Est-ce que tu adaptes?

Oui, ça peut m'arriver d'adapter. Mais sinon, on a quand même les mêmes critères de surveillance, hein.

Tu adaptes en fonction de quoi?

Et ben...plus le...l'entourage, l'autonomie, le... Ben voilà, la facilité de... Les revenus aussi, parce que souvent les retraites sont petites: ils mangent mal. Euh...oui j'adapte. Il y a des choses que j'adapte, dont je tiens compte parce que ils sont âgés, oui.

Tu ne feras pas par exemple ton doppler tous les ans, ou...?

Le cardio, l'ophtalmo tous les...Des fois, c'est le cardiologue lui même qui nous dit « tous les deux ans ».

D'accord.

Mais non, sinon, je laisse tous les ans.

Et l'hémoglobine glyquée ?

Trois fois par an, quatre fois par an.

D'accord. Donc tu surveilles à peu près comme chez un sujet jeune.

Oui, oui.

Même si c'est un patient dépendant, dément ?

Ah...oui. Pour le diabète, oui.

D'accord.

5/ Comment surveillez-vous les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune?

6/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients âgés diabétiques de type 2?

Déjà, est-ce que tu mets en route un traitement sans avis endocrino, et sur quels paramètres tu...? (*Le médecin m'interrompt*).

Ah je mets des traitements sans avis diabéto et endocrino, oui.

Même l'insuline?

Euh... ça m'arrive d'instaurer de l'insuline, oui.

Et tu prends quoi en compte comme paramètre?

Et ben... La... Tout: le poids, les comorbidités, la créat, enfin la clairance, euh...la... Oui, c'est sûr que je vais choisir le traitement en fonction de...des comorbidités, des autres médicaments, en fonction de la fonction rénale, en fonction de l'état cardiaque...

Et est-ce que tu préconises des règles hygiéno-diététiques?

Ah...oui, oui... Adaptées aux sujets âgés et à leur budget, mais oui.

Comme quoi par exemple?

Ben...de retirer le miel et la confiture au petit déjeuner (*sourire*)

Tu auras les mêmes « règles » que chez un patient jeune ou pas ?

Non mois, un peu moins sévères.

Et tu as l'impression qu'ils arrivent à t'écouter? Mieux que les patients jeunes? Moins bien?

Les très âgés, s'il commence à y avoir des troubles cognitifs, je ne me fais pas d'illusion. C'est plus au niveau du portage de repas et des aides de vie que...que j'interviens. Pas sur eux mêmes.

Et est-ce que tu surveilles l'albumine du coup, quand tu donnes des règles hygiéno-diététiques?

ça m'arrive.

Oui. Mais pas systématique ?

Non.

D'accord.

7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour la modification du traitement?

Eh bien...

Qu'est-ce qui fait que tu vas modifier un traitement?

Et ben quand il y a...soit des malaises hypo, soit une élévation de la glyquée, soit un...un médicament qui est...une intolérance médicamenteuse. C'est sûr que...voilà. Si il y a des diarrhées sous metformine, je vais me calmer (*rires*).

8/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités?

(*Silence de 4 secondes*) Peut-être trop

C'est-à-dire ? Pour toi, c'est quoi « trop traités » ?

Ben euh... Faut tenir en compte le risque de chute, le...le risque de malaise hypo qui est accru peut-être, oui.

A partir de quelle valeur d'hémoglobine glyquée tu vas te dire « il est trop traité »?

7 (*silence de 2 secondes*). Il faut qu'il reste à 7. Il n'a pas besoin d'être euh...

Et si il est en dessous, tu vas faire quoi?

Ben j'allège le traitement.

D'accord. Même si il ne fait pas d'hypo, qu'il tolère bien son traitement... (le médecin m'interrompt).

Oui, oui. Oh oui j'allège pas mal chez les gens très âgés.

9/ Quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ?

C'est quoi? Des échelles, des machins comme ça?

Oui.

Je suis pas « échelles » moi.

Est-ce que tu fais parfois des MMS ou des... ?

Euh...(souple). En fait, je fais appel au médecin gériatre du réseau pour les évaluer. Moi je fais pas trop moi-même.

Qu'est-ce qui fait que tu vas faire appel au médecin gériatre?

Dès qu'il y a un problème euh...euh... Ben en fait, le réseau peut leur envoyer l'ergothérapeute, la psychologue, la diététicienne euh...gratuitement. Donc je fais beaucoup appel au réseau, et ça passe toujours par une évaluation gériatrique. Je travaille beaucoup avec Mme K. qui est la gériatre.

Et avec les diabétologues? Est-ce que tu es plutôt d'accord avec leur prise en charge, ou pas du tout?

En général, oui.

Par rapport aux objectifs, tu n'as pas l'impression qu'ils sont plus stricts que le généraliste ? Pas forcément?

Non, moi les miens, ils sont...aussi un petit peu plus cools avec les gens très âgés.

D'accord.

10/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés, et en quoi cette prise en charge diffère de celle du sujet jeune?

Non, je ne me sens pas en difficultés (intonation de voix très affirmée).

Oui, et puis tu as le réseau en cas de problème.

Oui.

12/ Comment faites-vous pour prendre en charge les patients âgés diabétiques en EHPAD?

Ben c'est pareil, on allège un peu aussi.

13/ Echanges libres à l'issue de l'entretien:

Qu'est-ce que tu penses des nouvelles recommandations?

Je ne les connais pas bien.

Alors elles classent les patients en trois catégories: les plus robustes avec un objectif d'hémoglobine glyquée plutôt à 7, les fragiles entre 7 et 8 et les dépendants plus proches de 9.

(Le médecin intervient). Ah oui, c'est ça, d'accord.

Beaucoup de généralistes que j'ai interrogé, ont du mal à aller à 8 et à se dire que 9, ça peut être bien aussi.

(Le médecin intervient). Oui

Qu'est-ce que tu en penses?

9 c'est beaucoup. Oui, moi 9... Je t'ai dit 8.5 tout à l'heure, 8, 8.5.

9, c'est beaucoup pour toi.

Oui.

Concernant ta formation, tu te sens plutôt à l'aise avec la gestion des traitements?

Oh oui.

Aurais-tu des choses à ajouter par rapport à la prise en charge du diabète chez mes sujets âgés?

Euh... Des difficultés au niveau de la nourriture, des règles euh...diététiques. C'est pas facile.

C'est-à-dire: plutôt tendance à manger trop sucré?

Oui, et puis à manger pas cher, parce que souvent les gens ont des petites retraites et c'est plus facile d'acheter des patates que des légumes quoi.

D'accord. Et tu penses qu'ils sont plutôt dénutris ou tu as plutôt des patients qui sont... (Le médecin m'interrompt).

Qui mangent mal, oui qui mangent mal, qui... Même en EHPAD, il y a de la famille des sucreries, qui... Par goût, ils choisissent de ne pas manger euh... Oui, je trouve qu'ils mangent mal. Oh ouais, ils mangent mal.

Et tu penses qu'on pourrait les aides comment?

Euh... (Silence de 5 secondes)

Par goût, ou parce que par exemple il y a un problème dentaire ou...

Alors voilà, ça peut être effectivement un problème dentaire... Non et puis même, même quand on leur mets un repas euh...bien équilibré, ils mangent que ce qu'ils aiment, et c'est souvent le sucré.

Et ça te pose vraiment problème ça, ou pas?

Non, je fais avec.

D'accord. Tu aurais plutôt tendance à renforcer le traitement et à les laisser manger euh...

Oui, oui.

Ok. Est-ce que tu utilises les nouveaux antidiabétiques oraux?

Qu'est-ce que tu appelles les « nouveaux » antidiabétiques oraux?

Ben, inhibiteurs de la DPP4...enfin, ils ne sont plus vraiment très nouveaux (le médecin intervient)

Oh oui, largement.

Sans soucis?

Sans soucis.

Y compris chez les sujets âgés?

Oui.

Pareil que chez le sujet jeune?

En fonction de la... s'il n'y a pas d'insuffisance rénale, cardiaque, hépatique effectivement.

Ta formation initiale t'a aidée pour t'adapter ou ce sont surtout les FMC?

FMC

Tu en as régulièrement?

Oui.

Et tu fais souvent appel aux endocrinos même pour les patients très âgés, pour le diabète?

Non.

D'accord. Tu arrives à gérer euh...

Oui. J'en ai même qui étaient chez l'endocrino puis qui disent « je vois pas à quoi ça sert » (*rires*).

Par rapport aux gens qui sont hospitalisés, comment tu trouves que leur traitement est adapté pour la sortie?

Ah c'est un petit chapitre effectivement embêtant parce que parfois les médicaments accrédités par l'hôpital ne sont pas ceux qu'on a en ville. Il y a des changements. Les gens des fois s'y retrouvent pas. J'ai déjà eu des...des gags. Moi, j'attends avec impatience le...la sortie, la liaison ville-hôpital un peu mieux établie comme cela est prévu d'être fait. Parce que euh... ils sont parfois capables de continuer de prendre le Lasilix qu'il y avait à la maison en même temps que le furosémide de l'ordonnance de sortie de l'hôpital.

Ils mélangent leurs ordonnances?

Ouais, ouais, moi je trouve que...il y a encore, c'est pas encore... Il y a parfois un petit laps de temps entre euh... Et puis des confusions. Mais ça, c'est en passe d'être fait.

Parce que vous allez avoir les courriers par Internet?

Non, oui voilà. Et puis l'ARS est en train de mettre au point une coordination ville-hôpital et puis...

Et ça se passera comment du coup? Vous allez être appelé par les médecins avant la sortie?

Comment ça va se passer?

Ben pour l'instant on est déjà appelé par les médecins à l'entrée du patient. On est appelé par le pharmacien de l'hôpital à l'entrée à l'hôpital, et le pharmacien de l'hôpital fait euh...doit recueillir, même quand on l'a écrit dans la lettre, il nous retéléphone. C'est la concertation avec un C majuscule à l'entrée. Et nous, on attend également une concertation également à la sortie. Et on a fait les démarches pour que ce soit mis au point parce qu'on s'aperçoit qu'il y a ou des décalages dans le temps, ou des conf ou des erreurs, ou des doublons, ou des oublis. Par exemple quelqu'un qui était sous... J'ai une mémé qui avait perdu son fils, qui était sous sertraline et elle a été hospitalisée pour un problème intercurrent, et ben ils lui ont interrompu sa sertraline. Tu vois, c'est des trucs ben... Bon, c'est pas super important tu me diras. Mais quand même, tu vois.

D'accord. Et ça, c'est avec l'hôpital de Lunéville que vous avez... (le médecin m'interrompt).

Voilà. Si elle a été hospitalisée en cardio, elle va ressortir avec une magnifique ordonnance de cardio, mais euh...si je passe pas derrière, et ben...le lévothyrox et la sertraline passent à la trappe. Tu vois?

D'accord.

Entretien n°6 : MG6

Durée : 12 minutes

Caractéristiques du médecin:

- Age : 56 ans
- Sexe : Masculin
- Année d'installation : 1990
- Lieu d'installation : Chazay d'Azergues, 69380
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Aucune
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Aucune
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : ne sait pas

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 70 ans : ne sait pas

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans : ne sait pas

1/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé ?

(Silence, le médecin réfléchit).

Sur la prise en charge chez le sujet âgé, est-ce qu'il y a des modifications ?

L'état général, la fonction rénale, poly pathologies.

2/ Est-ce qu'il y a des modifications au niveau de la surveillance ? Une surveillance plus particulière ?

La surveillance c'est surtout au niveau rénal et puis on est beaucoup moins exigeant sur les taux de glycémies et d'HbA1c. On veut surtout éviter les hypoglycémies.

Euh, voilà.

3/ Après, quels sont les paramètres pris en compte pour l'instauration d'un traitement chez ces patients-là, quand vous débiter un traitement ?

Alors je vais me répéter, mais fonction rénale, créatinine. Euh, état général du patient, compréhension des traitements et des recommandations hygiéno-diététiques. Euh, activité physique ou non.

Voilà.

Et plutôt un antidiabétique ou de l'insuline ?

Tout dépend de la fonction rénale.

C'est le pilier pour mettre en place un traitement, sachant que la metformine est recommandée sauf altération de la fonction rénale, on passe à l'insuline.

4/ Quel sont les paramètres que vous prenez en compte pour la modification du traitement ? Un peu les mêmes choses ?

Oui toujours un peu pareil, compréhension, fonction rénale, suivi ou non des recommandations, poly pathologies avec risque d'interactions médicamenteuses ou non.

5/ Les critères de jugement de l'efficacité de la prise en charge ? Pour vous ?

Tolérance, absence d'hypoglycémies, absence de néphrotoxicité.

6/ Est-ce que vous pouvez nous parlez de votre dernier patient diabétique ? L'âge ? Le lieu de vie ? Si vous le suivez ici ou à domicile ?

Le dernier il est mort.

Le dernier que vous avez vu. Pour que ce soit la consultation la plus fraîche.

(Cherche sur son ordinateur) Je regarde, parce que des diabétiques on en voit beaucoup. Euh, pfff, tssststssstss. *(Silence environ 30 secondes)*. La dernière que j'ai vu je l'ai vue hier mais ce n'était pas

pour son diabète. (*Silence, environ 1 minute*) Alors, j'en ai une qui vient, qui a 81 ans, HbA1c à 6,6%, LDL à 0,87, elle est sous JANUMET, ce qui est intéressant avec elle c'est que en suivant les recommandations elle est sous statine et en lui baissant sa statine, là je suis en train de lui arrêter, et je m'aperçois qu'en diminuant sa statine je fais baisser son HbA1c

Ah oui !

Pour parler de sa fonction rénale, elle a une créatinine à 67 avec une MDRD à 74 ml/min.

D'accord, elle voit un diabétologue aussi ? Ou non ?

Non

Ça fait combien de temps qu'elle est diabétique ?

Ça fait 14 ans.

Elle n'a pas de complications ? Ou de facteurs de risques cardiovasculaires associés ?

Hypertension, elle a une trithérapie anti hypertensive. Elle est sous Cotareg 160/12,5 et Lercan. Je lui ai quand même mis du Kardégic, ça se discute, de l'aspirine à petite dose pour éviter les angiopathies.

Elle n'a pas de néphropathie ou de micro angiopathie ?

Non car elle a une fonction rénale qui est bonne.

Qu'est-ce que vous pensez de cette dernière hémoglobine glyquée ?

Elle est parfaite, c'est pour ça que j'envisage d'alléger son traitement assez rapidement si la prochaine fois elle est aussi bonne. J'attends un petit peu car comme pour l'instant on fait l'arrêt de la statine, du Tahor 10, je veux d'abord vérifier l'évolution de l'hémoglobine glyquée avec l'arrêt de la statine.

Est-ce qu'il y a des complications du diabète qui ont modifié la prise en charge ?

Non

Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient ?

Euh, elle est très rigoureuse, elle suit à la perfection les recommandations hygiéno-diététiques, c'est assez rare chez les diabétiques.

Il reste deux questions,

C'est long ou pas ?

7/ C'est une question sur les données de l'évaluation gériatrique chez le sujet âgé et s'il y a des difficultés dans la prise en charge des patients diabétiques.

Des difficultés dans la prise en charge des patients diabétiques ?

Oui, chez le sujet âgé.

Ben, les difficultés elles sont de trois ordres. Suivi des traitements, suivi des recommandations hygiéno-diététiques et puis euh, manque d'activité physique, souvent.

Mais vous, le fait qu'elles soient âgées ça ne vous pose pas de difficultés sur l'adaptation des traitements ?

Non

8/ Et est-ce que il y a des marqueurs de l'évaluation gériatrique dont vous vous servez pour traiter les patients ? (*Septique, regard interrogatif*)

Est-ce qu'il y a une évaluation gériatrique, des échelles, des choses comme ça, qui vous font dire, lui il se retrouve plus dans cette catégories de personnes âgées donc j'adapte le traitement...

C'est un facteur global, c'est à dire si le patient adhère au traitement et aux recommandations, le suivi est bien plus simple

L'éducation thérapeutique, souvent je donne des documents aux patients avec des conseils alimentaires bien spécifiques pour qu'ils sachent exactement, concrets.

Après il faut s'assurer de la bonne compréhension et surtout de l'observance qui est pas toujours évidente car les gens ne se sentent pas malades. C'est le problème chez les diabétiques.

Merci

Entretien n°7 : MG7

Durée : 22 minutes

Caractéristiques du médecin:

- Age : 38 ans
- Sexe : Féminin
- Année d'installation: 2008
- Lieu d'installation : Anse
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Non, mais j'ai des patients en maison de retraite.
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Environ 45 sur 1155

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 70 ans : 9 %

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans : Environ 80 % à la louche

1/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète chez le sujet âgé ? Le diabète de type 2.

(Silence, regard interrogatif)

Quels sont les paramètres du patient, par exemple pour instaurer le traitement ?

Donc au pluriel j' imagine

Oui

Ben déjà c'est bien sur son hémoglobine glyquée, si il y a des comorbidités, l'état d'autonomie du patient, savoir si il est isolée ou pas, par rapport au risque d'hypoglycémie aussi.

Au niveau de sa compréhension du traitement aussi. Mais bon dans ce cas-là on fait intervenir des infirmiers à domicile.

Euh... oui c'est essentiellement ça. On essaye d'évaluer l'espérance de vie à court terme, quelqu'un qui a, enfin ça dépend si vraiment c'est un diabète puis ça dépendra des signes cliniques, si le patient ressent des signes d'hyperglycémies, si il est gêné parce qu'il boit sans arrêt, il va sans arrêt uriner, on aura tendance à le traiter, même si il a une espérance de vie courte.

2/ Les paramètres de surveillance de ce type de patient ?

Les paramètres de surveillance ? Et ben ce que je disais, déjà la clinique, savoir si il a des signes fonctionnels, si il a un traitement, si il n'a pas d'hypoglycémies, si il les ressent, réexpliquer les signes d'hypo, les chutes, malaises. Euh et puis après l'hémoglobine glyquée, après c'est vraiment dans le cadre général ? Savoir si je surveille le cholestérol ?

Ben oui oui...

Après corriger les autres facteurs de risques cardiovasculaires, la tension, je fais quand même un ECG annuel, un fond d'œil annuel malgré tout. Euh, le bilan lipidique je ne le ferai pas, je le fais plus parce qu'on nous demande de le faire pour la ROSP. Mais à partir de 80 ans, même si je trouve du cholestérol élevé je ne vais pas le traiter avec une statine.

Voilà.

L'hypotension orthostatique.

3/ Pour l'instauration d'un traitement, chez les diabétiques, est ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques ?

Oui oui bien sûr, oui.

Qu'est-ce que vous instaurez en premier lieu, un antidiabétique ou de l'insuline ? Qu'est-ce qui va vous permettre de faire le choix entre les deux ?

En général, j'instaure plutôt un antidiabétique oral. Alors c'est vrai on est limité chez les personnes âgées, s'il y a de l'insuffisance rénale. Ah oui, je ne l'ai pas dit aussi mais il y a la fonction rénale bien sûr à surveiller.

Euh, mais oui après je vais plus partir sur du Novonorm en général car il n'y a pas de contre-indication avec l'insuffisance rénale. Les sulfamides il y a trop de risques d'hypoglycémies, la metformine c'est déconseillé après un certain âge.

Après, si c'est une hyperglycémie très importante, plutôt de l'insuline. Mais, souvent ce n'est pas très bien accepté d'emblée chez ces patients qui vivent à domicile. Là, ça nécessite vraiment le passage d'un infirmier, c'est vécu comme intrusif chez certain patient.

4/ Et pour modifier le traitement ? Du coup si vous devez le modifier, c'est sur quels critères ?

L'hémoglobine glyquée, un déséquilibre du diabète. Euh, par exemple une aggravation de la fonction rénale, si elle se dégrade. S'il y a des hypo aussi. Si il y a des effets indésirables, par exemple certain patient le Novonorm ça les constipe beaucoup, donc on va changer le traitement. Voilà.

5/ Alors, les critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

Les critères de jugement de la prise en charge ?

Alors si on a la disparition de signes fonctionnels. En fonction de l'hémoglobine glyquée, en sachant qu'on a des objectifs après 80 ans entre 8-8,5%, on est plus haut que la population plus jeune. Ben voilà, être sûr que tous les paramètres, notamment la fonction rénale, soient stabilisés. Qu'on ne soit pas délétère surtout, qu'on n'apporte pas d'autres effets indésirables.

6/ Alors maintenant, est ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique que vous avez vu ? Pour son suivi, le dernier, pas un en particulier, pour avoir le plus frais.

Alors le plus frais, ça doit être elle.

90 ans.

Elle vit à la maison ?

Oui elle est chez elle.

Vous faites des visites parfois ?

Parfois, oui, mais en général elle vient au cabinet

Pour son diabète elle a déjà vu un endocrinologue ?

Alors oui, à l'hôpital au cours d'une hospitalisation, elle avait été vu par, en tout cas il y avait eu une adaptation du traitement. C'était par le Dr *** en endocrinologie.

Depuis quand elle est diabétique ?

Je ne l'ai pas marqué, (*Soupire*)

Depuis plus de 10 ans, ce n'est pas moi qui la suivais avant.

Est-ce qu'elle a des complications de son diabète ? Est-ce qu'elle a d'autres complications cardio-vasculaires ?

Alors, elle est hypertendue, et euh, elle a une artériopathie des membres inférieurs comme complication.

Et quel est son traitement ?

Elle a de la Lantus tous les jours le matin faite par elle-même et elle a du Diamicron 60 mg un comprimé le matin.

Est-ce qu'elle a un régime antidiabétique ?

Oui elle fait très attention, même limite trop, à chaque fois il faut que je lui dise qu'il faut qu'elle ne se prive pas. Elle il faut plutôt cadrer dans l'autre sens.

Du coup elle surveille son taux de sucre à domicile ?

Oui, elle a un carnet de glycémie.

Et la fréquence de surveillance de l'hémoglobine glyquée ?

Tous les 3 mois

Et la valeur de la dernière ?

10%

Et du coup, la patiente sur les paramètres gériatriques, au niveau de l'autonomie, comment elle est ?

Alors elle a une infirmière qui vient tous les jours, qui regarde le carnet de glycémie.

Qu'est-ce qu'elle a d'autre cette dame ? Elle a une aide-ménagère aussi, elle marche toute seule, elle est quand même autonome, elle a un déambulateur, elle marche quand même difficilement, elle est entourée par sa famille et les voisins, elle n'a aucun trouble cognitif, voilà.

Et au niveau nutritionnel ?

Au niveau de son poids il est stable, je n'ai pas du demandé d'albuminémie. Alors, est ce que j'ai fait une albuminémie récemment ? (*Cherche*)

Non pas récente, mais son poids est stable. Après, c'est une dame qui a pas mal de reflux, qui est gênée pour manger. Mais tant que son poids est stable, je ne m'inquiète pas.

Que pensez-vous de la dernière hémoglobine glyquée, à 10% ?

C'est mieux que la dernière fois, elle était à 12 %. Je lui ai augmenté sa Lantus de 2 unités et voilà après, ça ne m'affole pas car elle n'a pas non plus de signes fonctionnels d'hyperglycémie. C'est une dame quand même âgée, qui a quand même d'autres pathologies qui font qu'elle n'a pas une espérance de vie très longue.

Elle, si on arrive à 9 % c'est bien, après si elle reste à 10 % ce n'est pas grave tant qu'elle le tolère bien.

Du coup vous avez quand même modifié son traitement ?

Oui j'ai quand même augmenté la Lantus de 2 unités. Mais je n'ai pas fait de protocole pour augmenter d'avantage, je me laisse le temps.

Oui, pas de protocole pour augmenter selon la glycémie au jour le jour ?

Non, je me laisse vraiment du temps. Ah si, j'ai quand même dit aux infirmières que si il y avait une hypoglycémie 1 fois inférieure à 0,8 gramme par litre de diminuer immédiatement la dose de 2 unités et si il y avait 3 jours de suite une glycémie à jeun supérieur à 2 grammes par litre de passer à 14 unités de Lantus le matin.

En pratique, elle est toujours bien le matin, je pense que c'est dans la journée que ça augmente. Après, elle n'a pas beaucoup d'activité physique.

Après, du coup sur la prise en charge du patient, est ce qu'il y a des complications du diabète qui ont modifié, qui ont changé la prise en charge? Est-ce qu'elle a fait des hypoglycémies ?

Alors,

Ou de l'insuffisance rénale ?

Pas récemment rien de récent. Après quand elle était à l'hôpital elle est passée sous Lantus, avant elle devait avoir 2 antidiabétiques oraux, ils avaient juste modifié le traitement parce que déjà elle n'était pas très bien équilibrée, mais elle ne faisait pas d'hypo. C'est plus facile à surveiller, c'est plus simple pour adapter le traitement.

Non rien de récent pour elle.

Quel adjectif utiliserez-vous pour définir ce patient?

Un adjectif ? (*Rire*)

On va dire fragile.

7/ Après, quelles données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ? Est-ce que vous vous servez d'outils ? Au niveau de l'évaluation gériatrique, de quoi vous servez-vous pour prendre en charge les personnes âgées diabétiques ?

Non, je ne connais pas trop. Et puis j'aurais un peu la même attitude. On pense au MMS pour les troubles cognitifs. Mais je ne suis pas sûre d'avoir une attitude différente, ça va plus dépendre de l'âge.

Après ce n'était pas forcément une échelle, c'est les paramètres en général.

Par rapport aux paramètres, c'est plus l'autonomie, les actes de la vie quotidienne, effectivement les troubles cognitifs. Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre ?

Chez des patients où on sent qu'il peut y avoir une dénutrition, l'évaluer.

Oui ça va plus être ça. Autonomie, troubles cognitifs, dénutrition. Qu'est-ce qu'on peut dire d'autre sur les personnes âgées ? Après l'évaluation globale avec les autres comorbidités et la situation familiale si elle est isolée ou pas.

8/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 âgés ?

Ben oui quand même, enfin je trouve on ne sait jamais trop. Par exemple, pour cette patiente est ce que finalement je ne demande pas d'avis, mais est ce que je devrais demander un avis endocrino? Je l'adresse plus facilement chez le cardiologue pour avoir un suivi cardio, pour quelle ait son fond d'œil mais est ce que je ne devrais pas passer la main. Ce n'est jamais simple d'évaluer la limite. Je trouve que je ne suis pas vraiment à l'aise en général pour prendre en charge le diabète chez les personnes âgées car on a toujours peur d'être délétère au niveau du traitement. Après, je veux dire si on ne traite pas, finalement qu'est-ce que ? ...

Ouais, enfin moi je ne suis pas super à l'aise avec les patients âgés diabétiques.

9/ C'est presque fini, après de manière générale, qu'est-ce que vous avez pensé de l'entretien, des questions, du sujet ?

Alors je trouve que c'est super intéressant.

Et au niveau des recommandations, est ce qu'il y a de choses avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord ?

Alors oui, par rapport aux antidiabétiques oraux, pour moi ce n'est pas clair, enfin je suis toujours obligée de revoir dans les monographies des médicaments pour savoir quel traitement peut être utiliser chez les personnes âgées, en fonction de la fonction rénale. Alors, je pense qu'il y a un travail de formations à faire ou de recommandations justement.

Et vous, est ce qu'il y aurait des éléments qui pourraient selon vous améliorer la prise en charge des patients âgés diabétiques en ambulatoire ?

Ben peut-être des recommandations, peut-être qu'elles existent, en tout cas je ne les connais pas. Des recommandations un peu claires avec un arbre décisionnel et après on peut faire des demandes d'équipes mobiles gériatriques pour faire le point sur la globalité des pathologies, mais on a un accès assez facile à ces consultations. Mais c'est vrai qu'on ne les demande pas facilement, quand le patient globalement est bien, finalement on se pose pas plus de questions.

C'est plus sur l'arbre décisionnel, à partir de quand débiter un traitement ? Parce qu'on commence plus tard, moi personnellement je commencerais plus tard, tant que l'hémoglobine glyquée est autour de 7% je ne débute pas de traitement d'emblée, mais après quelle limite se donner? Par quoi commencer ? Est-ce que c'est mieux de commencer par de l'insuline ?

Plein de points d'interrogations.

Merci beaucoup

Entretien n°8 : MG8

Durée : 24 minutes

Caractéristiques du médecin:

- Age : 36 ans
- Sexe : Masculin
- Année d'installation : 2011
- Lieu d'installation : Anse
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Oui, une capacité
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Entre 15 et 20 sur 450 patients en tout

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 70 ans : 6%, je dois avoir une quarantaine de patients qui ont plus de 70 ans.

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans : Entre 7 et 10

1/ Quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé ?

Pour le prendre en charge ? Pour le diagnostiquer ?

Oui, quels sont les paramètres qui rentrent en compte pour prendre en charge le patient ?

Pour la prise en charge du patient diabétique, je regarde un peu son état général, c'est-à-dire je ne prendrai pas en charge un patient diabétique âgé si il est dépendant, grabataire avec beaucoup de comorbidités par rapport à un patient qui a le même âge et qui est totalement autonome à domicile. Donc là, je prends en compte les comorbidités, je prends en compte son niveau de fragilité, de dépendance, et puis voilà c'est surtout ça.

2/ Les paramètres de surveillance de ce type de patient ?

Ben je surveille l'hémoglobine glyquée tous les 3-4 mois et puis je surveille pour ceux qui sont sous insuline la survenue d'hypoglycémies.

D'accord.

Et puis sinon je surveille les éventuelles complications, la fonction rénale, dépistage des micro et macro angiopathies.

3/ Pour instaurer un traitement chez un patient, qu'est que vous prenez en compte pour initier un traitement pour un sujet âgé diabétique?

Je prends en compte déjà, j'essaie de prendre un traitement qui ne donne pas d'hypoglycémies quand j'utilise un antidiabétique oral, voilà. Puis je prends en compte la fonction rénale.

Après, pareil je prends en compte les autres médicaments qui sont pris, l'état général du patient.

Est-ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques ?

Ben je leur dis pas de faire un régime, à cet âge-là on ne fait pas de régime mais je leur dis surtout de faire de l'activité physique et de manger équilibré en variant, en mettant à chaque repas des féculents avec des légumes, mais je fais surtout pas de régime restrictif diabétique.

Je leur dis qu'ils peuvent manger tous ce qu'ils veulent mais qu'il faut que ça soit équilibré, varié et bien réparti sur la journée.

Et, est ce que vous instaurez plutôt un antidiabétique oral ou de l'insuline ?

En première intention, si la fonction rénale est correcte je mettrais plutôt un antidiabétique oral après si ce n'est pas suffisant je passe rapidement à de l'insuline, je ne multiplie pas trop les antidiabétiques oraux.

4/ Et pour modifier le traitement, qu'est-ce que vous prenez en compte ? Quels sont les paramètres qui vont modifier le traitement ?

Ben c'est surtout l'hémoglobine glyquée et la survenue d'hypoglycémie.

Voilà, ou la fonction rénale qui se modifie.

5/ Les critères de jugement de la prise en charge ? Quels sont vos critères de jugement pour vous dire que la prise en charge elle est efficace chez un patient diabétique ?

Pour moi c'est un patient qui a une hémoglobine glyquée qui est dans les clous, et euh qui fait pas d'hypoglycémie.

6/ Est-ce que vous pouvez me parler du dernier patient diabétique que vous avez vu ? en consultation ou en visite ? Le dernier pour que ce soit le plus frais, le moins subjectif.

Faut que je regarde, car la dernière personne âgée diabétique c'était, je me souviens, (Cherche)

Ouais, ça y est j'ai son nom. C'était au mois de Juillet,

Alors quel âge elle a ?

C'est une dame de 84 ans

Et elle vit à la maison ou en maison de retraite ?

A domicile

Du coup vous la voyez à domicile ou au cabinet ?

Je la vois au cabinet, elle vient me voir.

Est-ce qu'il y a un suivi avec un diabétologue ? Conjointement ?

Oui, y a un lien avec l'endocrinologue.

Depuis quand elle est diabétique cette patiente ?

C'est une dame qui est diabétique depuis, euh, ça doit faire 20 ans qu'elle est diabétique.

Du coup, elle a des complications, il y a d'autres facteurs de risques, des comorbidités ?

Alors c'est une patiente qui est hypertendue, qui a... (*Réfléchit*) sinon qu'est-ce qu'elle a ?
(*Cherche*)

Non elle n'a pas d'anomalie de la fonction rénale ni de micro albuminurie. (*Cherche*)

Non elle n'a pas de grosse comorbidité, hypertendue puis elle a au niveau cardiaque une fonction qui est bien normale.

Et c'est quoi son traitement ?

Elle n'a pas de rétinopathie diabétique.

Au niveau de son traitement, je regardais juste, (*Cherche*)

Elle, Elle est sous Lantus, 24 unités le soir et Novorapid 4 unités matin midi et soir.

Du coup elle a une surveillance glycémique à la maison...

Oui oui, c'est une dame qui connaît bien son traitement, et qui se fait elle-même ses glycémies à la maison et qui même adapte ses doses. Je lui ai fait un protocole d'adaptation en fonction des glycémies pour son insuline rapide.

Et du coup elle a une surveillance de l'hémoglobine glyquée tous les combien de temps ?

Tous les 4 mois elle, tous les 3-4 mois.

La valeur de la dernière hémoglobine glyquée ?

La dernière hémoglobine glyquée, c'était au mois de mai, elle était à 7,3 %.

D'accord et après au niveau des paramètres généraux, c'est une patiente qui est comment ?

C'est une patiente qui est récemment arrivée dans la région, qui garde un bon état général, qui conduit encore sa voiture, et qui sur son dernier bilan biologique, je lui avais fait un bilan un peu complet. Donc faut que je retrouve ça, elle n'a pas d'anémie, elle n'a pas de dénutrition, une albumine normale, elle a un bilan du cholestérol qui est bon, calcémie normale, TSH normale.

Non, elle garde un bon état général cette patiente, elle a juste fais un épisode de diplopie transitoire récemment, bon qu'elle avait déjà fait il y a deux ans pour lequel on avait fait tout un bilan cardiovasculaire qui était négatif, du coup c'est pour ça qu'elle est sous Kardégic.

Elle n'a pas de troubles cognitifs ?

Non elle n'a pas de troubles cognitifs, je ne lui ai pas fait de bilan particulier, je n'ai pas vraiment eu de point d'appel. En consultation elle est tout à fait bien, c'est vrai qu'elle m'a rapporté une chute en début d'année, y a pas eu de malaise ou quoi que soit. Je me demande si ce n'est pas en lien avec des hypoglycémies car j'ai dû rééquilibrer son traitement du diabète que j'ai dû alléger, elle avait de la Novomix et je suis passé à de la Lantus pour mieux contrôler, car elle me montrait ses relevés de glycémies, et elle m'a montré qu'elle avait eu quelques épisodes d'hypoglycémies dont 2-3 symptomatiques, elle me disait qu'elle avait la tête qui tourne, elle avait été obligée de prendre un sucre donc du coup, je pense que cette chute qu'elle a fait est en lien avec l'hypoglycémie.

Du coup sur la valeur de l'hémoglobine glyquée à 7,3%, qu'est-ce que vous en pensez ?

Ben, moi je lui ai dit que c'était tout à fait bien et qu'il ne fallait pas changer, parce qu'elle ne fait plus d'hypoglycémies, je lui ai dit qu'on pouvait être entre 7 et 7,5%. C'est vrai que en début d'année elle était plus élevée son hémoglobine glyquée donc je lui avais intensifié son traitement, elle était à plus de 8% je crois. (*Cherche*)

Ah non non, en fait ce n'est pas ça, elle était à 6,9 % d'hémoglobine glyquée mais elle faisait des hypoglycémies donc j'ai allégé son traitement et elle est passé à 7,3 et elle ne fait plus d'hypoglycémies et je lui ai dit que c'était très bien comme ça.

Du coup sur les complications du diabète qui ont pu interférer, il y avait les hypoglycémies chez cette dame qui vous ont fait alléger le traitement.

(*Hoche la tête*)

Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient ?

Je dirais que, en un mot ?

Oui

Elle est consciencieuse.

7/ Quelles sont les données de l'évaluation gériatrique qui vous sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques?

Les données de l'évaluation gériatrique ? Oui ben y a l'état cognitif, l'état nutritionnel, (*Réfléchi*). Les comorbidités et les traitements qu'il prend à côté.

8/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge les patients diabétiques et si oui quelles sont ces difficultés ?

Jusqu'à présent je n'ai pas eu de grosses difficultés. C'est vrai que si vraiment je suis en difficulté j'ai tendance à travailler avec les endocrino sachant que je garde quand même la liberté d'alléger le traitement ou d'adapter en fonction de la personne que je traite. C'est-à-dire qu'on peut être plus light chez des personnes très âgées qui sont plutôt dépendantes on n'est pas dans des prises en charge très rigoureuses, enfin très strictes on va dire.

9/ Après, qu'est-ce que vous avez pensé du sujet abordé ? Des pistes de réflexion ? Des éléments à rajouter qu'on n'aurait pas abordés sur ce sujet-là ?

C'est vrai que c'est quand même un sujet important, souvent les personnes âgées, de par le vieillissement elles ont une insulino résistance qui se fait, donc je pense que de temps en temps il faut accepter, j'ai beaucoup de personnes âgées qui ont des glycémies à jeun supérieures à 1,26 et qui ont des hémoglobines glyquées tout à fait normales que je ne traite pas. Voilà il n'y a pas besoin de les traiter.

Bon c'est sûr que c'est un sujet intéressant et je pense que c'est important que les médecins soient bien sensibilisés la dessus car je pense qu'il y a quand même une spécificité de prise en charge chez les personnes âgées par rapport aux personnes qui déclarent un diabète plus jeune, où faut être plus incisif dans le traitement on va dire.

Des éléments qui pourraient permettre d'améliorer la prise en charge en médecine générale de ces patients?

Oh ben je pense que c'est la formation continue. C'est vrai qu'il y en a de plus en plus de formations continues en médecine générale dans beaucoup de thèmes et voilà je pense que c'est surtout ça parce que je pense que ça va évoluer.

Merci.

Entretien n° 9 : MG9.

Durée : 29 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 59 ans
- Sexe : Masculin
- Année d'installation : 1988
- Lieu d'installation : Lyon 6ème
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Attaché dans un service de médecine interne et diabétologie à l'hôpital saint Luc saint Joseph
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Visite en EHPAD
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Beaucoup, plus de 100. Il n'y a pas une semaine sans que je ne vois un diabétique. 75 sur Sophia sur environ 5000 patients.

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans : Beaucoup aussi.

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans : Je dirais une cinquantaine.

1/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique? Celui de votre dernière consultation. Un patient diabétique de type 2 de plus de 75 ans.

(Cherche sur son ordinateur)

Mr R., ah mais c'est un insulino-réquerant lui.

Ce n'est pas grave.

Ça te va?

Oui oui.

Ben c'est le dernier, ah non il a 71 ans !

(Cherche à nouveau)

Mme est sous Metformine, mais c'est un petit DT2 qui a fait un AVC. Ouais elle a juste un le soir, c'est un tout petit DT2.

Alors quel âge elle a cette dame?

90 ans.

Elle habite à la maison?

A la maison

Et vous la suivez ici, elle vient, elle se déplace?

Elle vient

Est-ce qu'elle a un suivi avec un diabétologue?

Non, pour 500 de metformine par jour...

Depuis combien de temps elle est diabétique?

Et ben pas très, c'est plus une grosse intolérance.

(Cherche sur son ordinateur)

Alors, voilà, « prend du poids ». En 2012. Découverte en 2012.

Alors est-ce qu'elle a des facteurs de risque cardiovasculaire ou des complications?

Elle a d'énormes facteurs de risque cardiovasculaire, je l'ai traitée parce qu'elle a fait un AVC.

Donc elle est sous Metformine le soir.

Tu vois elle a 0.99 g/l de glycémie alors qu'elle n'est que sous 500 mg de Metformine le soir, c'est pour ça que je disais c'est un tout petit diabète.

Est-ce qu'elle se surveille la glycémie à la maison?

Non

La fréquence de surveillance de l'hémoglobine glyquée?

Demandée tous les 4 mois, fait une fois par an. Sur l'ordonnance c'est tous les 4 mois.

Et la valeur de la dernière hémoglobine glyquée?

La dernière je l'attends. Parce que je lui ai mis une chasse l'autre jour. Et celle d'avant était tout à fait correcte.

(Cherche sur son ordinateur)

A ben non j'ai une glycémie et pas une hémoglobine glyquée. Ce n'est pas un bon exemple. Ou c'est un bon exemple du fait qu'on ne fait pas toujours ce qu'on voudrait.

Glycémie à jeun 1.03 g/l.

(Cherche, marmonne)

Je n'ai pas d'hémoglobine glyquée, je n'ai pas dû la considérer comme diabétique car j'avais une glycémie normale avec 500 de metformine.

On est parti de 1.37 g/l. Prise de poids et glycémie à 1.37, je ne trouve pas l'hémoglobine glyquée de base.

Au niveau des paramètres gériatriques? Comment elle est cette dame?

Elle est autonome à la maison, elle est aidée par une sœur qui est plus jeune mais elle vit toute seule. Elle a une séquelle d'hémiplégie, elle a une hémiparésie gauche, mais elle est quand même capable de monter sur un tabouret sur sa table pour aller nettoyer un lustre. A 90 ans.

Et au niveau nutritionnel, le poids?

Alors au niveau du poids, 49 kg, elle a reperdu ce qu'elle avait pris en normalisant son sucre sous Metformine.

Du coup, pas d'hémoglobine glyquée, mais est-ce que ça vous change quelques chose de pas en avoir chez cette dame?

Chez elle pas tellement, parce que elle a des glycémies qui sont normales, avec des toutes petites doses de Metformine donc c'est pour ça que je te disais je la considère pas comme une diabétique mais plus comme une intolérance aux hydrates de carbones vieillissante.

Et pour cette patiente est-ce que vous avez modifié son traitement récemment?

Non elle a que de la Metformine.

Et est-ce qu'il y a des complications qui ont pu interférer comme des hypoglycémies ou de l'insuffisance rénale?

Alors l'insuffisance rénale elle n'en a pas sinon elle n'aurait pas de metformine. Et non elle n'a pas fait d'hypoglycémie, mais une hypoglycémie sous 500 de Metformine il faut vraiment chercher.

Et dernière question sur votre patiente, quel adjectifs utiliseriez-vous pour la définir?

Elle?

Oui, elle et son diabète.

Alors c'est léger, léger dans tous les sens, parce qu'elle ne fait pas ce que je lui demande et le diabète est léger ce qui fait que je suis tolérant.

Maintenant des questions un peu plus générales.

2/ Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète de type 2 par rapport au sujet jeune ?

Oui, y compris ma tolérance pour l'hémoglobine glyquée. C'est-à-dire chez un sujet jeune, un quinquagénaire ou un sexagénaire je vais essayer de tendre vers le sept le plus possible en HbA1c voire 6,5. Chez un sujet âgé je vais tendre vers un 7,5 voir un 8 si il y a des complications majeures ailleurs. Et puis je vais surveiller ma clairance et adapter ses traitements en fonctions de.

3/ Qu'est-ce que vous prenez en compte pour prendre en charge le diabète chez le sujet âgé ?

Tout. Les facteurs de risque, le risque de chute, le risque d'hypoglycémie, l'insuffisance rénale, l'entourage, la capacité à suivre le traitement ou pas. Parce que quelque fois ils vont être mieux sous des petites doses d'insuline que sous un sulfamide hypoglycémiant. Et très souvent si on prend le dernier que j'ai mis, je l'ai flanqué d'emblée sous Lantus avec des infirmières parce qu'il était en train de perdre sa femme. Il me disait ça va pas, je pisse tout le temps, je ne peux pas aller à la maison de retraite sans rien. Et en fait il était à 3 grammes 80 de glycémie, avec 2 croix d'acétone. Mais il n'était pas question de l'hospitaliser si tu veux. Du coup on a démarré d'entrée avec des infirmières à domicile.

Ce qui était plus simple ...

Oui, donc voilà on essaye de gérer sur la faisabilité, comment améliorer l'observance sur une population qui va être défaillante sur plein d'aspect.

4/ Et les paramètres de surveillance pour ce type de patient ? Qu'est-ce que vous surveillez ?

L'hémoglobine glyquée normalement tous les 3 mois, la créatinine tous les 3 mois. Sa tension, un électrocardiogramme par an mais très honnêtement je n'y pense pas tout le temps. S'ils sont un peu plus jeune des épreuves d'effort. Le doppler chez les vieux parce qu'ils s'encrassent leurs artères. Par contre j'y pense car j'ai Dr... tout près (un angiologue). C'est aussi la commodité qui fait que tu fais.

Donc le doppler artériel, fond d'œil avec le souci des délais de rendez-vous. Euh, j'essaye d'être assez rigoureux la dessus. Autant que s'ils étaient plus jeunes si tu veux. Pour moi la surveillance ne change pas tellement. Je suis plus souple sur le résultat, je ne suis pas plus souple sur la surveillance.

Oui

Au contraire, j'ai besoin de savoir où je vais, que je ne les surdoses pas. Le poids, la balance à chaque fois.

Et la fonction rénale vous demandez une formule particulière ?

Et ben non, moi je demande en fait... L'autre jour, quelqu'un m'a attiré l'œil sur l'histoire du rapport clairance sur l'albumine. T'as pas vu ça ?

Non

Ben y a un truc.

Ben moi je demande toujours deux clairances en fait, la Cockcroft EPI et la MDRD. J'ai quand même tendance à rentrer la meilleure. Mais si tu discutes avec les néphrologues ils te disent de prendre la CKD EPI.

Après les médicaments sont en MDRD.

Oui mais les néphrologues disent CKD EPI et la Cockcroft toute seule, tu la ranges tu l'oublies.

5/ Comment surveillez-vous les complications du diabète ? Chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ? Est-ce qu'il y a une différence ?

Ben je pense qu'il ne faut pas qu'il y en ait. Les complications il faut les rechercher pareil, le fond d'œil ils ont déjà tendance à l'avoir avec leur DMLA, leur cataracte. Donc l'ophtalmo c'est indispensable. Euh les pouls, les pieds, l'électro pareil. C'est vrai que j'ai plus l'électro facile si j'ai un signe d'appel que systématique. Ça je dois le reconnaître, ce n'est pas systématique. Mais dès qu'ils sont essoufflés ou truc, je les envoie chez le cardio pour avoir une écho. Donc comme ça ils ont un électro et une écho. Euh, voilà, le doppler j'essaye de l'avoir relativement régulièrement, en tout cas je cherche les pouls au moins deux fois par an et puis si je les trouve pas c'est doppler et si au doppler il y a des trucs on complète avec le cardio. Voilà.

Le fond d'œil, le bilan tous les 4 mois, enfin au moins 3 bilans par an et une fois par an une totale avec EAL, TSH, une NFP et tout le merdier.

6/ Pour l'instauration du traitement, qu'est-ce que vous prenez en compte chez ces patients-là ?

Ben le plus de choses possibles, d'abord leurs préférences. Parce que si je veux qu'ils soient observant, je ne vais pas les coller à l'insuline s'ils me disent «docteur je ne veux pas de piqûre », ça va être compliqué si tu veux. Euh, s'ils ne sont pas en surpoids je vais commencer par un Diamicron ou un Novonorm.

(Arrêt de l'enregistrement en raison d'un appel téléphonique personnel)

Donc vous parliez d'observance et de choix thérapeutique, qu'ils choisissent avec vous leurs thérapeutiques. Est-ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques ?

Oui.

Après on a déjà pas mal parlé d'insuline...

J'ai rien contre, après les sulfamides hypoglycémiantes, avec modération et pondération, histoire de ne pas faire d'hypo. La metformine s'il y a un surpoids ça c'est clair ou si je pense qu'il y a besoin d'un coup de main donc un poids normal ou un surpoids. Quand ils sont maigres, en général on finit très vite à l'insuline. Et puis les nouveaux machins, (*soupire*), sur avis du diabéto.

Oui, d'accord.

Parce que ça m'arrive de mettre un peu de Galvus, un peu de machin mais c'est toujours après avoir demandé l'avis de l'endoc. J'en instaure rarement tout seul. Je lis un peu « Prescrire » donc j'ai un peu de réticence en me disant est-ce que le bénéfice existe vraiment. Les labos te disent oui mais bon.

7/ Et pour modifier le traitement, qu'est-ce qui vous fait modifier un traitement ?

Ben ne pas être à l'objectif. Donc on monte, on monte plus doucement que chez un sujet jeune, on va moins se presser. Mais on va monter si on a une hémoglobine glyquée qui est à 9,23 ou 9,40, on les menace de l'insuline, donc voilà. On essaye de reprendre la diététique, voire on les envoie chez un diététicien, on essaye de les faire remarquer. Je crois beaucoup en l'activité physique chez eux, dans les règles hygiéno-diététiques y a bien hygiéno, ce n'est pas que se laver les pieds dans ce cas-là, c'est aussi les faire marcher.

8/ Les critères de jugement de l'efficacité de la prise en charge ?

C'est un peu les mêmes, si on arrive à être à peu près à l'objectif qui est moins sévère que chez le sujet jeune. Euh, voilà. Et qu'on a un bilan qui montre qu'on n'est pas coincé par une rétinopathie d'enfer, une artériopathie d'enfer, qu'on a un rein qui paraît à peu près fonctionnel. Ça aussi j'envoie

vite chez le néphro le sujet âgé qui péclote au moins pour avoir un avis et beaucoup plus ces deux ou trois dernières années, j'ai été plus sensibilisé.

9/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets diabétiques âgés sont trop ou pas assez traités ?

(Soupire) Euh, quelquefois quand ils arrivent d'ailleurs, ils ont quelquefois des traitements d'enfer avec des trucs où on se dit pfff, ça arrive. Dans l'ensemble dans le service de diabéto des « pas assez traités ». Car les gens ne veulent pas passer à l'insuline alors que se sont devenus des vrais insulino-réquistes. C'est plus dans ce sens-là.

C'est à dire qu'ils vont monter les ADO...

Oui ils vont monter les ADO et puis les ADO c'est limité, je veux dire on ne peut pas monter, on ne peut pas leur faire bouffer douze Diamicron le matin. Ou 14 grammes de Novonorm. Et puis ça marche pas, y a un effet seuil et c'est toxique. On bute vite sur la clairance donc euh, je pense qu'ils ne sont pas assez sous insuline si on voulait faire une globalité. Mais moi je n'ai pas de peur particulière de l'insuline, on a plein d'infirmière dans le quartier, je n'ai pas de problème à mettre à l'insuline.

10/ Et, est ce que les données de l'évaluation gériatrique vous sont utiles ? Pour prendre en charge les sujets âgés ? Est-ce que vous utilisez des grilles ?

Non

Comment vous évaluer la dépendance ?

Je visualise la dépendance, je ne l'évalue pas. Si, quand on me demande un dossier d'APA. Après je vois bien si il s'en sort tout seul, si il se plante sur les médocs. Si, euh, voilà. C'est l'observance médicamenteuse, les capacités pour se faire à bouffer, le fait de voir apparaître une dénutrition ou pas et leur autonomie physique, c'est à dire leur facilité à bouger leur corps. Je dirais, plus que les grilles.

Oui mais finalement, c'est les items des grilles presque, la nutrition ça va être le MNA, savoir se faire à bouffer ça va être les ADL. Mais du coup vous ne vous servez pas de la grille forcément.

Non. Et j'ai vite recours aux infirmières.

Oui, pour leur poser des questions ? Savoir ce qu'elles en pensent ?

Ouais, mais même pour leur donner un coup de main, leur donner les médocs. Et déjà on voit si avec quelqu'un pour leur filer les médocs est ce que ça se passe mieux. Si tout d'un coup ton observance, enfin tes résultats recommencent à bouger dans le bon sens, c'est tout bêtement qu'ils ne les mangeaient pas quoi.

11/ Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge les patients âgés diabétiques ? Et en quoi cette prise en charge diffère avec celle du sujet jeune ?

Les troubles de mémoire, les troubles cognitifs qui aggravent le coté observance. Et puis la fragilité du sujet âgé. C'est les deux bémols. Je n'ai pas plus de difficultés.

Oui.

C'est sûr que quand y a des troubles cognitifs qui s'installent en même temps, l'observance médicamenteuse... Mais après tu mets une infirmière qui passe matin et soir. Tu réparties les médocs matin et soir, on lui fait gober et puis on en parle plus.

Et du coup sur la prise en charge par rapport au sujet jeune, vous n'en changez pas les surveillances des complications...

Non même combat

Les thérapeutiques...

Ben la thérapeutique est adaptée au terrain, y a des jeunes qui ont une clairance qui est basse. Et aux objectifs qui ne sont pas tout à fait les mêmes.

12/ Et comment faites-vous pour prendre en charge les patients âgés diabétiques en EHPAD ? Est-ce que vous en avez ?

C'est plutôt plus simple, y a les infirmières. En EHPAD y a les infirmières, de toute façon elles vont revoir leurs glycémies le matin, on va avoir le rapport, elles vont nous appeler quand ça dérape. C'est plutôt plus simple, par contre ça demande une certaine disponibilité téléphonique.

D'accord.

13/ Du coup dernière question, c'est plus sur le thème abordé, sur le sujet, est ce que vous avez trouvé ça intéressant ?

Je pense qu'il y a une vraie particularité du diabète du sujet âgé, mais qui est lié dans la prise en charge de l'observance. Si tu veux, moi j'avais tendance à dire au départ que les diabétiques, les diabétiques de type 2 c'était une population qui était très difficile à suivre parce que pas très observante et ça ne s'arrange pas forcément avec l'âge. Voilà ça c'est une chose, mais le diabète 2 que tu trouves tard, qui n'est pas tellement celui du bouffeur mais plus du vieillissement, je ne le trouve pas spécialement difficile à prendre en charge, celui qui s'est instauré tard. Par contre celui qui a 60 balais qui veut pas faire ton régime, qui refuse de bouger, tu vois celui-là est infernal.

Oui, tu te dis qu'à 80 ans, ça va être compliqué.

C'est surtout qu'il ne va pas atteindre les 80 ans, son infarctus ou sa patte coupée, il va l'avoir avant. J'ai en un ou deux comme ça c'est une catastrophe. J'en ai un il est à son deuxième infarctus mais il ne veut toujours pas comprendre si tu veux, dernière hémoglobine glyquée 10,2 ! On est deux à lui hurler dessus, le cardiologue et moi, et il a 70 balais.

(Le médecin imite son patient). « Non mais moi j'étais un grand sportif, j'ai pris l'habitude de manger je ne peux pas m'en passer ».

(Rigole)

Tu ne la pas vu lui ?

Non je ne crois pas

Putain c'est un numéro. C'est une catastrophe.

Et du coup au niveau des dernières recommandations est ce que vous avez un avis sur celle-ci ? Est-ce que vous les connaissez ? Est-ce qu'elles sont claires ? Est-ce que vous vous en servez ?

Oui je les connais, je les ai lues, elles sont assez claires, j'essaie de les appliquer par contre ne me demande pas de les réciter, je ne suis pas capable.

Ah non non, bien sûr. Mais elles ne vous posent pas spécialement de problème...

Non, j'adhère bien. Les dernières de la HAS je les trouve logiques.

Et est-ce que vous auriez des éléments qui pourraient permettre d'améliorer cette prise en charge ?

Une idée de génie comme ça ? Que tu pourrais reprendre à ton compte...

(Réfléchit)

Faut les faire bouger, ça c'est sûr, mais ce n'est pas nouveau, quand on parle du diabète 2. Je pense qu'il faut autant voire plus faire bouger les vieux que les semi-vieux comme moi. Ça oui, tu vois, on aurait des espèces de camps de rééducation physico-diétético-stimulationnels. Ça ça peut être un truc montable. Une espèce de petit service ambulatoire comme les hôpitaux de jour.

Oui où ils feraient de la marche, etc...

L'hôpital de jour gériatrico-diabétique. Où on leur apprendrait à s'occuper de leurs pieds ou à les surveiller en tout cas. Faire un peu de gym douce, les emmener marcher. Ce ne sera même pas si cherché que ça. Et on aurait du bénéfice.

Merci

Entretien n° 10 : MG10.

Durée 15 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 43 ans

- Sexe : Féminin
- Année d'installation : En 2005
- Lieu d'installation : Poule les Echarmeaux.
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Non plus
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Je serais incapable de répondre.

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans : Je ne pourrais pas vous donner un chiffre, mais ce n'est pas le gros de ma patientèle, j'ai plutôt des femmes et des enfants.

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans

1/ Est- que vous pouvez me parler de votre dernier patient âgé diabétique de type 2 ?

(Réfléchit, cherche sur son ordinateur)

Allez Mme F

Ok

Quel âge elle a ?

81 ans

Elle vit où ?

Dans un foyer logement.

Vous la voyez dans le foyer logement ou elle se déplace ?

Là-bas, on va sur place au foyer logement.

Est-ce qu'il y a un suivi avec un diabétologue ?

Non

Depuis quand elle est diabétique ?

Depuis 92. Cela fait 24 ans.

Est-ce qu'elle a des complications et des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Euh, elle a le début d'une néphropathie, une micro albuminurie et puis elle a des troubles oculaires, enfin ophtalmo, mais je ne saurais pas dire si c'est une rétinopathie ou une cataracte, je n'ai pas de compte rendu. Je ne sais pas exactement.

Et est-ce qu'il y a une tension associée ou des choses comme ça ?

Oui une hypercholestérolémie et une hypertension.

D'accord.

Et elle est traitée comment cette dame ?

Elle est traitée par Metformine.

D'accord.

Pour son diabète, et elle a des traitements pour son HTA.

Est-ce qu'il y a une surveillance glycémique dans son foyer logement ? Ou est ce qu'elle se surveille la glycémie ?

Non.

Et la fréquence de la surveillance de l'hémoglobine glyquée?

Tous les 4 mois.

Et quelle est la dernière valeur ?

7,1%

D'accord, et après au niveau des paramètres gériatriques, cette dame elle est comment au niveau de l'autonomie, de la nutrition ?

Pourquoi elle est entrée dans le foyer, ça je ne sais pas d'ailleurs. Elle est veuve. Donc je ne sais pas pourquoi elle n'a pas pu rester chez elle, mais je pense que c'est lié à la vue. Elle est vraiment déficiente visuelle.

D'accord elle n'a pas de troubles cognitifs par contre ?

Non

Qu'est-ce que vous pensez de cette dernière valeur d'hémoglobine glyquée ?

Je la trouve très bien.

Est-ce que vous avez modifié récemment son traitement ?

Oui en mars.

Et pour quelle raison ?

Parce qu'elle avait une hémoglobine glyquée à 8,7 et qu'elle avait une micro albuminurie déjà un petit peu élevée donc j'ai renforcé son traitement.

D'accord. Est-ce qu'il y a des complications qui ont changé la prise en charge ? Du coup la micro albuminurie.

Est-ce que des hypoglycémies? Est-ce qu'elle a fait des hypo?

Non, non non.

Du coup plutôt la micro albuminurie

Oui.

Et qu'est-ce que vous utiliseriez comme adjectif pour définir cette patiente ?

Par rapport à son diabète ?

Oui

Je dirais bien équilibré.

D'accord,

Maintenant des questions un petit peu plus générales.

2/ Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

(Silence, réfléchi)

Oui, je fais un petit peu plus attention aux sulfamides quand même, j'ai tendance à vouloir les supprimer pour éviter les hypoglycémies.

Après la metformine, qu'elle soit âgée ou pas, c'est plutôt son terrain qui va me guider.

Oui, l'âge ne rentre pas forcément comme un paramètre à par entière ?

Non pas pour la metformine, mais pour le sulfamide oui. Normalement ils sont contre indiqués mais y en a qui en ont encore.

3/ Quels paramètres vous prenez en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé ? Est-ce qu'il y a des choses particulières chez la personne âgée ? Qui vous font changer la thérapeutique, le suivi ?

Oui, j'ai tendance à être moins strict sur les objectifs d'hémoglobine glyquée, jusqu'à 8 %. Et je recherche tous les risques d'hypoglycémies.

D'accord,

4/ Et les paramètres de surveillance pour ces patients âgés ? Vous avez des choses particulières pour eux ?

Comme souvent ils sont polymédiqués en plus, j'ai tendance à demander une surveillance rénale plus rapprochée, tous les 6 mois au lieu de tous les ans pour une personne plus jeune.

D'accord,

Et par contre au niveau lipidique, j'ai tendance à diminuer la surveillance et le traitement.

Et au niveau paraclinique, qu'est-ce que vous faite comme surveillance ?

Ben la même que chez la personne jeune, électrocardiogramme, micro albuminurie, la créat.

D'accord.

5/ Comment vous surveillez les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

(Regard interrogatif)

Est-ce que c'est identique votre surveillance ou vous faite une surveillance particulière des complications ?

Non c'est la même surveillance.

Ok

6/ Quel sont les paramètres que vous prenez en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients diabétiques de type 2 ?

Ben toutes les comorbidités, pour rechercher les contre-indications au traitement, j'ai du mal à instaurer de l'insuline, je commence quand même par des ADO. Après je vois que si avec des bonnes doses, on ne s'en sort pas, j'ai tendance à demander de l'aide à un diabétologue pour un autre traitement.

Je trouve ça difficile à mettre en place l'insuline.

Et puis chez la personne âgée c'est encore plus compliqué. Il ne va pas apprendre aussi facilement qu'une personne jeune à se surveiller, à faire les injections. Voilà

Est-ce que vous leur conseillez plutôt des règles hygiéno-diététiques chez vos patients âgés?

Non pas trop.

7/ Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour modifier un traitement ?

Ben les chiffres d'hémoglobine glyquée, euh, le reste du bilan, comme on a vu chez cette dame-là, la micro albuminurie, l'insuffisance rénale. Et puis toutes les comorbidités qui s'aggravent, l'insuffisance cardiaque, etc...

8/ Et vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

Et ben sur la biologie, l'hémoglobine glyquée et les autres paramètres, au niveau rénal notamment. Et puis les hypoglycémies, là c'est plus sur l'interrogatoire.

9/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés sont trop ou pas assez traités, au niveau du diabète, de manière générale, au niveau de vos patients ?

Justement, je regardais les derniers qu'on avait vus, je trouvais que c'était pas mal. Que ça allait. D'une manière générale, je ne trouve pas qu'ils soient mal traités.

10/ Est-ce que vous utilisez des données de l'évaluation gériatrique pour prendre en charge les patients, comme des scores, des grilles, pour évaluer les comorbidités ou leur autonomie ? Pour prendre votre décision ?

Euh, alors je ne fais pas de façon systématique et organisée, mais faudrait que je le fasse. Faudrait que je me trouve des idées pour le faire plus régulièrement mais je prends des petites grilles de temps en temps pour évaluer leur autonomie, leurs risques de chute, leurs fragilités de manière générale.

D'accord,

Comme l'appui monopodal, la fatigue, la marche.

D'accord.

Ça c'est les principaux points que j'aie comme ça en tête mais faudra que je sois plus systématique.

11/ Vous n'avez pas de difficultés particulières ?

Non,

Pas de patients âgés diabétiques qui vous pose des soucis ?

Non.

12/ Est-ce que vous avez des patients diabétiques en EHPAD.

Non je ne suis pas de patient en EHPAD.

13/ C'est la dernière question, c'est plus sur le thème abordé, sur le sujet du diabète chez le patient âgé, ce que vous en pensez, sur les questions si il y a des choses que vous aimeriez rajouter, sur les difficultés rencontrées.

Dans la théorie je trouve que c'est un sujet délicat, parce que évidemment parce que la personne âgée est une personne délicate, fragile et qu'on sait que normalement on devrait mettre de l'insuline chez la personne âgée. Mais cela dit en pratique ce n'est pas tout le temps fait et que même les diabétologues se mettent à faire des mélanges. C'est important, et en même temps je me dis que chez une personne âgée on ne prend pas toutes les précautions, on est un peu moins exigeants, on

se laisse un peu plus de temps pour réfléchir à la thérapeutique au bénéfique / risque de tel ou tel traitement.

Et des éléments qui selon vous pourraient améliorer la prise en charge des diabétiques en médecine générale.

La coordination médecin / infirmière.

D'accord.

Pour la surveillance de la glycémie et les retours. Parce que même si on prescrit une surveillance de la glycémie ben moi j'ai du mal à avoir un retour, savoir ce que ça a donné. Si je veux instaurer de l'insuline c'est ça qui me freine car je ne suis pas sûr qu'il y aura une bonne communication pour adapter les choses au jour le jour.

D'accord.

Merci

Entretien n° 11 : MG11

Durée 35 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 65 ans
- Sexe : Masculin
- Année d'installation : En 1981
- Lieu d'installation : Saint Georges de Reneins
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? J'ai presque eu un diplôme de gériatrie mais je n'ai pas passé l'oral.
- Et vous faites des visites en EHPAD ? Peu
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : 112 sur 1400 en 2014

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans : 10%, 60-69 ans 13 %

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans : Pas de réponse

1/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique que vous avez vu en consultation ? Pour avoir le plus frais.

Le plus frais c'est quand même il y a quelques jours.

(Cherche sur son ordinateur)

Diabétique et âgé, là il a 70 ans.

Parfait.

Il a un lourd passé ce monsieur. Obésité déjà au départ, cultivateur mais beaucoup de kilos, qui était hypertendu au départ, son hypertension a démarré, traitée depuis... *(Cherche)* Hypertendu depuis 2002. Pas de pathologie particulière à part la prise de poids.

Et diabétique depuis combien de temps ?

Diabétique depuis 2006.

D'accord,

Il a comme antécédent particulier, *(propos incompréhensibles)*, par contre il a fait une insuffisance coronaire en 2012. Il a fait un syndrome coronarien aigu, stent nu sur la coronaire droite *(marmonne)* et l'IVA proximale traitée dans un deuxième temps en octobre 2012 et en novembre 2012 et puis il a aussi une hyperlipémie. Un monsieur vraiment en surpoids, 99 kg encore actuellement.

D'accord.

Coté diabète il a fait un problème avec la Metformine, on a mis un tout petit peu de temps à trouver, il a eu un trouble de l'odorat.

D'accord, ah oui.

Qui est relié finalement au Glucophage, à la Metformine. Depuis ben il a été suivi par l'endocrino quand même, et il est sous Glimepiride, il a 6 mg par jour, enfin matin, 6 mg le matin et sous Januvia 1 comprimé le midi.

D'accord.

Et en plus il est sous anticoagulant pour une arythmie et puis il est sous Atovarstatine. Il a fait une insuffisance cardiaque lors de son passage en arythmie. Il est toujours sous Lasilix, Bisoprolol, Previscan et Perindopril.

D'accord.

Oui il a pas mal de traitements.

Oui il est vraiment poly pathologique

Alors là oui pffff, c'est sûr. Et côté biologique...

Oui, et est-ce qu'il surveille le sucre à la maison ?

Oui il doit surveiller un petit peu le sucre, il a l'appareil à la maison. Est-ce qu'il le fait, ça je ne sais pas. Il a l'INR qui est fréquent effectivement.

Sa dernière hémoglobine glyquée qui date du mois d'aout, elle était à 7,1% avec une glycémie qui était quand même à 8,45 (mmol/l). Alors c'est vrai que le bilan lipidique il est au plus bas, c'est plus facile à traiter les bilans lipidiques que les glycémies en général. Il a un cholestérol à 1,83 (g/l), un LDL à 0,79 (g/l).

Qu'est-ce que je peux dire d'autre... il a des problèmes d'apnée du sommeil aussi, depuis pas mal d'année. Apnée du sommeil c'est depuis (cherche) depuis 2005.

Au niveau des paramètres gériatriques, sur l'autonomie ?

C'est un agriculteur retraité qui travaille encore, il a quand même une insuffisance respiratoire, enfin plutôt il a un peu de dyspnée liée un peu à un truc cardiaque aussi mais il travaille encore.

Il n'a pas de troubles cognitifs ?

Non

Après qu'est-ce que vous pensez de l'hémoglobine glyquée à 7,1 ? Comment est-ce que vous la trouvez ?

Alors les antérieures... (Cherche) elle me satisfait presque.

Elle était (cherche, marmonne)

Il n'a pas de problème d'hypoglycémie. Au mois de février elle était à 7,4, c'était bien correct aussi. Enfin je pense. Il est dans la fourchette 6,5-7,5. 70 ans donc oui.

(Cherche) On va chercher sur le courrier de l'endocrino parce qu'il y a un moment... (Marmonne)

Je trouve que ce n'est quand même pas trop mal, le problème c'est son surpoids, on n'arrive pas à lui faire perdre un gramme.

Et est-ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques ? Vous lui avez conseillé ?

Oui, j'ai fait un courrier pour une diététicienne, mais bon c'est vrai qu'ils font attention. il travaille parce que sa retraite c'est vrai que ce n'est pas très génial. Sa femme qui vient de faire une fracture de l'humérus, elle est rééduquée. Elle doit retravailler alors que son bras ne dépasse pas plus que ça (montre une abduction de 90° de l'épaule) elle a 65 ans, elle continue à faire des ménages.

Donc c'est vrai ils ne sont pas très... Après ce serait bien de les inscrire dans un réseau peut-être pour avoir des diététiciennes.

Et est ce qu'il y a des complications qui ont pu changer la prise en charge de ce patient ? Des complications de son traitement, ou de son diabète qui vous on fait augmenter ou diminuer le traitement ?

Je pense qu'on a pris le, on a changé quand on a arrêté la Metformine, il a été suivi par l'endocrinologue qui a trouvé ces deux médicaments en fait, il a peut-être eu la Glitazone au départ mais ça a été vite arrêté. Alors voilà en 2015, Mme C (endocrinologue). En 2015 l'hémoglobine glyquée était montée à 9,2 sous (? propos non compréhensible) 3 par jour, donc après il l'on remplacé par de l'Amarel à 6 mg par jour et en rajoutant un inhibiteur de la DPP4 et apparemment ça a bien fonctionné, car 3 mois après il était à 7,5.

Et là il se maintient, ça c'était en février 2015 et depuis il est stable.

Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient ?

(Rire)

Quelque chose qui le caractériserait sur son diabète, sur sa prise en charge ?

(Soupire)

Caractéristique... vis-à-vis de son...

Oui, sur lui comment vous le définiriez ?

C'est quelqu'un de sympathique mais multi pathologique. Qu'on voit arrivé souvent pour un petit truc pour un petit autre chose, c'est vrai qu'il est très stressé vis-à-vis du cœur aussi. C'est un vrai sympathique, intelligent, qui a pris conscience de ses problèmes mais qui a du mal à perdre du poids.

D'accord.

Euh maintenant des questions un petit peu plus générale.

2/ Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Après on fait attention à la clairance de la créatinine, puis bon les problèmes d'insuffisance cardiaque, effectivement la metformine et l'insuffisance rénale. Oui on modifie un petit peu quand même.

Alors moi je ne suis pas un médecin qui prescrit tout de suite les nouvelles molécules, la Glitazone je n'en ai jamais prescrit, normalement les nouvelles je commence à les mettre vus les résultats mais c'est vrai que oui, surtout on fait attention, on essaye de faire attention aux associations de médicaments et la créatinine.

3/ D'accord, Et quels paramètres vous prenez en compte pour traiter le diabète de type 2 chez le sujet âgé ?

Les paramètres ?

Oui cliniques et biologiques.

On essaye de les ramener à un taux de l'hémoglobine glyquée qui soit correct pour eux, tout dépend de l'âge et de leur état aussi. J'avais tendance à une époque, on avait tendance à dire c'est la glycémie à 1 g et l'âge à côté en fait pour 70 ans 1g70, pour 90 ans 1g90 alors bon on est plus dans l'hémoglobine glyquée maintenant. Mais quelqu'un, les personnes âgées jeune je dirais, qui ont bien vieilli, on essaye d'avoir une hémoglobine glyquée qui est pas loin de 6,5 c'est ceux qui font du sport, qui peuvent marcher.

Le gros problème pour moi c'est les personnes qui sont obèses, qui ont des rhumatismes qui ne marchent plus. Ça c'est un gros gros souci je pense.

Pour les faire marcher on est dans un problème un peu d'impuissance là.

Alors que les jeunes, j'en ai quelques-uns, là ils ont refait du vélo et l'hémoglobine reviens presque sans traitement ou avec des traitements très très simples.

Oui plus avec des règles hygiéno-diététiques.

Règles hygiéno-diététiques et puis, ouais.

Après la personne très âgée faut voir la pathologie à côté. Mais bon j'ai quand même un patient qui a Alzheimer qui est quand même sous insuline, j'ai eu du mal à le mettre moi mais il a été mis quand même par l'hôpital donc on a suivi et effectivement son hémoglobine glyquée a bien baissé.

Après ce n'est pas toujours évident...

Oui ce n'est pas toujours facile.

4/ Les paramètres de surveillance ? Qu'est-ce que vous surveillez chez vos patients diabétiques âgés ? Est-ce que vous les surveillez de manière différente qu'un sujet jeune ?

Ils ont une prise de sang. Euh par rapport aux autres diabétiques ?

Oui

Je crois qu'ils ont presque le même bilan, l'hémoglobine glyquée tous les 3 mois, le bilan ionique si il a en plus des diurétiques ou un truc comme ça, la créatinine un peu systématique et puis ouais.

Un bilan complet annuel biologique.

Par rapport à quelqu'un de plus jeune, on fait plus attention aux médicaments anti hypertenseurs associés, les diurétiques entre autre.

Et cliniquement, vous les surveillez... comment est-ce que vous les surveillez ?

On les voit tous les 3 mois, c'est vrai qu'en théorie on aimerait peut être avoir une visite, une consultation longue, ce serait quand même pas mal pour les diabétiques en général pour pouvoir revoir tout car on n'arrive pas à avoir une consultation où on revoit tout, les troubles sensitifs, le

cœur, on a du mal. Effectivement on fait très attention à leurs pieds. On a beaucoup recours au podologue en fonction des stades, des grades. C'est sûr que c'est le plus important. Après bon le cardiologue, je fais assez souvent des électro peut être pas assez souvent. La majorité voit un cardiologue maintenant, un peu par principe. Mais bon ça dépend jusqu'à quel âge.

5/ Et sur les complications du diabète vous les surveillez différemment que chez le sujet jeune ? De manière plus intensive ou de la même façon ou moins qu'un sujet jeune parce qu'il est plus âgé que c'est plus compliqué ?

On surveille un peu plus, on essaye qu'au moins tous les ans de pouvoir repasser en revu toute la pathologie, le fond d'œil, maintenant j'ai un système d'alerte sur mon ordinateur qui met quand est ce que je prescris le fond d'œil donc je le répète à chaque fois. Ça va peut-être finir par payer... (rire). Après on ne sait plus ce qu'on a demandé, donc comme ça c'est noté.

Les pieds, la sensibilité, et puis qu'il n'y ait pas de trouble cognitif, qu'il y ait bien les bonnes prises médicamenteuses qu'il y ait bien... dès que c'est un peu plus compliqué l'intervention de l'infirmière, c'est vrai que le troisième âge, le quatrième c'est le problème du suivi des traitements donc là tous ceux qui sont sous insuline sont suivis par l'infirmière.

6/ Pour l'instauration d'un traitement chez le sujet âgé, qu'est-ce que vous prenez en compte pour débiter un traitement quand vous découvrez un diabète? Est-ce que vous leur conseillez un régime ?

Au départ bon on essaye de faire sur 3 mois un régime, déjà questionner ce qu'il ne va pas dans leurs alimentation, essayer de trouver des choses, mais ce n'est pas toujours clair, des fois c'est un peu caché.

Et après en premier lieu vous instaurez plutôt un ADO ?

Oui tout à fait

Ou plutôt de l'insuline ?

(Rire) Non pas en premier.

Et l'insuline vous l'introduisez ?

Oui, maintenant oui, depuis quelques années.

Et sur quels critères vous la mettez l'insuline ?

Quand l'hémoglobine glyquée reste trop élevée. Mais souvent avec l'aide de l'infirmière.

7/ Et pour modifier un traitement, qu'est-ce qui vous fait modifier un traitement ?

L'intolérance, la bonne prise et le fait que l'hémoglobine glyquée ne soit pas dans la fourchette que l'on se fixerait.

8/ Et les critères de jugement de l'efficacité de la prise en charge ?

Le poids, exercice physique ou pas et puis l'hémoglobine glyquée et puis le bilan lipidique. Mais le bilan lipidique on voit bien sur nos relevés y en a pas un qui a un cholestérol qui ne soit pas bon en fait, ils sont tous avec des bons cholestérols à part un ou deux patient. Mais avec le diabète ça pose quand même problème.

9/ Et est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ? De manière générale ?

Je ne dirais pas qu'ils sont trop traités, après en milieu gériatrique, je n'y vais pas donc les fins de vie c'est vrai que bof.

Non je ne pense pas. Ils auraient peut-être tendance à se négliger un petit peu.

10/ Est-ce que vous utilisez des données de l'évaluation gériatrique pour la prise en charge ? Des scores et des grilles gériatriques?

Non pas forcément.

Comment vous faites pour l'autonomie ?

Non je ne fais pas beaucoup.

Vous évaluer la dépendance ?

En les voyant à domicile, avec la famille si y a des troubles des déficits mnésiques qui commencent mais c'est vrai que je n'ai pas vraiment de critères.

11/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour la prise en charge des patients âgés diabétiques ?

Oui c'est pour cela qu'on utilise le milieu hospitalier. Maintenant avec leur système de prise de rendez-vous en faxant la demande ils sont convoqués pour quelques jours d'hôpital. C'est bien pratique pour certain, qui sont très demandeurs d'ailleurs s'ils peuvent avoir tout le bilan en quelques jours.

Et selon vous en quoi la prise en charge diffère avec le sujet jeune ? Est-ce que il y a une différence dans votre prise en charge du sujet âgé diabétique par rapport au sujet jeune ? Est-ce que vous rencontrez plus de difficultés ?

Non insulinodépendant ? On est dans quel diabète ?

De type 2

Diabète de type 2 jeune, on n'en a pas énormément, je ne vois pas trop plus de difficultés. Je pense que l'alimentation... J'ai une patiente je lui ai demandé si elle prenait des boissons sucrés elle m'a dit non et le diabétologue a vu qu'elle prenait du red bull je ne sais pas combien par jour. (Rire) Elle n'avait rien dit avec la famille, les enfants.

12/ Vous avez des patients diabétiques en EHPAD ?

Non je ne fais presque plus de visites.

13/ Dernière question, plus sur l'intérêt du sujet, sur les questions posées si vous aviez des choses à rajouter ou un avis particulier à donner ?

Je pense que c'est très important le diabète, vues les complications qu'on a et qui peuvent être rapides. C'est vrai que moi je trouve que c'est dommage qu'on ait pas le droit à une consultation longue par la sécurité sociale qui permette de faire tout, une synthèse sur trois quart d'heure au lieu de faire par vingt minutes 3 fois dans l'année ou 4 fois dans l'année où on répète des choses et on oublie peut être d'autres choses, je trouve que c'est dommage qu'on n'ait pas une consultation longue pour ces patients-là.

Et puis une prise en charge peut être meilleure au niveau diététique et les faire bouger. Mais ce n'est pas évident, on a beaucoup de femmes arthrosiques et là on se retrouve face à un mur.

Et votre opinion vis-à-vis des dernières recommandations ? Est-ce que vous les connaissez ? Est-ce que vous vous en servez dans votre pratique ? Est-ce que ça a changé quelque chose ?

Y a le système des ROSP qui nous a aidé à bien quantifier nos erreurs, et à les voir où on manquait quand même, le fond d'œil, le truc.

Les dernières recommandations je ne les connais pas vraiment par cœur.

Oui ce n'était pas une question de les connaître par cœur, c'était plus savoir si vous savez si elle existait

Oui, celles en fonction de l'état du patient et de l'âge. C'est pareil pour la tension, ne pas trop la faire descendre plus tard.

Merci.

Entretien n° 12 : MG12.

Durée 34 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 46 ans
- Sexe : Féminin
- Année d'installation : En 2004
- Lieu d'installation : Marcy sur Anse.
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Pas du tout

- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Non plus, j'ai quelques patients qui sont en EHPAD
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Je n'en sais rien, je dirais une trentaine

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans : Je ne sais pas, plus de 75 ans une vingtaine

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans : Moins de 10, j'en ai peut-être 5.

1/ Pouvez-vous me décrire votre dernier patient âgé diabétique de type 2 ?

Oui, là j'en ai un en tête que je vois en visite à domicile, il a 79 ans.

Est ce qu'il est suivi avec un diabétologue ?

Non, il n'en voit pas.

Ça fait combien de temps qu'il est diabétique ?

Euh, combien ça fait de temps qu'il est diabétique ? Depuis que je le connais, il est diabétique. Depuis 1995 il est diabétique.

Est ce qu'il a des complications, des facteurs de risque cardiovasculaire?

Oui, alors c'est un patient qui a une grosse coronaropathie, qui est insuffisant cardiaque en phase terminale et qui, comme complication du diabète, il a une neuropathie diabétique.

D'accord,

Et puis qu'est-ce qu'il a d'autre (*cherche*), non au niveau ophtalmo, il n'a pas de complication liée au diabète en tout cas, il a un glaucome.

Et quel traitement il prend pour le diabète ?

Alors il prend de la Metformine, il prend 1000 mg de Metformine 2 fois par jour, et puis et puis qu'est-ce qu'il prend d'autre ? Non rien d'autre pour son diabète.

Et est-ce qu'il y a une surveillance de sa glycémie à la maison?

Euh alors oui, ça lui arrive quand il ne se sent pas bien il le fait, actuellement il a un diabète qui va plutôt mieux qu'à d'autres périodes donc il se surveille plutôt moins qu'avant. Y a une période où il avait des glycémies très irrégulières, très perturbées mais il a de quoi se surveiller à la maison.

Et la surveillance de l'hémoglobine glyquée chez ce patient, vous la faites régulièrement ?

Tous les 3 mois.

Et la dernière hémoglobine glyquée ?

Elle était à moins de 7.

D'accord,

Voilà, il est bien équilibré en ce moment ce patient. Il était à 6,7 exactement.

OK, et au niveau des paramètres gériatriques ? De manière générale, comment il est sur le plan global ?

En fait il a surtout cette grosse insuffisance cardiaque, mais autrement c'est un monsieur qui est bien autonome et qui, bon il ne peut plus trop sortir car il est limité physiquement mais autrement il n'a pas de déficience neurologique, il s'habille tout seul, il habite dans une maison, il habite avec sa belle-sœur, il mange correctement, oui au niveau gériatrique il n'a pas euh... Il a surtout sa grosse insuffisance cardiaque.

D'accord. Qu'est-ce que vous pensez cette valeur d'hémoglobine glyquée à 6,7 %?

Je vais faire attention, parce que je ne voudrais pas que ça baisse trop, donc je vais peut-être, si ça continue, si il est toujours en dessous de 7 je vais sans doute alléger un petit peu son traitement, euh, voilà. En fait je pense que ce qui se passe c'est que comme il est de plus en plus handicapé au niveau cardiaque il bouge de moins en moins, il mange peu et du coup le diabète à tendance à baisser aussi parce qu'il s'alimente moins. C'est vrai qu'il bouge moins donc on pourrait se dire... mais donc le fait que l'hémoglobine glyquée baisse beaucoup en dessous de 7, enfin qu'elle soit en dessous de 7 je vais voir pour alléger un petit peu son traitement.

Et son traitement vous l'avez modifié récemment ?

Là non, la dernière fois je ne l'ai pas modifié parce que le coup d'avant l'hémoglobine glyquée était un peu au-dessus de 7, à 7,2 et que au niveau cardiaque il se passe pas mal de chose en ce moment, il n'est pas très stable donc je ne l'ai pas modifié pour le moment.

Et est ce qu'il y a des complications du diabète qui ont modifié la prise en charge comme des hypoglycémies ou de l'insuffisance rénale qui serait apparue ?

Euh, alors de l'insuffisance rénale, oui il est insuffisant rénal ce monsieur, euh oulala, (*cherche*) non non il a une clairance à 68 ml/min, non ce n'est pas lui. Il a eu, qu'est-ce qu'il a fait ? Il a fait une phase, une poussée d'insuffisance rénale aiguë mais qui c'est très bien rétablie, dans un contexte de prise d'antibiotique. Parce qu'il a fait une infection osseuse ce monsieur suite à une plaie au niveau d'une main, donc il a pris des antibiotiques pendant longtemps, suite à ça il a fait une insuffisance rénale aiguë mais là vous voyez la dernière clairance elle date du mois d'août et elle était bonne.

Et quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient ?

Pour son diabète ?

Oui

Oh, ben chez ce monsieur il a un diabète, j'ai jamais eu trop de mal avec son diabète, il a un diabète équilibrable, il a eu des périodes où on a augmenté plus le traitement, un diabète équilibré et facile à équilibrer.

D'accord, et plus sur la personne, sur le patient en lui-même ?

Sur la manière dont il prend en charge son diabète ?

Non, plus de manière globale

C'est un patient plutôt facile, euh (*réfléchit*) c'est un patient agréable j'ai un bon relationnel avec lui, il me fait confiance, il se prend en charge. Voilà un patient qui ne pose pas trop de problème, qui là est très vieillissant, qui là à mon avis va décéder dans les mois qui viennent.

D'accord.

2/ Maintenant des questions un petit plus générale,

Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Oui, c'est-à-dire que je vais être moins exigeante sur les hémoglobines glyquées notamment après 75 ans, moins exigeante sur le régime alimentaire aussi parce que y a des fois on se rend bien compte que même si on dit des choses ça va être compliqué à mettre en place, les habitudes vont être dures à changer, je vais aussi faire en fonction du bilan rénal et du bilan hépatique euh, voilà. Je vais être moins exigeante sur la surveillance des glycémies ou alors c'est une infirmière qui va le faire. Mais voilà j'essaie que ce soit simple pour les patients.

3/ D'accord, et pour prendre en charge le diabète chez le sujet âgé, qu'est-ce que vous prenez en compte? Quels paramètres vous prenez en compte pour prendre en charge leur diabète ?

Leur capacité à gérer leur traitement, savoir si c'est eux qui vont le gérer si ça va être une infirmière, en fait souvent c'est... je n'ai pas eu de patient qui ai déclaré de diabète après 75 ans, souvent le diabète est là depuis longtemps, et puis chez certain on est passé à l'insuline mais avant 75 ans, je n'ai pas de patient en tête. Donc euh, oui c'est ça c'est surtout leur capacité à gérer leur traitement la tolérance du traitement, je regarde si l'hémoglobine glyquée est plutôt stable, si elle est très oscillante pour éventuellement passer à l'insuline. Voilà.

4/ D'accord, et comment est-ce que vous surveillez ce type de patient? Vous les voyez tous les combien de temps ? Qu'est-ce que vous faites ?

Alors un patient diabétique âgé de plus de 75 ans c'est une consultation au moins tous les 3 mois souvent j'essaie d'aller voir les gens à domicile car j'ai plus de temps qu'au cabinet et je préfère, je préfère comme ça on a le temps de tout regarder. Euh, donc je fais attention qu'il y ait un fond d'œil tous les ans, euh...

Vous pouvez me redire la question ?

C'était sur les paramètres de surveillance de ce type de patient,

Donc c'est une consultation tous les 3 mois avec prise de tension, auscultation, examen de la peau, euh le poids également, je pèse, euh avec un bilan biologique à chaque fois donc qui comprend en systématique l'hémoglobine glyquée, la glycémie à jeun, souvent y a aussi un iono, une créat car ils ont une hypertension, euh voilà.

Et donc c'est une consultation chez le cardiologue, alors y a pas de rythme, mais j'aime bien qu'ils aient vu le cardio une fois tous les 5 ans si y a pas de pathologie particulière, je ne fais pas des électrocardiogrammes en surveillance de diabète je préfère que ce soit le cardio qui les fasse. Donc le fond d'œil tous les ans, le cardio tous les 5 ans si y a pas de pathologie cardiaque. Euh, oui je ne fais pas faire un électrocardiogramme tous les ans, ce n'est pas vrai je ne le fais pas. Euh... Qu'est-ce que j'oublie... *(Réfléchi)*

Oui j'aime quand bien savoir, les gens qui mange seul j'aime bien savoir ce qu'ils mangent, je leur demande s'ils se font à manger. Voilà. Qu'est-ce que j'oublie? Je crois que j'ai à peu près tout dit.

Et pour quelle raison vous ne faites pas les électrocardiogrammes? C'est plus organisationnel? Ou c'est plus...

Euh parce que je sais me servir de l'électrocardiogramme pour dépister des choses aiguë, infarctus, embolie, mais je ne me sens pas la compétence de surveiller des choses, je ne sais pas, un trouble du rythme, voilà je préfère que ce soit le cardio qui le fasse, ouais faudrait que je me forme davantage pour faire l'électrocardiogramme de dépistage chez le diabétique.

D'accord,

Et puis oui l'électrocardiogramme ça ne me passionne pas, *(rire)* voilà, du coup je ne me forme pas...

5/ Et par rapport au sujet jeune, vous surveillez les complications du diabète de manière différente ou de la même façon ?

Non je pense que, alors c'est vrai que chez le sujet jeune, non je vais pas faire, c'est pareil je vais pas faire un électrocardiogramme tous les ans chez le sujet jeune, non donc du coup à peu près pareil à peu près de la même manière, j'ai à peu près toujours les mêmes choses dans la tête, mais c'est vrai que chez le sujet jeune je vais être beaucoup plus attentive à la diététique à l'équilibre du diabète à l'activité physique à faire faire, du coup un test d'effort, que chez le sujet âgé où c'est plus compliqué, j'ai moins d'exigences.

6/ Et pour l'instauration d'un traitement chez un patient diabétique ? Comment est-ce que vous faites? Pour instaurer un traitement, vous instaurez les traitements chez les personnes diabétiques?

Oui, alors en fait,

Oui vous me disiez qu'ils étaient déjà diabétiques avant d'être âgés,

Oui chez le sujet âgé c'est vrai qu'on instaure rarement un traitement chez le sujet âgé mais on dépiste les diabètes avant, vous me demandez chez le sujet âgé ?

Oui c'était plus particulièrement chez le sujet âgé, ce que vous instaurez comme traitement? Comment vous gérez le traitement chez le sujet âgé?

Si j'étais amenée à dépister un diabète chez un sujet âgé je me base sur la glycémie et l'hémoglobine glyquée, au début souvent y a que la glycémie qui monte donc je surveille et puis quand je vois que l'hémoglobine glyquée commence à monter aussi j'instaure et je commence souvent par de la Metformine, donc j'essaye le plus petit dosage possible et puis on adapte en fonction de la tolérance et de la réponse au niveau de l'hémoglobine glyquée, au niveau de l'équilibre du diabète.

D'accord.

Vous leur conseillez du coup des règles hygiéno-diététiques chez les patients âgés ?

Oui bien sûr, oui oui oui, je leur conseille de manger, euh, j'essaye de savoir s'ils mangent 3 fois par jour, s'ils font 3 repas par jour, je leur demande de, euh, plutôt de privilégier les féculents le matin, de manger un petit peu de féculent à midi, aux autres repas mais quantité, euh en petite quantité, d'éviter les sucres rapide, l'alcool. Bien sûr je parle de tout ça avec eux. De manger des choses qui sont cuisinées, et pas, euh, de manger, enfin y a pas mal de gens âgés quand ils sont seuls qui ont tendance de grignoter n'importe quoi, un bout de pain, du fromage, donc je leur parle éventuellement du portage de repas à domicile pour qu'ils mangent des légumes, de la viande, pour qu'ils aient des vrais repas.

Voilà, après sur les, sur les, j'ai une patiente qui a plus de 75 ans qui est obèse, je pense qu'elle mange trop mais ça c'est très difficile de lui faire changer ses habitudes.

Mais voilà sur les conseils c'est ça, les sucres rapides, l'alcool, des repas cuisinés, des petites quantités de féculent mais pas trop au repas du soir, du pain le matin. Euh voilà.

D'accord, et ça vous arrive d'instaurer de l'insuline ?

Oui,

Et du coup sur quel critère vous mettez de l'insuline à un patient ? Et comment vous faites ?

Une hémoglobine glyquée qui échappe, une hémoglobine glyquée qui ne cesse d'augmenter alors qu'on augmente de plus en plus les traitements par voie orale.

Je pense que je le fais plus vite maintenant que je ne pouvais le faire au début et donc chez un patient âgé je vais plutôt le faire par une insuline lente avec une seule injection par jour, je vais plutôt faire intervenir une infirmière, pour que ce soit géré par une infirmière, si les patients sont pas assez autonomes, j'en ai un qui est sous insuline mais il a moins de 75 ans, euh, éventuellement il pourra gérer son traitement tout seul avec un protocole d'insuline rapide si jamais y a besoin aussi, mais je vais surtout baser mon choix d'insuline sur de l'insuline lente avec un schéma à une seule injection.

Et avec comme objectif d'avoir une hémoglobine glyquée qui redescende en dessous de 8.

7/ Et du coup ce qui vous fait modifier un traitement de manière générale ? Quels sont les paramètres qui vous font modifier un traitement ?

Un patient qui n'a pas de suivi diététique, enfin euh, premier critère c'est l'hémoglobine glyquée qui échappe ça c'est le numéro un, avec l'escalade thérapeutique. L'autre critère c'est un patient avec aucune diététique. En fait en vous parlant j'ai une patiente qui me revient en tête. Une dame qui a 80 ans, pas du tout de diététique, donc elle est sous insuline mais elle a pris 20 kg sous insuline encore, elle faisant 130 kg maintenant elle fait 150 kilo donc c'est compliqué.

Oui c'est essentiellement ça l'échappement avec le traitement par voie orale.

8/ Et les critères de jugement d'efficacité de votre prise en charge ? Sur une prise en charge du diabétique âgé ? Quels sont les paramètres qui vous font dire votre prise en charge est efficace ?

Euh, l'hémoglobine glyquée toujours, le poids aussi, euh, l'absence de complications, (*réfléchit*) voilà.

9/ Et est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ? Dans vos patients ou de manière générale. Est-ce que vous avez l'impression qu'ils sont trop traités ou pas assez ?

Euh, je ne dirais pas trop, j'ai juste par exemple cette patiente qui est sous insuline, qui a pris 20 kilo sous insuline, elle faisait déjà 130 kilo si c'était à refaire je ne sais pas si je la mettrais sous insuline,

Oui

Parce que le bénéfice... voilà. Donc celle-là, si c'était à refaire c'est possible que le fasse autrement, je ne suis même pas sûr que ce soit moi qui l'ait fait mais bon j'ai renouvelé son insuline de toute façon, donc.

Non je pense que globalement les patients de toute façon, en tout cas après 75 ans c'est dur d'avoir un diabète équilibré. Donc je dirais plutôt pas assez, on a du mal à avoir des traitements bien équilibrés, des patients bien équilibrés.

Et qu'est-ce qui fait qu'ils ne sont pas équilibrés ?

C'est souvent des gens qui sont en surpoids, et qui sont âgés et qui ne marchent pas beaucoup,. Chez le sujet jeune ça c'est vraiment des paramètres qui permettent de bien, les patients qui se mettent à faire un peu, enfin un peu... qui se mettent à faire du sport mais des fois simplement de la marche, tout de suite leur diabète ça va mieux, qu'ils perdent 5-6 kilo souvent ils y arrivent bien, les patients âgés ils ont du mal à perdre du poids et ils ne bougent pas, donc c'est compliqué. Ils ne font pas grand-chose ils ne travaillent pas donc ils mangent et voilà. (*Rire*)

10/ Et est-ce que vous utilisez des données d'évaluation gériatrique, comme des grilles ou des scores pour évaluer les personnes âgées diabétiques ?

Non

Et comment vous évaluez la dépendance par exemple chez un patient âgé pour savoir quel type de traitement vous mettez ?

Euh, alors c'est un peu du bon sens, c'est-à-dire que oui je, souvent les patients je les connais et je vois si, j'évalue déjà moi et puis avec eux si je pense qu'ils sont en capacité de gérer leur traitement, s'ils vont pouvoir aller au laboratoire, faire leurs analyses de sang, etc... Donc c'est un peu parce que je les connais, c'est sur du bon sens.

11/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge le patient âgé diabétique?

Est-ce que je rencontre des difficultés ?

Oui, est qu'il y a des difficultés particulières pour vous pour prendre en charge un patient âgé diabétique ?

Euh ben oui, ce n'est pas, oui c'est vrai que ce n'est pas une maladie facile, oui parce que je trouve qu'on n'a pas beaucoup de marge de manœuvre. Oui et puis le diabète c'est une maladie qui est peu symptomatique enfin sauf quand y a des complications. *(Réfléchit)*

Oui ce n'est pas facile, ce n'est pas très gratifiant parce que je trouve qu'on n'a pas beaucoup de résultats, on dit aux gens, euh en gros on leur en donne de plus en plus, plus ça va plus on augmente les doses des traitements anti diabétiques et ce n'est pas... Ah oui j'ai une autre patiente de plus de 75 ans qui avait bien voulu s'inscrire au réseau Sophia de la sécurité sociale et qui du coup ça l'a, elle s'est bien prise en charge parce qu'elle a fait la démarche. Voilà, mais globalement, oui je trouve qu'on n'a pas beaucoup de résultats, les patients sont parfois bien installés dans leur maladie, leur vieillesse, leur pathologie et ne bougent pas beaucoup.

Et la prise en charge globale, est ce que vous trouvez qu'elle diffère par rapport au sujet jeune et en quoi c'est différent pour vous ?

Ah ben oui, c'est ce que je vous ai dit, je trouve que chez le sujet jeune euh, enfin, c'est pas vrai pour tous mais c'est vrai que je pense que ça passe par des changements d'habitudes alimentaires et d'habitudes de vie, donc tous les sujets jeunes ne sont pas prêts à le faire mais quand même y a plus de sujets jeunes qui vont avoir envie de perdre du poids, de bouger d'avantage, d'améliorer leur qualité de vie que des sujets âgés. Je trouve que c'est ça qui est plus, c'est la dessus qu'on a un peu plus de marge de manœuvre.

12/ Et vous avez des patients âgés diabétiques en EHPAD ?

Euh, non, j'en ai trois, j'en ai pas beaucoup et ils ne sont pas diabétiques.

Mais j'ai une patiente qui est chez elle, qui a 82 ans, qui à mon avis bientôt ne pourra plus rester chez elle et qui est diabétique sous insuline, cette dame qui fait, qui...

D'accord, parce qu'on avait une question dessus.

Non, je n'en ai pas actuellement.

13/ Bon, la dernière question était plus sur le sujet, de manière générale, sur l'intérêt, sur des pistes de réflexion, des choses particulières à rajouter...

(Réfléchit) Non, sur le...

Est-ce que vous avez par exemple des pistes d'amélioration pour améliorer la prise en charge des personnes âgées, qu'est-ce qu'il faudrait faire selon vous ?

(Dialogue interrompu suite à un appel téléphonique)

(Réfléchit)

Non, c'est vrai que... Non le propre de la vieillesse c'est qu'on arrive un peu en bout de course, ça dépend 75 ou 85 ans ce n'est pas pareil. Y a encore des choses qu'on peut faire à 75 ans qu'on ne peut pas faire à 85. Euh, non, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer ? Euh, je trouve que ce qui fait du bien chez le patient diabétique c'est le fait de bouger, toute l'hygiène de vie, ça c'est énorme, euh au niveau des traitements globalement je trouve que la Metformine c'est un traitement

qui est bien supporté, y a plein d'autres traitements que je n'utilise pas forcément beaucoup, euh, non je n'ai pas d'idée...

Merci.

Entretien n° 13 : MG13

Durée 25,28 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 52 ans
- Sexe : Féminin
- Année d'installation : Depuis 1997
- Lieu d'installation : Villefranche sur Saône
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Non je fais de l'acupuncture et de l'homéopathie mais je n'ai pas de diplôme spécifique
- Et vous faites des visites en EHPAD ? Oui je continue à suivre mes patients quand ils y sont mais je ne suis pas rattaché spécialement
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Je ne sais pas

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 70 ans : 30,29% sur 958 patients, soit 296 patients.

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans : Aucune idée, vraiment là j'avoue que... Je suis désolée.

1/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique que vous avez vu en consultation ?

Le monsieur que je viens de voir, le papa de ma secrétaire qui a 82 ans.

D'accord, il habite chez lui ?

Oui.

Il vient ici ?

Oui.

Il est diabétique depuis combien de temps ?

C'est une bonne question... (*Cherche*) ça fait quelques années déjà parce que là je remonte à 2003... Euh et ben on a commencé à le traiter en 2003, ça fait 13 ans.

Est-ce qu'il y a un suivi avec un diabétologue ?

Non.

Est-ce qu'il y a des complications ou des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Alors oui il a fait plusieurs infarctus, il a un pontage.

D'accord, et qu'est-ce qu'il prend comme traitement ?

Alors il a de la Metformine 850, 3 par jour.

Et est-ce qu'il y a une surveillance de sa glycémie à la maison ?

Ah à la maison, non il ne le fait pas.

Et la fréquence de surveillance de l'hémoglobine glyquée ?

Tous les 3 mois.

Et la dernière valeur ?

Et bien elle est à 6,2 au 12 décembre.

D'accord, au plus frais.

Et au niveau des paramètres gériatrique, sur le niveau d'autonomie, de la cognition ?

Il est parfait, il vit à domicile avec sa femme, il va bien, il sort, il fait ses courses tous les jours. Bon il a quelques petits troubles de mémoire comme tout le monde à cet âge-là, mais rien de plus.

D'accord

Il est parfaitement autonome. Jusqu'à peu de temps, ma secrétaire à un Beauceron, qu'il allait promener tous les matins avant, mais il est tombé un jour. Ils ont aussi des chevaux donc il s'occupe

des chevaux. Il bouge quand même encore pas mal. Malgré son surpoids. C'est un bon vivant, j'ai beau lui expliquer qu'il faut qu'il mange un peu moins mais c'est compliqué.

Et qu'est-ce que vous pensez de cette dernière valeur d'hémoglobine glyquée ?

A ben ça me va bien, 6,2 c'est parfait.

Et est-ce que vous avez modifié son traitement récemment ?

Non, parce qu'il est toujours autour de 6,5 maximum, c'est parfait pour lui à son âge.

Et est-ce qu'il y a des complications du diabète qui ont interféré dans la prise en charge ?

Spécifiques du diabète ? Non, alors le diabète est apparu après ses problèmes de tension parce qu'avant il n'en avait pas. Mais que le diabète est intervenu un peu, non je ne pense pas.

Et quel adjectif utiliseriez-vous pour définir ce patient ?

Dans quel sens ?

Dans sa globalité, comment vous définiriez sa santé ?

Oh, il va pas mal il est en bonne santé. Il est bien. *(Rire)*

(Arrêt de l'enregistrement, interruption par le téléphone)

2/ Maintenant des questions un petit peu plus général,

Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Oui, en fonction de leur bilan quand même, après euh, ouais.

Pour quelle raison ?

Déjà parce qu'on a un taux qui est plus large, donc on peut se permettre d'être moins exigeant sur le résultat de l'hémoglobine glycosylée après s'il y a de l'insuffisance rénale, si y a des tares à côté, faut en tenir compte, donc, le traitement ne sera pas forcément le même et puis en fonction de leur état général.

C'est vrai que quelqu'un de très âgé on peut se permettre de laisser un peu plus de sucre. Que quelqu'un de jeune, on va plus se battre pour qu'il arrive à des taux... avec des traitements plus costauds.

3/ Et quels paramètres prenez-vous en compte pour prendre en charge le diabète chez le sujet âgé ?

Pour le suivi ?

Oui, sur le diabète en général, pour le suivi, le traitement.

Pour le suivi ce sera l'hémoglobine glyquée.

(Arrêt de l'enregistrement, interruption par le téléphone)

Donc je vous demandais sur les paramètres que vous prenez en compte pour prendre en charge une personne âgée.

Au niveau de la surveillance en général je me base plus sur l'hémoglobine glyquée que sur le reste, c'est rare que je leur fasse vraiment piquer tous les jours, j'en ai quelques-uns qui ont de l'insuline, mais depuis longtemps et c'est une infirmière qui gère. Après pour le suivi des diabètes de type 2 des personnes âgées, je fais tous les 3 mois, je ne m'embête pas à les piquer tous les jours.

D'accord.

Sinon on devait faire intervenir une infirmière, c'est compliqué.

4/ Et en consultation qu'est-ce que vous faites ? Au niveau clinique, paraclinique et biologique ?

Ben au niveau clinique je les vois tous les 3 mois en général avec les résultats de leur prise de sang. J'essaye de suivre les recommandations de la sécurité sociale n'est-ce pas *(rire)*. Donc ils font leur bilan tous les 3 mois et une fois par an le bilan complet sauf si y a une créat à suivre ou des choses que je fais plus rapprochées. Et puis au niveau clinique surtout cardiaque, tension, quand j'ai 3 minutes je regarde leur pieds, essentiellement ce sera plus cardiovasculaire, les poulx. Voilà.

5/ D'accord, et est-ce que chez un diabétique jeune vous allez avoir une surveillance qui va être différente ?

Alors là ça dépend du type de diabète et à quel niveau ils sont, souvent les jeunes qui ont un taux très élevé je vais les envoyer chez un endocrino pour avoir un avis. Et puis la surveillance ça reste là, la surveillance sera la même, ça sera tous les 3 mois aussi et bilan tous les 3 mois aussi, sauf si vraiment y a un truc qui s'aggrave auquel cas on va réagir plus vite.

6/ Et est-ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées quand vous instaurez un traitement ?

En général je leur conseille des choses, ça arrive que je leur donne des papiers avec des conseils, des aliments qu'il faut privilégier ou pas, etc.

D'accord et quand vous instaurez un traitement qu'est-ce que vous privilégiez en premier ?
Au niveau médicament ?

Oui

Ben on est censé privilégier la Metformine.

Et ça vous arrive d'instaurer de l'insuline, soit directement soit en deuxième ?

Directement ça ne m'est jamais arrivé et après j'envoie toujours voir l'endocrino avant moi de l'instaurer.

Oui, pour avoir un avis

J'estime que c'est mieux au niveau prise en charge, qu'on leur explique bien calmement, tranquillement parce qu'ils ont besoin qu'on leur explique plusieurs fois, ou même après les prises en charge par les infirmières c'est toujours plus compliqué, ça permet souvent une hospitalisation, ils ont un bilan général. Mais c'est rare que les gens très âgés on soit obligés de passer à l'insuline c'est rare. Surtout si c'est un diabète qui se déclare après 65 ans, en général on arrive à éviter ça quand même.

7/ Et qu'est-ce qui vous ferait modifier un traitement ? Dans une prise en charge de diabétique ?

Ben si les taux ne sont pas bons, ou si y a une intolérance au médicament prescrit. Plus les résultats et la tolérance des médicaments.

8/ Et vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

Résultat des analyses, état général du patient.

9/ Et est-ce que vous avez l'impression que les sujets diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

Je pense qu'ils sont pris en charge relativement correctement, je pense qu'on doit quand même être nettement moins exigeants par rapport à ce qu'on... Il ne faut pas non plus faire de ça une obsession parce du coup il y a tous les extrêmes, y en a c'est « j'ai du diabète donc je fais plus rien ». Je ne pense pas qu'on ne les traite pas assez, je ne pense pas. Y en a toujours qui passent à travers, je pense que le diabète chez la personne âgée est relativement bien pris en charge.

Et est-ce que vous pensez qu'ils sont trop traités justement ?

Je pense que c'est bien qu'ils aient élargi un petit peu les taux, que ce ne soit pas, qu'il ne faut pas, qu'il ne soit pas inférieur à 6,5 comme quelqu'un de jeune. Parce que je pense que une personne âgée a plus besoin, réagit différemment aux besoins de sucre et a plus besoin de sucre qu'un jeune et que ce n'est pas très bon non plus intellectuellement de leur imposer des choses trop drastiques.

10/ Et est-ce que vous utilisez des données de l'évaluation gériatrique pour prendre en charge des sujets âgés diabétiques ? Est-ce que vous utilisez des grilles ou des scores pour vous faire une idée de leur autonomie ?

Non en général je n'ai pas le temps et puis c'est des gens je les connais bien, je le fais comme je le sens, en général je suis les familles donc c'est vrai que après je les connais bien.

Oui

Je commence à bien, je les ai vu évoluer, donc les gens qui sont âgés maintenant qui ont 70 ans je les ai connus à 50 donc je sais comment ils vivent.

Sur quels critères vous allez vous dire qu'un patient est un peu moins autonome ?

En général la famille m'en parle ou ils en parlent un petit peu, mais souvent c'est plus la famille parce que les patients ne sont pas toujours conscients des choses,

Oui

Donc se servir des scores, des grilles des machins c'est très bien mais quelquefois ils répondent à côté et on arrive à des scores bons alors qu'en fait ce n'est pas ça, ils ont l'impression de faire plein de choses alors que si on interroge la famille ça commence à mal évoluer.

11/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge des patients âgés diabétiques ?

A priori non. Non après qu'est-ce qu'ils font chez eux on n'en sait rien, a priori non.

Et quelle est la différence avec le sujet jeune sur les prises en charge de manière générale ?

Les patients âgés prennent plus facilement leurs traitements que les gens jeunes.

Ils sont plus compliants ?

Les patients jeunes, ils vont bien, ils n'ont aucun symptôme, donc pour eux ça leur casse les pieds de prendre un traitement, de dire je suis diabétique, machin. Alors que les patients âgés quelque part ils sont habitués de prendre quelque chose, pour la tension donc ils prennent beaucoup plus facilement. Et puis quelqu'un d'actif si y a un truc à prendre à midi, je le vois parce qu'ils me le disent, « oh ben à midi je l'oublie tout le temps, je prends bien celui du matin mais après les autres... » Alors que quelqu'un, un patient plus âgé sera chez lui, il aura ses petites habitudes donc il le prend.

12/ Et du coup dans vos patients qui sont en EHPAD vous avez des sujets diabétiques ?

Oui

Et vous faites comment pour les prendre en charge, y a une différence par rapport au cabinet ? Plus facile, plus difficile ?

C'est plus compliqué, non c'est pas plus compliqué, mais il suffit de penser à faire, au cabinet on a tout dans l'ordinateur, donc si la prise de sang n'a pas été faite c'est vrai que je le vois tout de suite mais quand on va en EHPAD c'est quelquefois plus compliqué parce que le logiciel, on ne le connaît pas très très bien et si on ne pense pas à faire une ordonnance pour une prise de sang ça va passer à l'as. C'est un petit peu plus compliqué.

Plus par rapport au logiciel, parce que ici j'ai tout, si je n'ai pas fait l'ordonnance et ben vous ferez votre prise de sang, mais en EHPAD y en a pas une qui a le même logiciel, les résultats d'analyse on ne sait jamais où il faut aller les chercher, c'est toujours des trucs, c'est vrai ce n'est vraiment pas pratique. Dans l'ensemble la prise en charge n'est pas mauvaise quand même.

Des fois je regarde avant d'y aller et je me dis ben tiens faudra que je pense à faire une ordonnance, et comme ça je la fais.

13/ C'est plus une question sur l'intérêt du sujet, le diabète chez les personnes âgées est-ce que ça vous paraît un sujet intéressant ? Sur les questions que j'ai posées est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

Euh, non, (*réfléchit*) je leur conseille toujours de marcher, de sortir, de faire de l'exercice parce que je pense que ça c'est hyper important dans le cadre du diabète. Autrement, non non, dans l'ensemble je ne vois pas de chose d'autre.

Et est-ce que vous connaissez les dernières recommandations avec les différentes hémoglobines glyquées. Votre opinion, est ce que vous les trouvez claires ?

Oui oui c'est clair

Est-ce que vous les trouvez adaptées ?

Je pense que c'est plus adapté maintenant que ça ne l'était au départ, pour une fois on est d'accord avec ce qu'on nous impose (*rire*) c'est rare.

Et est-ce que vous auriez des éléments qui pourraient permettre d'améliorer en médecine générale leur prise en charge, des choses où vous vous dites, tiens ça me manque ?

Sur le diabète chez la personne âgée ?

Oui

Euh, ben, une meilleure formation pour les personnes qui portent les repas à domicile, parce que demander un régime diabétique.

Oui un portage c'était pour qu'ils mangent équilibré.

Ben voilà mais souvent on a beau leur demander pour diabétique, mais je ne sais pas où ils ont fait leur formation, mais ça c'est comme ça, c'est indépendant de nous. Non autrement je n'ai rien d'autre.

Merci.

Entretien n° 14 : MG14

Durée 24,38 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 37 ans
- Sexe : Féminin
- Année d'installation : Depuis 2014
- Lieu d'installation : Lachenas.
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Non plus
- Vous faites des visites en EHPAD ? Oui, il y a une maison de retraite où je fais des visites régulièrement.
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : Une dizaine je pense

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 70 ans : J'ai du mal à me rendre compte, je dirais un quart de ma patientèle. Sur 300 patients mais j'en ai beaucoup qui ne sont pas déclarés.

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans : Environ $\frac{3}{4}$

1/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique, que vous avez vu ?

Alors que je regarde car je ne me rappelle plus quel âge il a.

(Cherche sur son ordinateur)

Oui je n'en ai pas tant que ça... Ah ben si Monsieur M. Il a 80 ans.

Il est à la maison ?

Oui il est à la maison

Vous le voyez ici ou en visite?

Oui je le vois ici, il est totalement autonome, il conduit.

D'accord.

Après c'est quand ils ne peuvent plus se déplacer où je vais à domicile. Mais c'est vrai que lui il n'a pas de soucis.

Est-ce qu'il est vu par un diabétologue ?

Alors oui mais parce qu'il a eu un gros souci de santé l'année dernière, il a été très longtemps sous corticothérapie du coup il avait complètement déséquilibré son diabète donc il est passé à l'insuline je crois au mois de mars de l'année dernière. Du coup comme il avait une baisse de la corticothérapie, il a été vu régulièrement par l'endoc.

Oui pour adapter...

Oui

Il est diabétique depuis combien de temps ?

Alors lui en fait je le connais depuis que je l'ai pris en charge, je le voyais depuis que je suis collaboratrice c'est-à-dire en 2014, mais en fait il était suivi par un autre médecin donc je ne me rends pas compte mais ça doit faire, je sais plus j'avais refait sa déclaration, ça doit faire plus d'une dizaine d'années qu'il est diabétique. Mais du coup moi je ne le suivais pas pour ça au départ et puis en fait comme il a eu son gros soucis de santé, là je l'ai pris en charge en tant que médecin traitant

et je me suis mise à suivre son diabète. Ça doit faire plus de 10 ans mais il était bien équilibré jusque-là.

Et il a des complications de son diabète ? Des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Non pas franchement, il n'a pas d'insuffisance rénale, les problèmes cardiaques qu'il a eu ce n'était pas en lien, ce n'était pas coronaire quoi, pas coronarien, et il n'a pas d'artériopathie. Non il n'a rien.

D'accord, et qu'est-ce qu'il prend comme traitement ?

Et ben là il est sous insuline et en plus je crois qu'il a ...

(Réfléchit, cherche sur son ordi, marmonne),

Donc oui il a Lantus et il a Repaglinide matin midi et soir

D'accord, est ce qu'il surveille son dextro ?

Oui du coup oui, pour l'instant comme du coup c'était un peu mal adapté, il fait quand même ses glycémies tous les matins au moins et je sais plus si il en fait, je crois qu'il en fait dans la journée.

Et du coup il a un carnet ?

Il a un carnet, oui

Du coup c'est lui qui les fait ?

Oui, alors il les fait, les infirmières avaient quand même comme c'était la mise en place d'insuline elles sont venues longtemps matin midi et soir et comme il est assez autonome c'est lui qui fait ses injections d'insuline et c'est lui qui fait ses dextro. Elles, elles surveillent juste, elles passent juste une fois par jour pour voir si tout va bien.

Vous surveillez l'hémoglobine glyquée tous les combien de temps ?

Tous les 3 mois lui à peu près.

Et la valeur de la dernière ?

Alors la dernière,

(Cherche sur son ordinateur)

Je ne trouve pas la dernière. Alors c'était 9,1 mais c'était au mois de juin il avait encore sa corticothérapie. Oui il n'est pas encore bien équilibré. Oui la dernière, je ne l'ai pas, parce que du coup il a revu l'endoc et l'ordo elle est de l'endoc. Son ordonnance d'hémoglobine glyquée. Je vais quand même vérifier sur son... *(Cherche sur son ordinateur).*

7% au mois de septembre.

D'accord.

Ça a quand même bien baissé, là il est plus sous corticoïdes depuis quelques mois.

Et du coup qu'est-ce que vous pensez de cette valeur de 7% ?

A ben pour lui c'est bien, pour son âge, et puis du coup il a quand même des soucis cardiaques et pneumo. C'est bien 7% pour lui.

Et au niveau de son état général, de sa cognition ?

Il est bien, il fait tout, il gère bien, il gère bien comme il est sous AVK, je gère avec lui directement ou avec sa femme, c'est vrai que... Mais sinon il est bien.

Et est-ce qu'il y a des complications du diabète qui ont pu interférer ?

Non pas trop en fait parce que ce qu'il a fait ce n'était pas tellement en lien avec son diabète mais du coup ça a été répercuté sur le diabète mais ce n'est pas ça qui avait causé ses problèmes.

Et qu'est-ce que vous utiliseriez comme adjectif pour définir ce patient ? De manière globale ? Sur sa santé ?

Euh, enfin un mot c'est compliqué... Disons qu'il est autonome mais je le surveille beaucoup car il est quand même un peu fragile avec tous les trucs qu'il a eu. C'est pour ça que je laisse les infirmières car je sais que ça peut vite décompenser avec lui. C'est pour ça que du coup je, oui donc lui à la fois là c'est bien c'est équilibré mais je sais que ça peut vite se déséquilibrer, mais après il est assez observant.

Et vous le considérez comme fragile, mais c'est plus par rapport à quoi ?

Alors en fait il est fragile mais plus par rapport à ses problèmes pulmonaires et cardiaques, il a quand même fait un séjour en réa, c'est plus ça que son diabète.

Mais l'échelle de Fried pour la fragilité ?

Je ne connais même pas, non et puis c'est vrai qu'il est âgé mais il est quand même vachement fort. Du coup il a eu ses gros soucis, il a quand même bien remonté la pente. J'ai du enlever les infirmières

chez lui car en fait ça le saoulait, il était tout le temps à droite à gauche, c'était une contrainte pour lui.

2/ Des questions un petit plus générales maintenant, est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Oui, ben ouais, enfin du coup pour les objectifs quoi, je ne mets quand même pas les mêmes objectifs d'hémoglobine glyquée. Et puis moi j'ai deux patients à qui j'ai arrêté des traitements.

D'accord

C'est vrai qu'ils étaient à 6 juste avec de la Metformine. Du coup ben là je les ai arrêtés et je surveille juste et finalement ça ne remonte pas.

Et vous vous basez sur quoi du coup ?

Sur l'hémoglobine glyquée, ouais, la dessus et puis je, enfin quand c'est des gens qui ont des gros troubles cognitifs, c'est vrai que je ne mets pas les mêmes objectifs quoi. C'est plus ça.

3/ D'accord, et quels paramètres vous prenez en compte pour prendre en charge le diabète de type 2 chez le sujet âgé ?

(Regard interrogatif)

C'est-à-dire euh... Avant de mettre en place un traitement ?

Oui ou même pour le suivi, pour la totalité, la prise en charge, le suivi, les thérapeutiques, la surveillance,

Comme euh, comme surveillance ?

Non quelles sont les caractéristiques des sujets âgés qui vous font les prendre en charge de manière différente ?

Déjà l'état général quoi, les pathologies associées je dirais, plus l'espérance de vie, voir un peu ça. Et puis ben l'insuffisance rénale, plus pour le traitement quoi, sinon on adapte. Et euh... C'est ça quoi.

4/ D'accord, et quels sont les paramètres de surveillance ?

Autre que l'hémoglobine glyquée ?

Oui de manière générale,

Chez les sujets âgés ?

Oui

Je fais la même surveillance que chez les jeunes, j'avoue, je n'adapte pas trop, je fais pareil. Au moins une fois par an je leur fais quand même un gros bilan.

Et du coup niveau paraclinique, vous faites la même chose ?

Oui à peu près, il voit le cardiologue ou sinon je fais un ECG, ça dépend qui c'est. Mais souvent les gens âgés comme ils ont d'autres pathologies, ils vont souvent voir le cardiologue au moins une fois par an ou tous les 18 mois. Et euh, et puis après je leur fais mais ça dépend, j'ai des patients, j'en ai un qui est diabétique mais qui a aussi une artériopathie donc là je fais aussi, il voit aussi l'angiologue pour son doppler tous les ans à peu près.

Oui

Et la seule chose que je ne fais pas trop c'est ceux qui ont de l'insuffisance rénale quand elle est stable, c'est vrai qu'ils ne voient pas vraiment le néphrologue. C'est vrai que peut être je devrais mais je ne le fais pas systématiquement. Je surveille juste.

5/ D'accord, et vous surveillez de la même façon que chez le sujet jeune...

Oui à peu près,

6/ Et pour instaurer un traitement chez un diabétique, qu'est-ce que vous prenez en compte ?

Euh, même chez un sujet jeune ?

C'est plutôt la personne âgée

J'en ai pas trop mais je pense que, bah... Plus pfff. L'insuffisance rénale et peut être après j'essaierais la Metformine et je regarderais comment ils tolèrent.

Et vous leur conseillez des régimes, des règles hygiéno-diététiques ?

Oui, alors chez les gens âgés je suis quand même beaucoup moins embêtante, c'est vrai que après 80 ans je ne les embête pas trop. Des fois quand je vois que c'est vraiment déséquilibré à ce moment-là on va rediscuter un petit peu des sucreries des choses comme ça entre les repas. Mais c'est plutôt des jeunes qui sont déséquilibrés qui font n'importe quoi. Ils n'ont pas 70 ans

Ils sont raisonnables...

Oui je crois qu'ils mangent moins, ils mangent moins.

Et du coup plutôt de la Metformine, et vous instaurez de l'insuline ? Comment vous faites ?

Moi je l'ai jamais fait, mais du coup j'ai fait une formation l'année dernière où du coup ça m'a un peu rassurée et je me suis dit que peut-être je le ferai si j'ai un patient qui n'était pas équilibré.

Oui, du coup sur quels critères vous instaurez de l'insuline ?

Quelqu'un de pas du coup équilibré malgré les règles hygiéno-diététiques. Plutôt ça, sur une hémoglobine glyquée pas du tout équilibrée.

Alors c'est vrai que je me rends compte que en le disant y en a que j'ai envoyé chez l'endoc et puis alors chez eux ça marche beaucoup mieux, je ne sais pas, Ils leurs mettent beaucoup plus la pression donc ça marche quelque temps et puis après ça euh, ça marche plus.

7/ D'accord, qu'est-ce que vous prenez en compte pour modifier un traitement de manière générale ? Toujours chez les personnes âgées.

La tolérance des médicaments, donc si c'est des médicaments, les hypoglycémies. Et puis le poids, la prise de poids, la fonction rénale. C'est à peu près tout.

8/ Et sur quels critères vous jugez que votre traitement est efficace ?

Ben si j'ai une bonne hémoglobine glyquée et puis s'ils tolèrent bien les traitements, qu'il n'y a pas d'hypoglycémies, d'effets secondaires du traitement.

9/ Et est-ce que vous avez l'impression que les sujets diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

Alors moi les miens, je pense qu'ils étaient presque trop et du coup en fait je me suis rendue compte que ouais que des fois on pouvait arrêter, je l'avais continué pendant longtemps et je pense que j'aurais pu l'arrêter avant.

Oui du coup vous en avez arrêté...

Oui ils avaient tous des hémoglobines glyquées qui était en dessous de 7, qui était à 7 maximums et puis en fait, moi pour les miens je dirais qu'ils étaient presque trop traités. Des « pas assez traités » moi je n'en ai pas. Pas après 80 ans.

10/ D'accord, et est-ce que vous utilisez des données d'évaluation gériatrique ? Pour évaluer vos patients ? Des grilles, des scores ?

Non ça je ne connais pas bien, je ne le fais pas, mais parce que je les connais pas, si je connaissais je pense que ce serait intéressant

Et du coup vous évaluez comment la dépendance ? L'autonomie ?

Et ben quand je fais des dossiers je fais les grilles AGGIR, des trucs comme ça mais sinon je ne fais pas trop.

Mais bon le patient que vous avez décrit comme fragile, vous avez fait comment ?

C'est plus un ressenti, je sais parce que je diminue les aides car il en a trop et que je vois qu'il se débrouille, qu'il fait tout tout seul. Peut-être après pour des gens âgés des fois c'est vrai que c'est en remplissant les dossiers d'ADPA, en voulant mettre en place des aides qu'on se rend compte de tout ce qu'il y a à faire.

D'accord.

Après j'essaye de le faire à chaque fois, de bien leur demander comment ça se passe à la maison, oui je pense que quand même on essaye de plus en plus de mettre des choses en place, de faire attention. C'est vrai que du coup ici on bosse beaucoup avec les infirmières donc du coup souvent elles ont un bon retour, enfin pour nous c'est hyper intéressant, parce qu'elles les voient à la maison donc elles se rendent compte aussi quoi, c'est pas mal ça aussi de travailler ensemble.

11/ Et est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge les patients diabétiques âgés ?

Alors moi je n'ai pas eu trop ce cas. Mais c'est vrai que depuis 1 an je n'ai pas eu... Au niveau de son diabète hein ?

Oui

Non je n'ai pas eu ça. Après si, sauf ce patient, il avait été... ce n'est pas moi qui l'ai envoyé chez l'endocrinologue, il a fait le circuit hôpital, à l'hôpital il était déséquilibré, je me suis rendue compte qu'il était déséquilibré, il a décompensé au niveau pulmonaire, il a été hospitalisé du coup ça a été géré à l'hôpital directement.

D'accord

Donc c'est vrai que je n'ai pas eu besoin moi de faire la démarche, ça a été tout de suite pris en charge, voilà, et du coup au départ lui voyait l'endoc tous les 3 mois donc c'est vrai qu'avec ça plus les infirmières c'était déjà bien géré et c'est rentré dans l'ordre.

C'est le seul qui m'a posé soucis, c'est lui.

D'une manière générale une personne âgée ne vous pose pas soucis avec la prise en charge de son diabète ?

Non pour l'instant je n'ai pas eu ce cas-là.

Et en quoi cette prise en charge diffère avec le sujet jeune ? Est-ce qu'il y a une différence ?

Oui je pense qu'on ne fait pas les... je pense qu'on ne cherche pas la même chose, chez le sujet jeune je pense que moi on va plus lui mettre la pression au niveau du régime vraiment insister, pareil pour les activités sportives. Alors chez les sujets âgés y en a à qui on dit de marcher, mais y en a on n'essaye même plus, ils ne bougent plus, je pense qu'on ne recherche pas la même chose du coup. Ouais je pense que c'est plus ça du coup on est peut-être moins exigeants et à la fois ils décompensent plus facilement du fait d'autres pathologies.

D'accord

C'est plus là que c'est compliqué

12/ Et dans l'EHPAD vous avez des patients diabétiques ?

C'est ce que je réfléchissais, j'en ai que 3 et (*réfléchit*), non ils ne sont pas diabétiques les 3.

13/ D'accord, là c'est la dernière question, sur l'intérêt du sujet, si vous aviez des choses à rajouter, des questions que je n'aurais pas posé sur ce thème.

Non, alors pfff non, alors oui moi c'est un peu, du fait que je n'ai pas beaucoup de patients après je pense que si j'avais un patient qui vraiment était déséquilibré âgé et que je devais passer sous insuline par exemple, je pense que je ne serais pas à l'aise. Mais ce sera plus, ce qui m'inquiéterait serait plus la surveillance, d'être sûre qu'il ne fasse pas d'hypo, que tout ça bien géré, ce serait plus ça. Mais pour l'instant je n'ai pas eu le cas. Chez la personne âgée pour l'instant je trouve que c'est presque plus facile parce que ils sont assez équilibrés finalement, j'en ai que qui vont plutôt bien.

D'accord. Et sur les dernières recommandations de 2013 de l'HAS ?

C'était sur les hémoglobines glyquées surtout ?

Oui selon les types de patients,

Oui je pense que ça a quand même un peu changé les choses, du coup j'avais fait une formation et du coup où ils avaient tout repris ça. Donc ouais du coup c'est peut être ça aussi, se dire qu'est-ce qu'il a comme pathologies associées, qu'est-ce qu'il a comme espérance de vie et qu'est-ce qu'on va lui demander comme effort. Ouais je pense que ça a quand même un peu changé.

Vous les avez trouvez claires ? Vous n'avez pas eu de soucis particuliers ?

Non je les trouve assez claires.

Et des éléments qui pourraient améliorer la prise en charge en médecine générale ? Quelque chose où vous vous dites « ça me manque »,

Non moi je pense que c'est important de faire des formations régulières.

Oui, c'est ça surtout qui vous apporte

Oui moi je trouve que... Moi c'est ça qui m'a aidé, c'est la formation que j'ai faite à l'hôpital, c'était vraiment complet, je pense que c'était ça le plus important.

Merci

Entretien n° 15 : MG15

Durée 54,40 min.

Caractéristiques du médecin:

- Age : 59 ans
- Sexe : Masculin
- Année d'installation : 1986
- Lieu d'installation : Saint Georges de Reneins
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie ? Non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie ? Non
- Vous faites des visites en EHPAD ? Oui mais je n'ai pas de formation en EHPAD
- Type de patientèle :

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 : 83 patients sur 1452

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 70 ans : 15 %

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans : 39 patients

1/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique âgé ?

Qui a un diabète ?

Oui

(Cherche sur son ordinateur pendant environ 10 minutes)

Ah si cette dame-là. Elle a 80 ans.

Et ben parfait !

Où est ce qu'elle vit ? A la maison ?

Chez elle

Elle vient ici ? Ou vous la voyez la bas ?

Je la vois de temps en temps en visite mais c'est rare, ils viennent ici. Ils sont deux, elle est marié, et son mari n'est pas diabétique.

D'accord, est ce qu'elle voit un diabétologue en plus ?

Non,

(Réfléchit)

Elle a déjà vu le diabétologue une fois.

Est-ce qu'elle est suivie par un diabétologue ?

Non pas de suivi.

Et depuis combien de temps elle est diabétique cette dame ?

(Cherche sur son ordinateur)

En 1999 elle prenait déjà des médicaments,

(Cherche sur son ordinateur)

Euh... vingt ans de diabète en 2013 donc ça fait 26 ans.

Est-ce qu'elle a des complications de son diabète ?

Alors ça oui, euh rétinopathie diabétique, elle est suivie aussi pour une DMLA. Qu'est-ce qu'elle a d'autres, pfff, une cardiopathie mais elle n'est pas directement liée. Elle n'a pas vraiment d'artériopathie mais elle a eu un AVC en 2004, un AVC sylvien superficiel.

Elle a des facteurs de risque cardiovasculaire en dehors de son diabète ?

Alors elle a myocardiopathie hypertrophique traitée par Coversyl et elle pèse 61 kg, avec un IMC à 22.

Et elle est traitée par quoi pour son diabète ?

Actuellement elle est traitée par Daonil, Glucophage 850 midi et soir et un Daonil matin et 1 et demi le soir.

Et elle fait un régime antidiabétique cette dame ?

(Fais la moue)

Elle mange un peu moins de chocolat...

(Rire)

Elle a une clairance qui euh, j'aime bien faire mes tableaux
(Rire en me montrant son écran).

Donc voilà là, c'est son hémoglobine glyquée, donc dernièrement elle est entre 7 et 7,6 depuis 2015.
D'accord.

Depuis 2004 je fais ça. Depuis quelques temps elle est limite sur l'insuffisance rénale en MDRD, elle est entre 115 et 120 de clairance depuis 2 ans.

Vous les faites tous les combien de temps les hémoglobines glyquées ?

Tous les 3 mois.

D'accord, et qu'est-ce que vous pensez de cette dernière valeur d'hémoglobine glyquée à 7,6% ?

Pour son âge c'est bien, je tape autour des 7,5.

Et au niveau des paramètres gériatriques, comment elle est cette dame ? Au niveau de l'autonomie, de la cognition ?

Ben, elle n'est pas, euh... Elle se débrouille seule, elle fait son repas, son machin. Elle a un peu de mal à marcher, mais elle n'a pas vraiment d'artérite, elle a passé un doppler qui était à peu près bon.

Mais elle a quand même fait un AVC, elle a du mal à s'en remettre. Elle a une paralysie de la main droite. Mais elle se débrouille quand même. Elle vit à domicile. Elle marche avec une canne. Enfin elle fait ses courses, elle fait le marché le weekend.

Est-ce que vous avez modifié son traitement récemment ?

Ha,

(Cherche)

A priori non, non. Ah non je suis en 99.

(Cherche sur ordi)

Donc tous les 3 mois depuis 99 ça fait tout ça, j'en suis à 179 consultations.

Euh... (Cherche)

Euh je n'ai pas modifié mais je suis en train de penser que le traitement que j'ai donné tout à l'heure ce n'est pas le bon. C'est l'ancien.

Actuellement elle est sous... je donne tout ou juste pour le diabète ?

Juste pour le diabète

Elle a du Januvia 1 le matin, un Hémi-daonil ½ le matin et euh... puis c'est tout.

D'accord.

Ah mais c'est ça, donc on a arrêté le, elle avait des troubles digestifs, du coup on a arrêté la Metformine, il y a quelques années déjà mais je ne me souviens plus quand.

D'accord,

Je n'ai pas changé pour le diabète. En 2015 elle a Januvia...

(On regarde sur son ordinateur)

Et c'est là que vous avez remis son Hémi-daonil

Oui c'est ça j'ai remis son Hémi-daonil à ce moment-là en 2014. Je suis passé à Januvia depuis on est à...

Actuellement le dernier truc, le dernier traitement c'est Aprovel, Lasilix, Aspégic, Januvia et Hémi-daonil.

Et est ce qu'il y a des complications du diabète comme des hypoglycémies ou de l'insuffisance rénale, qui change la prise en charge ?

Oui, bien sûr parce que son insuffisance rénale est en train de monter. Et puis euh...

(Cherche sur son ordinateur)

En 2015 (marmonne), en 2014 on avait déjà son Hémi-daonil et son Glucophage oui c'est ça, mais on a changé là, pourquoi on a changé ?

(Cherche)

Ouais on a changé, je ne sais pas si ce n'est pas à cause de son insuffisance rénale qui remontait. C'est possible aussi.

Et comment est-ce que vous la décririez, cette patiente ? Un adjectif pour la définir ?

Euh, son caractère ou par rapport?

(Rire)

Par rapport à sa santé plutôt.

Euh, fragile.

Qu'est-ce qui vous fait dire qu'elle est fragile ?

Ben c'est un peu sa fonction rénale en lien avec ça, elle a fait un accident vasculaire, elle a une myocardiopathie hypertensive, elle a un début de rétinopathie diabétique, elle n'a pas de polyneuropathie

D'accord, mais vous ne vous servez pas de score pour définir la fragilité ? Ou d'échelles ?

Non, je ne suis pas très...

Ce n'est pas un souci.

Oui mais même de manière générale je veux dire.

2/ Et maintenant des questions un petit plus général, est ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Ben oui, bien sûr je suis quand même plus cool, dans les 7,5, les 7,8. Oui et puis quand c'est un petit plus compliqué je suis plus cool. A 80 ans je ne vais quand même pas l'enquiquiner avec des régimes.

Et vous vous basez sur quoi pour adapter votre prise en charge ? C'est l'âge ? C'est l'état général ?

C'est l'âge, quand il dépasse 80, pour le diabète je suis plus cool, je ne vais pas enquiquiner pour leur dire qu'ils vont gagner 10 ans de vie. Donc si y a pas trop de complications, s'il est comme ça, voilà là je suis entre 7,5, voilà ça marche, on ne va pas descendre à 6,5. Et plus ça va dans le temps plus je suis cool, à 90 je ne les embête plus. Car pour leur expliquer qu'ils vont avoir des complications dans 10 ans...

(Rire)

C'est difficilement entendable...

3/ Et du coup qu'est-ce que vous prenez en compte ? Il y a des paramètres particuliers qui vous font décider de tel traitement ou de tel type de prise en charge chez la personne âgée ?

Ah par rapport aux médicaments?

Oui

Oui c'est sûr, ils sont plus sujets aux hypoglycémies, ils ne mangent pas forcément très bien, ils ne mangent plus beaucoup, c'est sûr on évite, c'est pour ça que de temps en temps je suis à un demi d'Hémi-daonil parce que là on ne peut pas avoir de risque d'hypo. Je préfère la Metformine c'est bien mais ça fait de l'insuffisance rénale. Oui on adapte, on y va doucement, j'y vais tranquille, tout doux. Je ne vais pas mettre des barres très basses.

4/ Et les paramètres de surveillance de ce type de patient ? Qu'est-ce que vous faites ?

Des paramètres biologiques ?

Oui cliniques, biologiques, paracliniques.

Je reste pareil que chez le sujet jeune, je ne vais pas changer. C'est une bonne question, est-ce que je fais le même examen à 30 qu'à 60. Oui ça ne va pas changer grand-chose, même dans ma prise en charge je leur fais faire des hémoglobines tous les trois mois. Non la surveillance je la ferais pareil.

D'accord, et vous leur faites des ECG, ils voient un cardio ?

Je devrais, je n'en fais pas souvent, oui ça j'en fais moins qu'en étant jeune. Là la dame le dernier ECG que je lui ai fait...

(Cherche sur son ordinateur)

Si elle était, en 2014, elle était hospitalisée pour un truc, en 2014 peut être qu'ils en ont fait un. Je pense oui. Enfin bon je n'en ai pas fait depuis longtemps, pour être honnête, je suis en train de voir que...

Et c'est plutôt pour quelles raisons que vous n'en faites pas ?

Le temps

Le temps ?

Oui on n'a pas le temps. Ah si je lui ai fait en 2012. Identique à 2011. Là j'en ai fait deux de suite, là j'étais bien. J'avais dû avoir une formation en disant « faut en faire tous les ans ». J'avais tenu 2 ans.

(Rire)

Oui c'est ça, c'est la répétition des choses qui sont difficiles. En 2011 et celui d'avant en 2004.

5/ Et les complications du diabète chez le sujet âgé vous les surveillez de la même façon ou différemment que chez le sujet jeune ?

Je pense que... c'est-à-dire que le problème c'est qu'avec l'âge ils ont déjà des complications qui sont déjà là. Donc ils ont déjà un suivi, ils voient un ophtalmo tous les ans. Je lui ai fait un écho-doppler cette année. Non je fais à peu près pareil.

Oui vous êtes plus cool sur les traitements mais la surveillance...

Ouais la surveillance je fais à peu près pareil. C'est vrai qu'on ne réfléchit pas, c'est bête hein ?

Non

Je veux dire c'est bien ça permet de réfléchir à ce qu'on fait parce que je me dis pas le soir, tiens est ce que t'as bien fait.

(Rire)

Ouais au niveau de la surveillance c'est à peu près pareil. Je suis plus cool sur les résultats ça c'est sûr, de toute façon je ne suis pas très... je ne suis pas un médecin très...qui fait un ECG tous les ans. C'est souvent un manque de temps, c'est vrai que les personnes âgées c'est souvent des consultations où on voit plein de choses, des tas de trucs

Oui et ils ont plusieurs pathologies en plus,

Qu'on les examine, qu'ils montent là-dessus.

(Montre sa balance)

Oh je ne sais pas si ce n'est qu'un manque de temps. Non la surveillance je fais à peu près pareil.

6/ Pour instaurer un traitement, on en a déjà un peu parlé, mais vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques ?

Oui quand même, je leur conseille mais après c'est dur, je ne sais pas s'ils sont bien suivis mes conseils.

(Rire)

Vous instaurez un antidiabétique ou plutôt de l'insuline ?

Moi j'attaque par de la Metformine, puis après une association soit avec le nouveau Januvia, ou après je mets encore bien un Daonil, un sulfamide hypoglycémiant. Après plutôt chez les jeunes parce que ça entraîne des hypoglycémies, on en voit. Puis après dans un dernier temps je vais les mettre sous insuline.

D'accord.

Et comment vous faites pour mettre de l'insuline ?

Je mets 2 ans pour les décider en général, entre le moment où je leur annonce que je fais de l'insuline, y a beaucoup de réticence pour de l'insuline. Voilà à partir du moment où l'hémoglobine glyquée monte et que t'arrives au taquet des trucs, je leur explique souvent qu'il en faut. Souvent chez les personnes âgées je fais une injection le soir avec une petite dose et je garde le traitement en général puis je rajoute après.

D'accord.

Une fois qu'ils ont pris l'habitude, ils n'ont plus peur des stylos, on augmente un peu et on descend le reste. Maintenant c'est bien les stylos.

Oui,

Souvent au début les premières fois, je fais venir une infirmière qui leur montre etcetera, après ils font tout seul. Après ça dépend, j'ai un monsieur il ne voit plus rien donc c'est l'infirmière qui vient. Mais bon c'est quand même plus facile l'insuline maintenant qu'il y a quelques années

7/ D'accord, et pour modifier un traitement ? C'est quoi qui vous fait modifier un traitement ?

L'hémoglobine, et puis voilà.

8/ Et vos critères de jugement d'efficacité ? Pour la prise en charge ?

C'est l'hémoglobine aussi, je suis très hémoglobine. Et puis euh ben comment sont les gens, s'ils vont bien, s'ils ne font pas d'hypo. Pfff, voilà.

Et vous évaluez comment les hypoglycémies ? Ils ont des carnets ?

Ah, euh, tiens elle n'a pas de carnet je suis en train de penser. Non je fais des carnets avec de l'insuline. Ils viennent avec leurs carnets, on regarde les résultats, avec l'insuline je fais plutôt comme ça. Sans insuline, non je fais avec l'hémoglobine.

9/ Et est-ce que vous trouvez que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

Non avec l'âge on a moins de gens qui sont avec 12 grammes d'hémoglobines. Avec l'âge je pense qu'ils sont plus... ils mangent moins, du coup ils sont plus réguliers dans leur alimentation, ils ne font plus grand chose donc pour adapter je trouve que c'est plus facile. On a moins de problème avec les personnes âgées qu'avec les gens qui travaillent. Non c'est plus facile, en plus ils écoutent : c'est bien.

10/ Et est-ce que vous utilisez des grilles pour évaluer vos patients d'un point de vue gériatrique ?

Non, non.

Et du coup vous évaluez comment la dépendance ?

Ah, la dépendance de la personne âgée ?

Oui leur état d'autonomie en général.

On fait au feeling. Non je n'évalue pas les grilles APA. Non je ne suis pas GIR. Je trouve que c'est compliqué à remplir je trouve que c'est difficile. Non c'est dans la vie de tous les jours, c'est des gens qu'on voit chez eux. L'avantage c'est de faire des visites, parce qu'en visite on voit beaucoup mieux. Moi j'aime bien les visites. Les personnes âgées je fais encore pas mal de visites. Et puis on voit, on voit chez eux comment ils sont. Quand on commence à ne plus pouvoir rentrer ou autre, là on commence à parler, à mettre en place une aide-ménagère. Non je n'ai pas de...

Ce n'est pas un jugement.

Oui oui, c'est des habitudes, voilà je n'ai pas l'habitude de faire ça. Y en a peut-être qui en utilisent mais bon je ne suis pas très...

11/ Du coup, est ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge les patients âgés diabétiques ? Y a-t-il des choses qui vous rendent la tâche plus compliquée ?

Après c'est plus les complications, j'ai un monsieur il est aveugle quasiment donc c'est compliqué il a une insuffisance rénale terrible. C'est plus compliqué à prendre en charge, pour les médicaments et l'insuffisance rénale, les hyperkaliémies, tout ça. Autrement non ce n'est pas plus compliqué que... Moi j'aime bien les personnes âgées, enfin chez elles. Chez elles, elles sont bien.

12/ Et est-ce que vous avez des patients en EHPAD ?

Oui

Et est ce qu'il y en a des diabétiques ?

Oui

Et comment vous faites pour les prendre en charge ? C'est différent du domicile quand ils sont là-bas ? C'est plus facile, c'est plus compliqué ?

Euh, ça dépend des infirmières.

Oui

Y en a avec qui ça se passe bien, elles se prennent en charge, y en a avec qui tout est compliqué. Donc non, ça ne change pas vraiment beaucoup.

C'est plus compliqué parce que je trouve que les relations ne sont pas les mêmes, j'ai du mal. J'aime bien les gens à domicile parce qu'on discute, là y a des tas d'intermédiaires en EHPAD, et c'est compliqué, tout le monde veut y mettre son grain. Le problème de l'EHPAD c'est les repas, ils voulaient absolument mettre des repas diabétiques, la grand-mère y a qu'une chose qui la botte, elle veut des gâteaux, « pourquoi les autres mangent un gâteau et moi je ne peux pas ? » Elle a 88 ou 89, et on va l'enquiquiner à 89 ans de prendre son gâteau.

Oui

Donc j'ai réussi à enlever son régime antidiabétique et elle mange comme tout le monde maintenant, elle est contente. Elle n'a que ça je veux dire. On ne va pas l'enquiquiner à ne pas manger de gâteaux, à regarder les autres manger des gâteaux. On augmentera un peu son traitement et puis c'est bon...

(Rire)

Voilà, donc y a beaucoup d'intermédiaires donc c'est un peu plus compliqué pour l'EHPAD. Encore que moi j'essaie de les voir dans leur chambre, pas au milieu des autres. Y en a qui voulaient que je les vois absolument dans le bureau du médecin. Non non non! Moi je vois dans les chambres, tout seul j'y vais tout seul en général, avec personne d'autre.

Oui

Le problème de l'EHPAD c'est que, je pense que d'une manière générale, j'aime bien avoir le temps de l'écouter quoi, un lieu de parole quoi. Et en EHPAD c'est encore beaucoup plus important car ils n'ont le droit de rien dire, faut pas se plaindre. Les gens leur disent déjà « vous avez de la chance d'être là ». Alors que eux c'est « je préfère être chez moi », etcétera. Donc ça permet une écoute, de dire les choses sur la maison, sur les soignants, sur des choses qu'ils ne peuvent pas dire quand ils sont à côté, sauf que je dis rien moi. Ça permet d'avoir une écoute et je trouve ça très bien. Du coup je vais dans leur chambre et on discute entre nous. Et puis voilà je trouve que c'est important. C'est difficile l'EHPAD, je n'aime pas bien.

(Rire)

Non j'en ai quelques-unes, à Saint Georges y en a une là.

D'accord.

Une petite là, y a 20 personnes, en plein cœur du village.

Ah oui, c'est marrant ça, c'est rare des choses comme ça ?

Ben non, parce qu'au départ c'était des parties, on a fait il y a plus de 20 ans, c'était un domicile collectif, on avait mis des personnes ensemble, où ils pouvaient manger ensemble et chacun était chez eux, ils avaient un endroit, un studio pour faire à manger et puis ça s'est transformé tout doucement et puis maintenant c'est une EHPAD et le système est resté. Donc voilà. C'est petit mais c'est bien, ils sont à peu près tous de Saint Georges donc ils ne sont pas dépaysés. Non j'adore celle-là mais voilà ça reste quand même une EHPAD et ça reste compliqué à gérer entre les infirmières, les aides-soignantes.

13/ Maintenant c'est la dernière question sur le thème abordé, sur l'intérêt du diabète chez le sujet âgé, est ce que vous avez fait le tour du sujet ?

Non, ça permet de se rendre compte de comment on fait, on est tellement dedans qu'on ne cherche plus à savoir. Non c'est intéressant, ça permet de voir que finalement la surveillance c'est la même et ce qui change c'est surtout les résultats.

Et d'ailleurs par rapport à ça, est-ce que vous connaissez les dernières recommandations ? Celles qui datent de 2013 de l'HAS ?

Par rapport aux personnes âgées ?

Par rapport aux personnes âgées et au diabète. Ils ont listé des taux d'hémoglobine glyquée selon les patients, selon les types de patients.

Euh...

C'est ce que vous faites là finalement,

Euh non, pas spécialement, les trucs de la HAS faut les lire hein...

(Rire)

Non y a les trucs de synthèse, ils nous envoient des fascicules, mais je crois que je n'en ai plus beaucoup. Mais ils sont fous ils nous envoient des trucs comme ça mais on n'a pas le temps. Oh, j'en ai lu un peu mais on lit au fur et à mesure, c'est vrai que ... mais c'est compliqué.

Je fais partie d'un groupe de médecins et on a une formation médicale sur Villefranche qui est bien.

D'accord,

Y a trois groupes de formation médicale.

D'accord,

On se réunit tous les mois et on aborde des thèmes comme ça et du coup à chaque thème ça permet à ceux qui préparent d'approfondir les questions. Donc oui ça permet de mettre des choses en place mais lire tout ça c'est fatigant.

Et est-ce que vous auriez des éléments qui permettraient d'améliorer la prise en charge des personnes âgées diabétiques en médecine générale ?

Chez la personne âgée j'ai tendance à être plus cool, donc c'est vrai que la surveillance je la fais comme ça, après c'est peut-être pas la panacée. Ouais le système de l'hôpital, où en milieu hospitalier, on peut faire tout un bilan sur un jour.

Oui

Alors ça a du bon et du moins bon, le bon c'est qu'on reprend tout, le moins bon c'est qu'on les revoit plus

(Rire)

Ça c'est chiant, du coup au bout d'un moment ils reviennent parce qu'ils en ont marre. C'est très bien parce qu'ils ont tout, pour le coup ils ont l'électro, le fond d'œil, le machin, tout. C'est vrai que chez la personne âgée je ne sais pas si ...

Non je n'ai pas de choses à rajouter.

Merci

Entretien n°16: MG16

Durée: 15 min 50

Caractéristiques du médecin

- Age: 57 ans
- sexe: féminin
- année d'installation: 1989
- Lieu d'installation: Saint Georges de Reneins
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: non. Pas de visite en EHPAD
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2, quelque soit l'âge: Euh, je ne sais pas... Je n'ai jamais calculé, je n'ai jamais regardé.

Pas d'idée ? Aucune

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie) : *(Rigole)*, je ne sais pas. C'est difficile à dire.

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: Moins de 5

1/ Est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique âgé ?

Alors âgé ?

Oui, que vous avez vu récemment

(Regard perplexe, cherche sur ordinateur) La dernière que j'ai vue je ne sais même pas quel âge elle a, ça fait longtemps que je la connais. Euh, je vais regarder son âge. *(Cherche)* 70 ans.

Ok

Je la croyais plus jeune, mais bon.

Elle vit à la maison ?

A la maison oui.

Vous la voyez ici ?

Elle vient ici, elle se déplace.

Est-ce que elle est suivie avec un diabétologue en même temps ?

Elle a vu une diabéto, je regarde, elle a vu une diabéto au début mais après maintenant c'est moi qui la suis.

D'accord.

Au début elle a vu le diabéto.

Et depuis combien de temps elle est diabétique ?

Pas très longtemps ça doit faire une dizaine d'année, une dizaine d'année ouais.

Et est-ce qu'elle a des complications ou des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Oui, hypertension, dyslipidémie, euh... elle a tous les facteurs de risque.

Et qu'est-ce qu'elle prend comme traitement ?

Alors glicazide donc un sulfamide, metformine. Pour le diabète hein ?

Oui

Voilà, les deux médicaments c'est ça.

Et est-ce que elle suit un régime diabétique ?

Elle essaye, elle n'y arrive pas bien, elle essaye, c'est ponctuel, y a des périodes où elle le suit bien et d'autre, elle est assez forte.

Et elle surveille ses glycémies à la maison ?

Euh... oui oui elle a son appareil, elle surveille mais pas régulièrement.

Elle n'a pas de carnet de suivi ?

Non non pas de carnet.

Elle s'en sert dans quelles circonstances ?

De temps en temps quand elle m'appelle quand elle vient me voir, avant elle fait quelques glycémies comme ça. Mais rien de régulier.

Et la fréquence de l'hémoglobine glyquée ?

Tous les 3 mois.

Et c'est quoi la dernière valeur ?

(Cherche sur son ordinateur) Je suis moins bien organisée que mon confrère... Lui c'est tout ... *(fait un carré avec ses mains)* Alors 3 octobre : 6,7.

Ok, et qu'est-ce que vous pensez de cette dernière valeur ?

Moyen, peut faire mieux mais moyen.

Oui, l'objectif est plus bas ?

Oui 6,5 je préférerais mais ce n'est pas trop mal, pas trop mal pour moi, et pour elle aussi.

Et au niveau des paramètres gériatriques, l'autonomie, la cognition, elle est comment ?

Aucun souci, aucun souci, elle s'occupe même de son mari qui est Alzheimer et qui est pris en charge à domicile. Donc elle gère bien.

Et est-ce que vous avez modifié récemment son traitement,

(Cherche) Non, non, non.

Est-ce qu'il y a des complications du diabète qui ont interféré avec la prise en charge ?

Non.

Son diabète se passe bien ?

Oui ça se passe bien.

Et qu'est-ce que vous utiliseriez comme adjectif pour la définir ?

(Réfléchi) Euh, satisfaisant.

D'accord.

Elle se prend bien en charge, elle est sérieuse, elle suit bien les recommandations à part le poids.

Maintenant des questions un petit peu plus générales.

2/ Est ce que vous adaptez la prise en charge du diabète du sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Oui, oui

Et pour quelle raison ?

La fonction rénale, voilà. Essentiellement.

3/ Et qu'est-ce que vous prenez en compte pour prendre en charge le diabète du sujet âgé ?

Par rapport au sulfamide, on fait plus attention aux hypo, nocturnes surtout.

D'accord.

Et les comorbidités des patients ? Ça rentre en compte dans le choix des traitements ?

Oui, oui oui. Pas trop non. Oui forcément mais...

Oui l'état général du patient ne vous fait pas changer forcément ?

Si si faut en prendre compte du patient si si. Oui mais les personnes très âgées fatiguées. Oui oui bien sûr.

4/ Et les paramètres de surveillance de ce type de patient ?

Ouiiiii

Qu'est-ce que vous faites en consultations, de manière générale comment vous les surveillez ?

Cliniquement vous voulez dire ?

Oui et paraclinique aussi.

Alors ben tous les 3 mois, l'HbA1c, la clairance, la créat, le sodium, potassium. Un bilan quand même tous les 3 mois et puis clinique ben examen général de haut en bas, tout, la tension, le pouls.

Est-ce que vous leur faites des ECG ?

Moi non, pas systématiquement non.

D'accord.

Là, la dame, elle voit le cardio régulièrement, 1 fois par an. Les électrocardio je les fais qu'en urgence, pas en surveillance.

5/ Comment surveillez-vous les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

(Réfléchit) Euh, c'est-à-dire, la fréquence ?

Oui tout, est ce que vous allez être plus souple ou moins souple sur la surveillance, est ce que vous allez faire le même type de surveillance ou vous changez votre surveillance parce qu'ils sont âgés ?

Sincèrement je ne la fais pas, je suis plus vigilante quand je les vois mais je n'augmente pas le rythme de surveillance.

D'accord.

6/ Et quels paramètres vous prenez en compte pour l'instauration d'un traitement chez les patients âgés diabétiques ?

(Regard perplexe)

Qu'est-ce que vous prenez en compte quand vous instaurez un traitement antidiabétique chez une personne âgée ?

Au tout début ?

Oui, qu'est ce qui est votre choix principal et qu'est-ce qui vous permet de faire votre choix ?

Ben la metformine en premier en fonction de la clairance de la créatinine, voilà. Avec des petites doses suivant la fonction rénale.

Et vous leur conseillez des règles hygiène diététique ?

Bien sûr.

Et est-ce que vous instaurez de l'insuline ?

Non, je n'en mets pas.

Et quand ils en ont besoin vous faites comment ?

Allo le diabéto.

Vous faites par le diabétologue ?

Oui, oui

Et ça vous arrive d'en envoyer chez le diabétologue pour cette raison ?

Oui, oui quand ça ne va plus, après je surveille mais je n'instaure pas, je ne suis pas à l'aise, pas complètement à l'aise pour instaurer.

7/ Et qu'est-ce qui vous fait modifier un traitement de manière générale ?

Ben l'HbA1c, la surveillance, oui. Augmentation, passage à une autre molécule, et quand je suis arrivée au stade ultime des médicaments, diabéto.

8/ Et vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

Biologique ?

Oui tout, comment est-ce que vous jugez satisfaisant (*m'interrompt*)

Ben l'état général et puis mon HbA1c, notre HbA1c.

9/ Et est-ce que vous trouvez de manière générale que les sujets âgés sont trop ou pas assez traités sur le diabète ?

(*Réfléchit*) Plutôt (*s'interrompt*)

Sur vos patients, vous avez plutôt des difficultés pour équilibrer le traitement ou au contraire trop traités ?

A la limite, je dirais trop traités.

Oui avec des hémoglobines glyquées basses ?

Oui, trop traités.

Et comment est-ce... (*M'interrompt*)

A cause des malaises, des malaises nocturnes, les conjoints, oui ça m'arrive. Tiens je pense à une autre, oui elle fait des malaises nocturnes.

Et dans ces cas-là vous adaptez votre traitement ?

Oui oui, je revois le traitement.

10/ Est-ce que vous utilisez des données de l'évaluation gériatrique ? Comme des scores, des grilles ?

Non

Non ?

Non

Et vous évaluez comment la dépendance ? (*regard interrogatif*). **Comment vous jugez qu'un patient est dépendant ? Comment vous jugez l'état d'autonomie d'une personne âgée ?**

Je n'ai pas de score, cliniquement, quand on voit la personne chez elle.

Oui en visite.

Oui oui et avec le conjoint souvent, la famille, mais je n'ai pas de score. Non pas de score.

Plus du ressenti ?

Oui, plus quand on connaît bien les gens, mais c'est vrai que voilà.

11/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge les patients âgés diabétiques ?

Oui, un peu oui oui, ce n'est pas évident. Le respect du traitement. Je pense à une autre dame âgée à domicile : elle, comme elle fait des malaises la nuit elle adapte elle-même son traitement (*fait le geste de couper en deux un cachet*) et puis régime, règles hygiéno-diététique, c'est difficile de faire adhérer.

Et est-ce que la prise en charge globale diffère d'avec le sujet jeune ?

Oui, oui, oui. Je me contredis un peu, mais moins stricte. Elle est moins stricte.

Mais vous êtes moins stricte par rapport à quoi ?

Par rapport à l'HbA1c, par rapport aux résultats biologiques.

Oui ben non vous ne vous contredisez pas, tout à l'heure c'était la surveillance.

Oui, oui, moins stricte par rapport à l'HbA1c.

12/ Donc du coup pas de patient en EHPAD,

Non je n'y vais pas en EHPAD.

13/ Là, c'est une question sur le thème abordé, le diabète chez le sujet âgé : qu'est-ce que vous en pensez ?

Faut être aussi vigilant sinon plus chez la personne âgée. Faut pas laisser tomber, même une personne âgée diabétique il faut s'en occuper autant qu'une autre, qu'un adulte sain, dynamique...

Qui travaille

(Rire)

Mais avec une vigilance supplémentaire comme toute pathologie chez la personne âgée.

Et est-ce que vous connaissez les dernières recommandations sur le sujet, de la HAS qui dâtent de 2013 ? Sur les valeurs selon le type de patient ?

Non, je ne les sais pas par cœur.

Oui, bien sûr pas par cœur.

J'ai cru que vous alliez me les demander. *(Rire)*

Non non, est-ce que vous en avez connaissance ?

Oui oui oui oui oui

Est-ce que vous avez changé votre pratique avec ça ? Ou est-ce que ça vous a conforté dans ce que vous faisiez déjà ?

Oui ça m'a conforté.

Et est-ce que vous les trouvez claires ?

Oui elles sont assez claires.

Et est-ce que vous auriez des éléments pour améliorer la prise en charge du diabète en médecine générale ?

Non, je ne vois pas.

Merci.

Entretien n°17

Durée: 25 min

Caractéristiques du médecin :

- Age: 32 ans
- sexe: masculin
- année d'installation: 02/01/2016
- Lieu d'installation: Ambérieu en Bugey
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: non. Visite en EHPAD
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2, quelque soit l'âge: Comme ça de tête non. *(Cherche sur le logiciel du cabinet)*. Ca va les sous-estimer également car il y en a pas mal pour lesquels je n'ai pas rentré diabète dans leur diagnostic. J'en ai 35 mais c'est sous-estimé. A voir avec la secrétaire. 9.3% / 45 patients

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie) : Sachant que ça va les sous-estimer car ils n'ont pas été tous vus. Donc j'en ai une centaine. 23% / 111 patients

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: 14%/ 16 patients

1/ Est-ce que tu peux me parler de ton dernier patient diabétique âgé vu en consultation ?

De tête ? Comme ça ?

Avec l'aide du logiciel.

On peut tricher ?

Oui bien sûr ! *(Rire)*

Si j'ai vu Mme K.

Agée par contre.

Oui elle n'est pas âgée, 68 ans ça ne compte pas. Ce matin qui j'ai vu de diabétique ? (*Cherche sur son ordinateur*).

85 ans. Après oui elle est diabétique.

Où est-ce qu'elle vit cette dame ?

Chez elle.

Tu la vois ici ou en visite ?

Ici

Elle est suivie avec un diabète en collaboration ?

Non

Et depuis quand elle est diabétique ?

Découverte du diabète récente, euh, en octobre. Non découverte début 2016 mais la confirmation c'est septembre 2016.

D'accord. Et est-ce qu'elle a des complications de son diabète ou des facteurs de risque cardiovasculaire?

Hypertendue, l'âge, euh, et c'est tout. Pas de complications macro, je n'ai pas de fond d'œil, on est en train de lancer un peu tout ça là, parce que c'est assez récent. J'ai pas de complications macro et je n'ai pas de complications micro et neurologiques. Il manque juste le fond d'œil pour l'instant.

Et est ce qu'elle a des traitements ?

Elle a de la metformine.

D'accord.

Que j'ai augmenté récemment parce que son hémoglobine glyquée montait au plafond, elle était à 12,6 malgré la mise sous Metformine donc j'ai augmenté sa metformine. Et elle a une écho abdo en attente pour vérifier qu'il n'y ait pas un petit truc sur le pancréas.

Oui, pour un diabète qui... (M'interrompt)

Qui arrive assez rapidement chez une patiente de 85 ans.

Elle surveille ses glycémies à la maison ?

Non parce qu'elle n'a pas d'hypoglycémiant.

La fréquence de surveillance de l'hémoglobine glyquée ?

Tous les 3 mois chez elle.

Et la dernière ?

12,6 du coup.

Et au niveau des paramètres gériatriques, elle est comment cette dame ?

Euh, elle est, elle vit avec son mari, ils sont autonomes tous les deux pour l'instant, ils ont juste une aide par semaine. Mais elle commence à avoir des troubles mnésiques. Elle commence un petit peu à décartonner sur le plan de la mémoire. Elle ne capte pas tout.

Et au niveau nutritionnel ?

Sur le plan nutritionnel, je n'ai pas fait d'enquête approfondie avec elle. Théoriquement elle doit voir Carole, l'infirmière de santé publique, pour mettre en place un suivi et une éducation thérapeutique. Voilà. Je n'ai pas plus approfondi que ça. Si le seul truc que j'ai vu l'autre fois c'est qu'elle boit du jus d'orange, j'ai fait une évaluation rapide on va dire, elle boit du jus d'orange à longueur de journée. Déjà je lui ai dit d'arrêter, c'est la seule règle que je lui ai donné sur le plan hygiéno-diététique.

Sachant qu'elle a 85 ans de toute façon, qu'elle a un début de troubles cognitifs, donc je ne vais pas être très exigeant sur son hémoglobine glyquée.

Mais 12 ça ne me va pas non plus. (*Rire*)

Du coup tu as décrit ce que tu pensais de sa dernière valeur.

Et tu as modifié récemment son traitement.

Ben du coup j'ai augmenté sa metformine, mise en place de règles hygiéno-diététiques avec arrêt du jus d'orange et puis suivi par l'infirmière.

Donc pas de complication du diabète.

Pas de connues

Et quel adjectif tu utiliserais pour définir cette patiente ?

Un adjectif ?

Oui pour définir la santé du patient.

Euh, fragile.

Et pourquoi tu la considères comme fragile ?

Plus par rapport à ses troubles de mémoire qui débutent et qui arrivent, avec un étayage à domicile qui est pas énorme, un mari qui tient le coup enfin jusqu'à quand... Et en plus avec une pathologie organique qui n'est pas équilibrée pour l'instant. Tout ça, on est sur le fil.

Et tu ne te sers pas de score.

Alors, j'aurais pu. On a une grille de fragilité qu'on a faite nous au sein du pôle, qui prend tout le pôle de santé avec un score de fragilité que je n'ai pas rempli parce que c'est vrai pour l'instant elle est plus à l'adresse des paramédicaux pour informer le médecin ; et pour l'instant elle n'a pas d'infirmière qui la suis ou quoi que ce soit. Mais j'aurais pu la remplir et elle aurait un score positif, puisqu'il y a l'âge et deux changements récents, la mémoire et une pathologie récente. De tête notre grille aurait montré qu'il y avait une fragilité.

2/ Alors des questions plus générales, est-ce que tu adaptes ta prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Oui

Et pourquoi ?

Déjà sur l'objectif de l'équilibre du diabète, principalement sur l'hémoglobine glyquée. Donc j'adapte sur l'âge mais surtout sur l'état général on va dire, sur les pathologies annexes, sur l'espérance de vie après, surtout par rapport à cette histoire d'objectif d'hémoglobine glyquée et de prise en charge sur le plan hygiéno-diététique. C'est sûr que je vais être moins chiant avec quelqu'un de 80 ans qui est poly pathologique, je ne vais pas lui dire d'arrêter de manger.

Oui.

3/ Quels paramètres tu prends en compte pour prendre en charge le diabète chez le sujet âgé ?

(Regard interrogatif)

Quels sont les critères que tu vas utiliser pour prendre ta décision sur le type de traitement, etcetera.

Polypathologie, notamment sur le plan rénal, faire plus attention avec la metformine chez les patients âgés avec de l'insuffisance rénale, donc aller plus facilement sur de l'insuline du coup si ce n'est pas contrôlé ou s'il y a des hypo avec les sulfamides. Moi j'ai l'habitude de m'arrêter à sulfamide, à Metformine plus ou moins sulfamide hypoglycémiant et si ce n'est pas suffisant je les mets un peu sous insuline avec une infirmière qui s'en occupe. Après voilà, comme je te disais tout à l'heure, c'est surtout le contexte polypathologique qui va nous donner l'objectif, la fonction rénale pour le choix du traitement initial et puis après ça dépend, ça dépend, c'est en fonction du profil de l'hémoglobine glyquée. Après y a pas de critère je trouve, ça reste assez subjectif. Entre un patient polypathologique avec une espérance de vie de moins de 10 ans on va être plutôt à 9 % et à 8% si y en a pas, enfin c'est subjectif quoi.

4/ Et les paramètres de surveillance de ce type de patient ?

Je reste sur une surveillance de l'hémoglobine glyquée tous les 3 mois pour à peu près tous, et puis bilan annuel, enfin je ne modifie pas tellement ma surveillance chez les personnes âgées pour l'instant.

D'accord

J'aurais tendance à surveiller plus fréquemment la fonction rénale justement chez la personne âgée sous metformine.

Oui, sinon la surveillance est la même.

Surveillance des hypo, éventuellement des glycémies capillaires chez les patients sous sulfamide hypoglycémiant mais comme on ferait chez quelqu'un d'autre. En fait, on est plus prudent chez la personne âgée.

Et les ECG ? Comment tu fais ?

Je les fais une fois par an, en général je les fais moi, parfois c'est Carole, l'infirmière de santé publique qui les fait. Pour l'instant c'est plutôt moi qui les fais mais je n'ai fait qu'une année pour l'instant. Je n'ai pas beaucoup de recul sur les fréquences annuelles.

5/ Comment surveilles-tu les complications du sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Ben à peu près de la même façon, une hémoglobine glyquée tous les trois mois, on surveille tous les ans ou tous les deux ans si le diabète est équilibré qu'il n'y a pas de complications micro vasculaires, examen des pieds et mono filament tous les, tous les ans. Et puis après le bilan de la fonction rénale avec micro albuminurie.

6/ Les paramètres que tu prends en compte pour l'instauration d'un traitement chez le patient âgé ? Est-ce que tu leur conseilles des règles hygiéno-diététiques ?

Euh, oui mais je vais être moins exigeant que chez un patient plus jeune, comme je le disais tout à l'heure c'est difficile chez un sujet âgé d'avoir l'équilibre entre les règles hygiéno-diététiques du diabète et la dénutrition. On va assez vite rentrer dans des problèmes de dénutrition donc j'adapte en fonction de, je suis moins exigeant chez le sujet âgé tant sur le plan hygiéno-diététique que sur le plan thérapeutique.

Donc on a déjà pas mal parlé des ADO, du coup est-ce que tu instaures de l'insuline ? Qu'est ce qui te fait instaurer de l'insuline et comment tu fais ?

Et ben l'insuline oui je l'instaure, je l'instaure quand les ADO sont insuffisants.

Hum,

Donc chez un patient qui a une bonne fonction rénale c'est quand il n'est pas suffisamment équilibré par les règles hygiéno-diététiques, la metformine et un sulfamide hypoglycémiant pleine dose. Et si après il y a une fonction rénale qui est trop limite, ça va plus vite parce que si les antidiabétiques ne suffisent pas je vais directement à l'insuline. Je la fais faire toujours par une infirmière, on a un protocole de mise en place de l'insuline avec le pôle, qu'on a fait je ne sais plus quand, et après ça dépend vraiment de l'état général. Un patient pour qui les antidiabétiques ne sont pas délétères, je vais juste sur un protocole de basal en gardant la metformine et en enlevant les sulfamides. Et puis chez un patient qui a 75 ans, enfin non 75 ans ça ne m'est jamais arrivé de mettre en place un basal-bolus chez une personne de plus de 75 ans.

Oui,

Non je reste toujours sur une injection de Lantus.

7/ Et qu'est ce qui te fait modifier un traitement de manière générale ?

Ben la mauvaise tolérance, que ce soit clinique ou paraclinique, si y a une insuffisance rénale, et puis les hypoglycémies. Voilà tout ce qui est mauvaise tolérance quoi, et puis l'efficacité.

8/ Et d'ailleurs comment tu juges l'efficacité de ta prise en charge ? C'est quoi tes...

(Il me coupe)

L'hémoglobine glyquée. Je ne vais pas être plus exigeant sur mon objectif.

9/ Est-ce que tu as l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

Je n'en sais rien.

Oui,

Je n'en sais rien parce que je n'ai pas d'autre vision sur les patients que la mienne.

Et sur ceux que tu avais récupérés quand tu es arrivé ? Ils n'étaient pas trop traités ? Tu n'as pas arrêté des traitements ? Ou pas assez traités et tu as dû reprendre des trucs ?

On va dire j'ai pas mal diagnostiqué de diabète qui ne nécessitait pas de traitement médicamenteux. Des glycémies hautes qui n'étaient pas surveillées, qui n'étaient pas étiquetées comme un diabète pour qui j'ai mis en place une surveillance de diabète mais qui aujourd'hui la plupart ne sont pas sous traitement ADO, ils sont toujours sous un suivi et par contre éventuellement suivis avec l'infirmière de santé publique pour l'éducation thérapeutique. Mais sinon je n'ai pas eu beaucoup de patients à...qui étaient diabétiques et qui avaient besoin d'un traitement. Non pas trop.

10/ D'accord, est-ce que tu utilises des données de l'évaluation gériatrique pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ? Des scores, des grilles ?

Euh oui, mais pas forcément dans le diabète, je n'ai pas dans ma trousse des scores ou des choses pour le diabète particulièrement.

Mais par contre pour la dépendance d'une manière générale tu vas, tu l'évalues comment un patient ?

Ben j'utilise la grille de fragilité qu'on a nous, après qu'est-ce que je vais utiliser, tout ce qui est mémoire on a tous les tests de mémoire, le test de l'horloge, le MMS, les 5 mots de Dubois. IADL et ADL je ne les utilise pas trop.

Ouais,

Je ne les utilise quasiment jamais. Non y a peu de scores que j'utilise. Y a le Tinetti simplifié que je fais très régulièrement pour les chutes. Mais sinon pas beaucoup plus.

11/ Est-ce que tu rencontres des difficultés pour prendre en charge le diabète chez le sujet âgé ? Est-ce que c'est plus ou moins difficile que par rapport au sujet jeune ?

Je trouve ça moins difficile que les patients moins âgés. On a des difficultés comme pour tous, ceux qui n'ont pas envie qui ne sont pas d'accord. Donc je trouve ça en général pas plus compliqué que chez le plus jeune.

Et en quoi c'est différent la prise en charge par rapport au sujet jeune ?

Ben on essaye d'être moins exigeants sur l'équilibre du diabète, forcément on a un niveau d'exigences où on passe plus de choses. Un patient qui a 85 ans je ne vais pas le forcer à faire une activité physique comme je vais pousser un type qui a 40 ans et qui est diabétique. Pareil pour l'alimentation, pareil pour les traitements adaptés. Pour ça c'est quand moins difficile je trouve.

12/ Et tu as des patients diabétiques en EHPAD que tu suis ?

Euh, je ne crois pas, non je ne crois pas.

Parce que la question c'était de savoir comment est-ce que tu faisais pour prendre en charge les patients diabétiques en EHPAD, est-ce qu'il y a une différence ?

Non y a pas trop de différences, mais ça ne me dit rien, je ne crois pas en avoir. Mais je ne vois pas trop en quoi ça changerait grand-chose. Mais je n'en vois pas comme ça.

13/ Et la dernière question, c'est plus sur l'intérêt du sujet, qu'est-ce que tu en penses ? Et est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais rajouter que je n'ai pas posé dans mes questions sur le thème ?

Non moi j'ai trouvé que c'était très bien, très intéressant ton sujet. Non je ne sais pas, que dire, je n'ai pas tellement de truc à dire ou à rajouter.

Ton opinion sur les dernières recommandations ? Celles de 2013 de la HAS ?

Ben je suis assez d'accord justement sur l'adaptation du traitement, je trouve ça intéressant même si on le faisait un petit peu avant, le fait d'être moins exigeant en fonction de l'état général du patient. Après je trouve que les recommandations sur le plan des objectifs de l'HbA1c je trouve ça très bien fait après je ne suis pas forcément d'accord avec les reco sur le plan thérapeutique.

Oui,

Moi comme je te disais, si ce n'est pas équilibré avec Metformine plus sulfamide je vais direct à l'insuline, alors que dans les reco si mes souvenirs sont, je trouve que l'arbre décisionnel est un petit peu compliqué, mais ils vont facilement à l'insuline.

Et les caractéristiques des patients, tu les trouves claires ?

Après ça comme je te disais je trouve ça assez subjectif de dire ton patient est-ce qu'il a 10 ans d'espérance de vie, est-ce qu'il est poly pathologique, mais ça fait partie de notre boulot, en tant que médecin, ben d'évaluer un patient et de fixer des objectifs. Surtout tes objectifs tu les fixes avec lui, ce qui est toujours important, tu as les recommandations qui te filent des objectifs et toi, t'adaptes à ton patient et t'adaptes aussi avec ce qui est possible en fonction de ce qu'il peut faire et surtout de ce qu'il veut. Très clairement y en a qui veulent vraiment hyper contrôler leur diabète, d'autre pas du tout, c'est toujours une discussion entre toi et ton patient qui fait que t'adaptes.

Et est-ce que tu aurais des éléments qui permettraient d'améliorer la prise en charge du diabète en médecine générale ? Chez les patients âgés des choses où tu te dis ce serait bien d'avoir ça.

Ce que Carole va faire, faire un groupe de marche. D'arriver à mettre, ce n'est pas que pour les personnes âgées c'est pour tout le monde, mais arriver à prescrire de l'activité physique je pense que c'est quelque qu'il faut vraiment qu'on puisse faire. Que ça fasse partie intégrante de la prise en charge, que ce soit la partie primordiale, parce que nous ont prescrit des médocs, on fait de l'éducation thérapeutique du point de vue alimentaire et encore quand on passe 20 minutes avec un patient tous les trois mois ou tous les six mois je ne suis pas persuadé qu'on soit hyper efficaces sur le plan de l'éducation thérapeutique sur le plan alimentation. Donc je pense qu'il faut qu'on arrive à s'ancrer dans ça, c'est-à-dire avoir un suivi à côté. Ben du coup maintenant y a Sophia, y a des réseaux qui aident à faire ça, ou Asalée, je pense que c'est important.

Merci.

Entretien n°18

Durée: 21.30 min

Caractéristiques du médecin :

- Age: 60 ans
- sexe: masculin
- année d'installation: En 1987
- Lieu d'installation: Ambérieu en Bugey
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: Oui, capacité de gériatrie. Visites en EHPAD.
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2, quelque soit l'âge: Comme ça là ? Tu regarderas avec les secrétaires. 5.07%/ 28 patients

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie) : 7.7 % / 43 patients

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: 20.9% / 9 patients

1/ Est-ce que tu peux me parler de ton dernier patient diabétique âgé que tu as vu en consultation ?

Euh, ben faut que j'ouvre Weda (*le logiciel du cabinet*) et mon planning (*cherche sur le logiciel*). Alors qui c'est que j'ai vu ? On est quoi là, on est mercredi ? Le dernier patient diabétique âgé ? Mais d'ailleurs âgé de combien ?

Et ben plus de 75 ans dans l'idéal.

(*Cherche sur son logiciel, marmonne*). Mr G*** ouais, ah puis il est bien daubé. 84 ans ça te va ?

Oui !

Diabète, artérite, hypertension artérielle, ACFA, euh pneumonie due à l'amiante, incontinence urinaire, voilà.

D'accord, où est-ce qu'il vit ce monsieur ?

A Ambérieu.

A la maison ?

Oui

Et tu le vois ici ou en visite ?

Non il vient ici.

Est-ce qu'il est suivi avec un diabétologue ?

Non

Depuis combien de temps il est diabétique ?

(Cherche sur son logiciel, cri de surprise) Je ne sais pas. Tu veux une date précise ?

Oui à peu près quoi, savoir si c'est un diabète récent ou ancien.

Plutôt récent, je dirais 4 ans.

D'accord.

Je pourrais retrouver si tu veux vraiment que je cherche faudrait que je fouille dans le dossier. *(Cherche)* Il a une insuffisance cardiaque aussi. *(Cherche)*. En 2014 il l'avait déjà. D'habitude je mets la date dans problèmes en cours mais là il n'y est pas. Euh tac tac tac. Ouais je dirais 4 ans, ça doit être à peu près ça, peut-être un peu plus.

Et du coup est-ce qu'il a des complications liées à son diabète ?

Ouais il a une artérite,

Oui, et en facteurs de risque cardiovasculaire ?

(Silence)

Du coup y a l'âge, il est hypertendu ?

Oui *(silence)*, qu'est-ce que tu veux savoir d'autres ?

Qu'est-ce qu'il prend comme traitement ?

Alors euh, *(cherche)*, il n'a pas de micro albuminurie, il a une hémoglobine qui était pas mal, il était à 7.4 la dernière fois en décembre. Et je lui ai décrit un objectif inférieur à 8 lui. Au moins il est dans l'objectif. Mono filament normal, pas de rétinopathie diabétique, donc y'avais juste l'artérite. Voilà. Son traitement, Metformine

Ouais,

Pour le diabète ?

Oui

C'est tout alors.

Est-ce qu'il a un régime antidiabétique ?

Non

Est-ce qu'il surveille son dextro au domicile ?

Non

Et la fréquence de surveillance de l'hémoglobine glyquée ?

3 mois

Et au niveau général, de l'autonomie, etcetera, comment il est ?

Il n'est pas terrible, ça devient compliqué pour lui. Comme il est poly pathologique, il n'a pas beaucoup d'appétit, il a tendance à maigrir ces dernier temps. Là je l'ai vu 2-3 fois parce qu'il n'était pas très bien, il a fait une pneumopathie il y a quelques temps qui l'a bien fatigué mais là ça va mieux, qui a été mis sous antibiotiques évidemment, mais entre son ACFA, son insuffisance cardiaque, diabète, artérite, euh et autres joyeusetés comme l'incontinence urinaire et puis il n'a pas le moral en plus il déprime. Il n'est pas traité pour ça mais il a un état anxio dépressif un peu larvé.

Ouais, et au niveau cognitif ?

Il est bien.

Et qu'est-ce que tu penses de cette valeur d'hémoglobine glyquée à 7.4 ?

Excellent.

Est-ce que tu as modifié récemment son traitement ?

De diabète ?

Oui de diabète,

Non, ça fait un moment qu'il a ce traitement.

Il n'a pas de complications du diabète qui ont pu interférer avec la prise en charge ? Il n'a pas fait d'hypoglycémies ou d'insuffisance rénale ?

Non, il a une clairance qui est comment ? 55, pas mal.

Et quel adjectif utiliserais-tu pour définir ce patient ?

(Réfléchit)

Par rapport à son état de santé,

Précaire.

Précaire, d'accord, et plus par rapport à quoi ?

A l'ensemble de ses pathologies et son état général.

Ouais

Et psychologique

D'accord

Un certain isolement, il vit seul chez lui.

Et tu n'as pas utilisé de score ou de choses comme ça pour évaluer la fragilité chez ce patient ?

Non, pas récemment, les scores c'est le cadet de mes soucis, je suis dans Weda pour le moment.
(*Changement récent de logiciel médical*)

Non ? D'accord.

Maintenant des questions un petit peu plus générales

2/ Est-ce que tu adaptes ta prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Est-ce que je les prends en charge différemment ?

Ouais

Oui, la preuve je fixe des objectifs plus hauts.

Et c'est quoi qui te fait changer la prise en charge ? Plutôt l'âge, l'état général ?

L'âge, l'état général et le risque iatrogénique

Oui

Je suis moins... Et puis l'espérance de vie, l'objectif selon l'espérance de vie qui n'est pas le même chez un jeune

D'accord,

Ça te convient ?

Oui, tout à fait.

3/ Qu'est-ce que tu prends en compte pour prendre en charge le diabète chez ces personnes-là ? Qu'est-ce qui va te faire orienter le traitement et le suivi, c'est quoi les paramètres décisionnels pour t'aider à la décision, à la prise en charge ?

Ben les paramètres biomédicaux quand même, l'hémoglobine glyquée, la clairance, voilà le, euh, les constantes objectivables d'une part mais aussi l'existence de pathologies associées, et les traitements associés, le poly traitement et encore une fois le risque iatrogène. C'est un truc auquel j'attache beaucoup d'importance dans ma décision de traitement.

4/ Et au niveau de la surveillance de ces patients, qu'est-ce que tu fais de manière générale ?

Ben je suis les recommandations globalement de la HAS.

Oui, et tu pourrais me décrire une consultation un peu typique d'un patient diabétique ?

Ben je regarde ses constantes dont je viens de parler, je regarde comment ça va au point de vue général, je vérifie qu'on est à jour au niveau des examens de surveillance, au niveau de la périodicité comme la clairance, le iono, l'hémoglobine glyquée, etcetera. Ce qui n'a pas été fait, je le fais faire ou je le rappelle, fond d'œil et compagnie. Et euh, je fais un examen clinique général, très basique et si tout va bien je renouvelle le traitement.

5/ Comment est-ce que tu surveilles les complications du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ? Est-ce que tu fais la même surveillance chez un diabétique âgé que chez un diabétique jeune ? Ou est-ce qu'il y a une différence ?

Globalement c'est pareil. Je peux être un peu souple quand je suis chez un très âgé avec une grosse poly pathologie, qui fait que mon diabète va passer au second plan mais autrement non globalement je prends le même schéma, je ne commence pas à faire des différences.

6/ D'accord, et pour instaurer un traitement, est-ce que tu conseilles des règles hygiéno-diététiques ?

Oui, je conseille des règles hygiéno-diététiques et je l'envoie voir l'IDSP (infirmière de santé publique) quand je peux, quand ils acceptent.

Et plutôt un ADO en premier lieu ?

Toujours.

Et lequel plutôt ?

La metformine.

Est-ce que tu instaures de l'insuline ?

Quand je n'y arrive plus avec les ADO oui.

Ouais, ça va être quoi tes éléments qui rentrent en compte pour l'instauration de l'insuline ?

L'intolérance des ADO et leur efficacité sur l'hémoglobine glyquée.

Hum, et comment tu procèdes ? Pour instaurer l'insuline, tu as des choses particulières ?

J'utilise notre protocole tout près d'insulinothérapie à une injection par jour avec de la Lantus.

Et tu fais avec des paramédicaux ou ils se débrouillent ?

Ben ça dépend, chez les vieux souvent c'est avec, en commençant avec une infirmière ouais. Qui fait la surveillance et l'injection et l'éducation thérapeutique.

D'accord, et (m'interrompt)

Les vieux et les moins vieux d'ailleurs.

Oui même chez un plus jeune ?

Ouais souvent.

7/ Et pour modifier un traitement ? Qu'est-ce qui te fais modifier un traitement ?

L'hémoglobine glyquée

Ouais,

Quand elle dérape, et la tolérance du traitement.

8/ D'accord, et les critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

Pareil, tolérance du traitement et hémoglobine glyquée.

9/ Et est-ce que tu as l'impression, de manière générale, que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

(Réfléchit) Trop ou pas assez ?

Oui est-ce qu'ils ont des hémoglobines glyquées trop basses, des objectifs qui sont importants ?

Oui les personnes âgées, ouais elles sont sûrement trop traitées. Moi je dirais plutôt trop que pas assez.

Et pourquoi à ton avis ?

A cause de la iatrogénie. *(Silence)*

D'accord,

C'est difficile à mesurer mais chez des gens qui sont polytraités, y a sûrement des aspects iatrogènes qui nous échappent, j'aurais tendance à penser ; qu'on ne retrouve pas même à l'interrogatoire mais qui sont présents.

Ouais.

10/ Et quelles données de l'évaluation gériatrique te sont utiles pour prendre en charge les sujets âgés diabétiques ? Est-ce que tu te sers de choses particulières pour évaluer tes patients âgés ? Comme des grilles, des scores, des choses comme ça ?

Euh, non, pour les patients âgés diabétiques ?

Non même de manière générale, pour évaluer un sujet âgé, son état mnésique, son état d'autonomie, son état nutritionnel, son état thymique, est-ce que tu te sers de scores particuliers ?

Rarement

Ouais, mais du coup la dépendance tu l'évalues plutôt comment ?

Je l'évalue au doigt mouillé.

C'est joli ça, je l'avais pas encore eue. *(Rire)*

D'accord, du coup, pour quelles raisons parce que c'est trop contraignant, ou c'est que (*m'interrompt*)

Oui, c'est parce que je n'ai pas l'habitude de me servir de ces outils, que ça me gonfle souvent de m'y mettre. Euh que c'est chronophage grosso modo.

D'accord, et (*m'interrompt*)

Les fois où je m'en suis servi je n'ai pas vu l'intérêt. Pour l'instant je reste un peu dubitatif sur le résultat final par rapport à mon évaluation pifométrique.

11/ Est-ce que tu rencontres des difficultés pour prendre en charge des patients diabétiques âgés, de manière générale ? Est-ce que c'est plus dur ?

Je rencontre des difficultés pour prendre en charge des patients âgés... (*Réfléchit*), pour prendre des patients diabétiques, pas spécialement âgés.

Oui, d'accord, et la différence avec un sujet jeune ? C'est difficile ou plus facile chez un sujet âgé ?

Non ce n'est pas plus... (*Réfléchit*). Ce qui rend les choses plus difficiles c'est que, c'est encore une fois c'est la polypathologie. C'est des « polydaubés » quoi, c'est des traitements pour 36 trucs et dès que tu touches un truc ça fait bouger tout le reste quoi.

Oui

Que tu as besoin de les mettre sous anti-inflammatoires, ben tu ne peux pas alors qu'ils ont une crise de goutte et pendant ce temps-là ils souffrent le martyr, alors qu'est-ce que tu fais ? Tu les mets sous cortisone, tu déséquilibres le diabète, enfin tu vois.

Hum

Le problème chez le sujet âgé, c'est l'existence de polypathologies plus fréquentes, mais un sujet âgé qui n'est pas polypathologique ne pose pas plus de problème qu'un jeune

Oui, d'accord.

12/ Et comment est-ce que tu fais pour prendre en charge des sujets âgés diabétiques en EHPAD ? Est-ce que tu en as déjà des patients qui sont diabétiques en EHPAD ? Est-ce qu'il y a une différence par rapport à l'ambulatorio simple ?

Oui y a une différence c'est qu'en général on a des objectifs qui sont beaucoup plus, beaucoup plus, enfin beaucoup moins ambitieux en EHPAD parce que très souvent les sujets âgés diabétiques en EHPAD sont très détériorés, ils sont très dépendants. L'objectif ce n'est pas de leur rajouter des années de vie, c'est-à-dire qu'on essaye d'avoir une hémoglobine glyquée en dessous de 8 ou 9, c'est très bien, souvent c'est suffisant.

Et au niveau des surveillances ?

C'est les infirmières qui gèrent

Oui, et paraclinique c'est plus compliqué à organiser en EHPAD ou ?

Ben non.

D'accord.

13/ Est-ce que tu aurais des choses à rajouter sur le thème du diabète chez le sujet âgé, comme ça sans questions, des choses que je n'aurais pas abordées.

En expression libre,

Oui

Euh, non il ne me vient rien.

Est-ce que tu as une opinion sur les dernières recommandations ? (Silence). De 2013, de la HAS ? (Silence). Avec les gradations de l'hémoglobine glyquée selon l'état des patients ?

Où ils disent 7, 8, 9 selon le type de patient.

Selon le type de patient, ça me paraît bien.

Elles te paraissent claires ?

Ecoute je ne les connais pas de manière très précise. Oui le peu que je m'en souviens, ça me paraît tout à fait raisonnable. Ça me paraît bien aller dans le sens de ce qu'il faut faire.

Oui (silence)

Est-ce que tu aurais des éléments, toi, où tu penses que ça pourrait améliorer la prise en charge des patients diabétiques en médecine générale ? (Silence). Est-ce qu'il y a des choses qui te manquent, où tu te dis « si j'avais ça ce serait plus facile » ?

Euh, non, à part un logiciel d'emploi simple et efficace

Pour le suivi ?

Ouais un outil informatique performant ce serait bien.

Oui, un peu standardisé

Un peu standardisé, mais plus automatisé surtout

Oui

Le saint graal après lequel on court depuis des années et qu'on n'a toujours pas avec Weda (*le logiciel du cabinet*). Les résultats de labo qui viennent se mettre automatiquement au bon endroit qui déclenchent une alerte quand ils ne sont pas bons.

Oui

Où tu n'as pas à faire des saisies de résultats, de contrôles visuels pour savoir où tu en es, etcétera. Un bon outil informatique automatisé, oui ce serait bien, pour tout le monde pas que pour les vieux.

Oui, pour le diabète effectivement.

Ouais

Merci.

Entretien n°19

Durée: 29,52 min

Caractéristiques du médecin :

- Age: 65 ans
- Sexe: masculin
- Année d'installation: En 1980
- Lieu d'installation: Ambérieu en Bugey
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non pas du tout
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: ben non je suis médecin généraliste donc je fais de la gériatrie. Visites en EHPAD.
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2, quelque soit l'âge: 8,5%, 93 patients

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie) : 16,8%, 184 patients

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: 0,9%, 10 patients

1/ Alors est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique âgé que vous avez vu en consultation ?

Quel âge ?

Alors, qu'est-ce que vous considérez comme âgé ? A partir de quel âge vous les considérez comme patients gériatriques ?

A ben gériatrique c'est plus de 70 ans non ?

Oui nous c'est 70-75 ans selon les sources.

Alors, j'en ai vu des jeunes... (*Cherche sur son ordinateur*). Alors elle, elle est gâtée (*rire*). Oui elle est diabétique !

Alors quel âge a-t-elle ?

Voilà, c'est la dernière que j'ai vue, elle a 81 ans.

Elle est à la maison ?

Oui elle est à la maison.

D'accord, vous la voyez ici ou en visite ?

Je la vois ici, elle est amenée tous les mois par son fils parce qu'elle a un problème de démence à corps de Levy.

D'accord.

Donc avec le traitement elle est nettement moins démente, elle n'en a presque quasiment plus.

De démence ?

Ben oui, elle n'a plus d'hallucinations, elle n'a plus son syndrome parkinsonien, elle a toujours son syndrome dépressif, ça ça ne change pas, mais elle a moins d'hallucinations, elle chute beaucoup moins sauf quand elle se dépêche.

D'accord,

Et puis elle est coronarienne et puis elle a une insuffisance cardiaque et puis voilà quoi.

D'accord, c'est pas mal déjà.

Elle a un traitement un peu lourd, avec euh, elle a du Lexomil, du... ½ Tiapridal, elle a son Aricept, donné par son neurologue qu'elle voit tous les ans avec du Modopar 125 , 2 comprimés 3 fois par jour. Du Lasilix 20, de l'Aldactone 25, du Coversyl 10, du Cardensiel 5, du Kardegic 75, du Crestor 20. Voilà.

Et pour le diabète ?

Pour le diabète, régime. Elle n'a rien pour le diabète, sa dernière hémoglobine glycolysée, elle est à (*cherche sur son ordinateur*) 5,9% avec le régime seul.

D'accord, et elle a été diagnostiquée diabétique pour quelles raisons ?

Parce qu'on a des glycémies supérieures à 1 g 26.

Ouais,

Oui, elle est diabétique depuis.... (*Cherche sur son ordinateur*). Je n'ai pas eu le temps de refaire son dossier à elle. On va prendre sur l'ancien logiciel, ce sera plus facile à retrouver. C'est que je la soigne cette dame depuis pas loin de mon installation. Je connais sa mère je me souviens.

Et elle est suivie avec un diabétologue en plus ?

Non elle est équilibrée

Et elle surveille son sucre à la maison ?

Non, ben y a pas besoin.

Alors donc moi je la soigne depuis, je suis informatisé depuis mai 86 donc je la soigne depuis nettement plus avant. Je me suis installé en 81 donc tu vois. Donc son diabète début en 98.

D'accord, et elle a eu des traitements que vous avez arrêtés ? Ou elle a juste eu des règles hygiéno-diététiques ?

Règles hygiéno-diététiques.

D'accord, ok.

Et au niveau des paramètres gériatriques ? C'est à dire autonomie, troubles cognitifs, tout ça, du coup avec sa démence à corps de Lewy, elle en a toujours ? Elle fait quoi toute seule ?

Ben elle habite toute seule dans une maison à la campagne, une ancienne ferme où elle est au-dessus d'une grange avec un escalier qui est un peu raide, j'ai toujours peur. Mais apparemment elle se débrouille, elle a une aide-ménagère, elle a son fils. Elle a le kiné qui vient pour un problème de lombalgie et en prévention des chutes. Euh, voilà.

D'accord

Donc si on veut regarder, donc on a dit qu'elle était diabétique en...

98

En 98 ? C'est ça j'ai dit ?

Oui

Octobre 98, alors allons voir (*change de logiciel*). Alors, glycémie 1,68 et là glycémie à 1,33. Voilà on a la définition du diabète. Qu'en penses-tu ?

Oui oui,

Voilà, à l'époque avec des règles hygiéno-diététiques.

Et au niveau nutritionnel, elle est comment cette dame ? Elle est dénutrie ?

Non ça n'a pas l'air, je n'ai pas l'impression. Elle a... voyons voir (*cherche sur son ordinateur*). Elle pèse 54 kg pour 1 mètre 47, donc elle a un IMC à 26.

Ok

Donc la valeur de l'hémoglobine glyquée à 5,9 on n'est pas trop mal...

Oui et sans médicament.

Est-ce qu'elle a des complications du diabète ?

Ben oui, puisqu'elle a fait, euh..., une nécrose myocardique en 2004, avec une insuffisance cardiaque. Une nécrose de l'interventriculaire postérieure et de la coronaire droite. Donc elle a eu une angioplastie avec un stent. Euh... voilà. C'est une nécrose myocardique inférieure et apicale postérieure avec altération de la fonction ventriculaire gauche. Oui tu vois, elle a une insuffisance cardiaque et une insuffisance rénale modérée.

D'accord

Voilà elle a 81 ans quoi ! Elle a un cœur qui est pas très vaillant mais qui se maintient.

D'accord,

Elle a fait un bon infarctus...

Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir cette patiente ? Son état de santé ?

Fragile,

Oui

Fragile du fait de sa pathologie cardiaque, du fait de euh, de ben euh de ses chutes, de ses lombalgies qui n'arrangent pas les choses, euh, de son état dépressif chronique depuis des dizaines d'années.

D'accord, et du coup pour caractériser la fragilité vous n'utilisez pas d'échelles ?

Oui si on utilise une échelle de fragilité mais comme son état est stable je n'ai pas eu à l'utiliser.

D'accord,

Alors maintenant des questions un petit peu plus générales.

2/ Est-ce que vous adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

Adapter, ben on adapte en fonction de la fonction rénale.

3/ Oui, et y a des paramètres chez les sujets âgés que vous prenez en compte ? Des choses en plus par rapport aux sujets jeunes ?

Ben, euh, qu'on soit le moins délétère possible, le moins dangereux pour la fonction rénale. Voilà, et puis s'il y a besoin de les mettre sous insuline, je les mets sous insuline avec une infirmière.

4/ D'accord, et les paramètres de surveillance de ce type de patient ?

Une hémoglobine glyquée tous les 3 mois, créat et iono en fonction de la fonction rénale et des autres médicaments. Voilà.

D'accord, et lors d'une consultation de routine, qu'est-ce que vous faites particulièrement ? Est-ce que vous pouvez me décrire une consultation type d'un patient diabétique âgé ?

Ben je le pèse, je le mesure, en prévention de l'ostéoporose. Je regarde son hémoglobine glycosylée, j'examine ses pieds, je prends ses pouls. Euh, j'ausculte son cœur, je prends sa tension. Une fois par an le monofilament, une fois par an l'ECG. L'ophtalmo une fois par an parce que souvent ils n'ont pas que le diabète, je n'ai pas que pour la prévention du diabète à surveiller. Et puis si besoin la consultation chez le cardiologue comme pour cette patiente une fois par an parce que bon y a des choses à surveiller, que je ne peux pas faire, avec l'échographie c'est pas mal.

5/ D'accord, et est-ce que vous surveillez les complications du diabète chez le sujet âgé de la même façon que chez le sujet jeune ?

La même surveillance, les recommandations c'est pareil pour les jeunes que pour les vieux.

6/ Et qu'est-ce que vous prenez en compte pour instaurer un traitement chez un patient âgé diabétique ? Qu'est-ce qui va vous faire choisir tel traitement ?

La fonction rénale, les interactions médicamenteuses, le fait que ce soit le moins pénible pour la personne âgée, par contre s'il y a une insuffisance rénale ce sera l'insuline de toute manière.

Oui

Et vous ne rencontrez pas de difficultés pour instaurer de l'insuline ?

Ca dépend des patient, mais parfois on est obligé de dire : vos reins ne sont pas bons du tout et vos médicaments ils vont abimer vos reins donc voilà ; et l'insuline ce n'est pas vous qui allait la gérer, on va faire une insuline longue, une Lantus avec l'infirmière qui passe une fois par jour et puis ça ira très bien.

Oui, ils ne sont pas trop réfractaires ?

Non, parfois y en a qui disent : « oh non, j'ai pas envie, je préfère avoir l'avis d'un endocrino ». Si vous voulez. Quand ils sont trop réfractaires je leur dis d'aller voir un endoc. Mais en général ça se passe plutôt bien.

Et du coup, il n'y a pas trop de conflit avec les endoc quand ils vont les voir ?

(Rire), ça dépend qui sait mais c'est vrai que parfois. Mais bon on essaye le moins possible de les envoyer chez l'endoc parce qu'on flippe.

Et des règles hygiéno-diététiques ?

Ben quand les personnes sont trop âgées, on leur dit de manger un peu moins sucré mais bon on n'a pas envie justement qu'ils soient en carence. Voilà, donc quand c'est un peu compliqué, on leur dit de manger ce qu'ils veulent et on leurs donnent un traitement.

7/ Et pour modifier un traitement ? Qu'est-ce qui vous ferait modifier un traitement ?

Effets-secondaires, état rénal, les interactions médicamenteuses.

D'accord.

8/ Et comment est-ce que vous jugez l'efficacité de votre prise en charge ?

(Rire) Je peux botter en touche ? (rire)

Ben je sais pas, en général mes diabétiques sont plutôt bien équilibrés, y en a qui le sont pas mais bon. C'est vrai que bon une personne âgée selon son (hésite) selon sa pathologie on ne va pas être très incisifs sur le taux d'hémoglobine glycosylée. Plus ils sont âgés, moins on est incisifs.

Et du coup jusqu'à quelle hémoglobine glyquée vous tolérez qu'ils soient ?

Si c'est un patient qui est en très très mauvais état général, qu'il a 90 ans, s'il a 9, 9.5% d'hémoglobine glycosylée je le laisse en paix.

9/ Oui, et est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ?

Qu'est-ce qu'on appelle par trop ou pas assez ?

Et ben est-ce que vous avez l'impression qu'ils ont des hémoglobines glyquées dans les chaussettes et qu'ils chutent sur des hypoglycémies ou qu'au contraire ils ont plutôt tendance à avoir des hémoglobines glyquée qui échappent ?

Ben, euh, dans ma clientèle ou en général ?

Plutôt en général,

Ben je ne peux pas savoir parce que je ne les vois pas trop.

Oui

Et puis même à la maison médicale de garde on ne les voit pas. Ils sont hospitalisés tout de suite s'il y a un souci. Alors éventuellement on pourrait les voir quand on est d'astreinte, mais même en astreinte je n'en ai jamais eu. C'est sûr que s'ils font un malaise hypoglycémique, les gens ils appellent tout de suite le 15 donc on ne les voit pas. Et puis l'hyperglycémie ce n'est pas une urgence non plus donc on ne les voit pas non plus. Je ne peux pas dire.

Oui

J'ai l'impression qu'ici ils obtiennent des bons chiffres, un petit peu similaire aux miens donc euh. Pour ce que je peux voir quand je les vois en PDS (permanence de soins)

Et ça vous arrive de diminuer des traitements ?

Oui

Quand l'hémoglobine glyquée... (M'interrompt)

Ben oui, ben bien sûr quand elle est dans les chaussettes. Là elle aurait un traitement, je lui aurais enlevé son traitement. (Rire). Mais bon voilà quand la personne est plus dépendante et qu'elle ne fait que grignoter, on voit l'hémoglobine glyquée qui baisse et on enlève le traitement et puis voilà.

10/ Et est-ce que vous utilisez des grilles, des scores pour évaluer les patients gériatriques ? Pour évaluer la dépendance, l'autonomie, la mémoire... Est-ce que vous vous servez d'outils particuliers ?

Ben on a fait une grille de fragilité dans le pôle déjà, que tu connais. Après il y a le Tinetti simplifié pour le risque de chute. Il y a éventuellement le MMS et le test de l'horloge mais je n'aime pas trop faire ça. Je préfère envoyer à des gériatres ou voilà. Ça me perturbe un peu de voir ces gens que je connais bien et qui ont des troubles comme ça. Voilà ça me perturbe un peu et je préfère que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse. Autrement quel autre score tu voulais ?

La dépendance, comment vous évaluez un patient qui devient dépendant ? Qu'est-ce qui vous fait dire qu'un patient est dépendant ou qu'il perd en autonomie ?

Ben quand il commence à ne plus bouger de chez lui, à ne plus faire ses courses, à ne plus pouvoir téléphoner, à ne plus pouvoir gérer ses comptes, quand sa famille est de plus en plus présente.

Oui

Voilà

Oui, finalement c'est un peu les ADL et les IADL que vous avez décrit, mais vous ne vous servez pas de la grille spécifique

A ben non, non non, ben on les voit, moi je les connais mes patients au bout d'un certain temps et puis je connais leur famille, et quand ils te disent « ben vous savez, je me fais du souci, ça ne va pas comme avant ». Voilà et tu en vois aussi qui se déplacent de moins en moins, la façon dont ils s'assoient, dont ils se couchent, comment ils se déshabillent et se rhabillent. Et puis des difficultés d'idéation quand on parle avec eux, leur ordonnance, voilà.

Oui

11/ Et est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge les patients diabétiques de type 2 ? De manière générale ?

Pas plus qu'avec les jeunes (*rire*)

Et est-ce que vous avez noté une différence de manière générale entre la prise en charge chez le sujet jeune et chez le sujet âgé ? Des choses particulières qui changent entre les deux, sur le diabète ?

On surveille les mêmes choses.

Oui mais même sur l'approche de la maladie par le patient ou sur votre exigence

Comme je le disais tout à l'heure, chez la personne âgée on est moins exigeants, les complications sont tardives, à part l'éventuel coma hyperglycémique ou hypoglycémique. Bon voilà, il va faire un peu plus d'infections urinaires, il va peut-être se casser la gueule s'il pisse par terre et que les urines collent. Voilà, mais bon, le risque vasculaire, on fait attention, de toute façon ils sont souvent polyvasculaires. Même non diabétique on fait attention au risque vasculaire, c'est un facteur de risque en plus mais bon on ne va pas empêcher quelqu'un de faire un infarctus, un AVC. Au contraire si on traite trop on risque d'être délétères, une hypoglycémie et que là il fasse un AVC. Je ne vois pas tellement de différences sauf qu'on est moins stricts, et on est d'autant moins stricts qu'on n'a pas envie qu'ils soient en carence, qu'ils soient dénutris

12/ Et pour prendre en charge un patient diabétique en EHPAD, est-ce qu'il y a des difficultés particulières ? Est-ce qu'il y a des différences par rapport à de l'ambulatoire classique ?

Ben, les infirmières sont là.

C'est plutôt plus simple ?

Ce n'est pas, pfff (*soupire*)

Il n'y a pas vraiment de différence pour vous ?

Il n'y a pas vraiment de différence, ce qu'il y a c'est qu'elles sont là tous les jours, leurs régimes ben ils le font comme je te disais donc c'est là où on arrête les médicaments et puis voilà. En EHPAD ce qui est un petit peu plus compliqué c'est pour le suivi mais bon le suivi sanguin ça va, mais après les faire aller chez l'ophtalmo, les faire aller chez le cardio c'est un petit peu plus compliqué mais comme ils rentrent très tard dans les EHPAD, y a un ECG qu'on peut faire sur place. Mais je ne sais même pas si les patients qui me restent en EHPAD sont diabétiques, je crois que je ne dois pas en avoir.

(Rire). Je ne crois pas que mes patients en EHPAD soient diabétiques. C'est fou ça, attend que je vérifie (*cherche sur son ordinateur*). Alors là j'hallucine. (*Énumère ses différents patients en EHPAD dont aucun n'est diabétique*).

13/ Alors la dernière question, c'est un échange libre sur le thème abordé, ce que vous pensez du diabète chez le sujet âgé de façon un peu globale, s'il y a des choses que je n'ai pas abordées dans les questions que vous voulez rajouter

Moi le diabète chez le sujet âgé ce n'est pas un problème. Moi le problème c'est la démence, la prise en charge de la démence, comment faire pour le maintien à domicile, comment faire pour les faire rentrer en EHPAD quand il y a la famille qui ne veut pas, la famille qui ne veut pas parce que ça coûte cher, avoir des kiné qui vont à domicile ce n'est pas évident. Euh, voilà. Même avec l'APA il y a des gens qui n'ont pas bien les moyens, des gens qui disent « olala on va voir nos revenus je ne veux pas que l'APA y mette son nez ». Voilà que des trucs comme ça.

Et le diabète chez le dément ne vous pose pas non plus de problème ?

Le diabète chez le dément, il a son traitement donné par l'infirmière et puis voilà.

C'est géré par les paramédicaux.

Après si on ne peut pas faire d'électro ou si on ne peut pas faire de fond d'œil, à l'impossible nul n'est tenu ! Déjà si on fait qu'il n'y ait pas trop de complications évitables.

Oui

Mais le dément il ne va pas te dire qu'il a mal dans la poitrine.

Et est-ce que vous connaissez les dernières recommandations de la HAS sur le diabète du sujet âgé ? Les recommandations de 2013, (fait la moue), où il y a une gradation selon l'état du patient...

On en a déjà parlé, oui je connais.

Et vous avez l'impression qu'elles sont claires ? Vous vous souvenez comment elles étaient formulées surtout sur la catégorisation des 3 types de patients ?

Oh ben c'est un peu flou (*rire*), je dois avoir un petit pense-bête par-là qui m'avait été donné par Maude. Attend voir (*cherche dans son tiroir*) si je le retrouve. Ah ben le voilà !

(*Lit son pense-bête*) inférieure à 7% en général et pour les plus de 75 ans robustes, inférieure à 8 pour les personnes fragiles avec les grilles CEGA ou si complications ophtalmo ou rénale avec DFG < 30, inférieure à 9% pour personnes malades ou dépendantes, polyopathie évoluée génératrice d'handicap ou d'isolement social.

Ok

Donc j'ai à peu près ça en tête, je ne suis pas capable de les dire comme ça.

Oui bien sûr ce n'était pas le sens de la question...

J'ai mon petit pense-bête et je sais où le trouver.

Et est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration sur la prise en charge des patients diabétiques en médecine générale ? Des choses où vous vous dites « ça, ça me manque, ça améliorerait la prise en charge »

Là non. Moi les difficultés c'est les déments, ce n'est pas les diabétiques. Après on peut toujours se dire, ben tiens on pourrait les faire marcher, on pourrait leur faire ci mais bon ils ne sont pas tous capables de marcher non plus. Mais bon, non, je ne vois pas.

Merci

Entretien n°20

Durée: 25,55 min

Caractéristiques du médecin :

- Age: 63 ans
- sexe: masculin
- année d'installation: En 1983
- Lieu d'installation: Lyon
- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la diabétologie: non

- Formation spécifique ou activité annexe en lien avec la gériatrie: non .Visites en EHPAD.
- Type de patientèle:

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2, quelque soit l'âge: 2% / 40

Pourcentage / nombre de patients âgés de plus de 75 ans (quelque soit leur pathologie) : 18% / 360

Pourcentage / nombre de patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 75 ans: 0,5%/10

1/ Alors est-ce que vous pouvez me parler de votre dernier patient diabétique âgé que vous avez vu en consultation ?

(Cherche)

Alors qu'elle âge elle a ?

Elle est de 1925, elle a donc, euh, *(rigole)*

92 ans !

Oui 92 ans.

Où est-ce qu'elle vit cette dame ?

Chez elle, à domicile.

Vous l'a voyez ici ou en visite ?

A son domicile.

Est-ce qu'elle est suivie par un diabétologue ?

Elle n'est plus suivie par un diabétologue. Plus personne ne se déplace.

Oui, d'accord. Et avant quand elle se déplaçait, elle le voyait ?

Avant, elle le voyait tous les 6 mois.

D'accord. Depuis combien de temps elle est diabétique ?

Elle est diabétique depuis 1976.

D'accord,

Insulinoréquérante depuis 2005.

Est-ce qu'elle a des complications du diabète ? Des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Oui elle est hypertendue, son fond d'œil, le dernier qui a pu être fait, est normal. Elle a fait un AIT en 2013. Elle a des petites complications rénales, à type de microalbuminurie.. L'électrocardiogramme est normal en ambulatoire. Voilà.

D'accord. Vu qu'elle est sous insuline, je suppose qu'elle surveille sa glycémie, qu'elle a un carnet de glycémie ?

Oui, du coup il y a des infirmières qui passent à domicile pour lui faire son dextro et son injection d'insuline qui est bien plus facile à réguler par rapport à la metformine qui était en place mais à des doses de plus en plus réduites, mais qui n'était pas tellement fiable par rapport à son alimentation.

D'accord.

Elle était au préalable en association jusqu'en 2009, elle était en association avec, euh, du sulfamide, sulfamide et metformine. Donc le sulfamide a été arrêté en 2009 bien sûr.

Et l'hémoglobine glyquée elle est surveillée tous les combien de temps ?

Tous les 3 mois. Tous les 3 mois, la dernière est 7,6%.

D'accord, et au niveau des paramètres gériatriques, sur son état global, comment elle est ?

Elle est lit, fauteuil. Lit, fauteuil, cuisine.

D'accord.

Mais ça va, il y a le maintien à domicile qui est souhaité par elle. Elle vit avec sa fille qui a 65 ans, qui est maintenant à la retraite.

Elle a des troubles cognitifs ?

Oui ça commence un petit peu à déranger là-haut.

D'accord.

Avec, euh bon, d'origine mixte, et circulatoire avec son AIT, et peut être aussi au niveau du diabète il s'est peut être passé des choses. Voilà.

Qu'est-ce que vous pensez de cette dernière valeur d'hémoglobine glyquée ?

7,6 ?

Oui

Euh, c'est la limite maximale inférieure, le coup d'avant elle était à 9%, ça m'allait presque aussi bien le 9%. Là elle était un petit peu surtraitee, ce qui fait qu'à la lecture des dextros, on a un petit peu plus élargi, mais y a pas eu d'épisodes qui soient trop bas. Mais la consigne a été donnée de diminuer l'injection d'insuline pour des valeurs en dessous de 1 gramme 50, de tolérer des valeurs jusqu'à 1 gramme 50.

D'accord. Donc du coup vous avez modifié récemment son traitement.

Oui.

Et est-ce qu'il y a des complications du diabète qui vous ont fait changer la prise en charge, comme des hypoglycémies, ou de l'insuffisance rénale ?

Oui ça en 2009, le sulfamide qui a été arrêté qui était prescrit par l'endocrinologue. Donc ça a été arrêté pour le risque d'hypo. Et puis par le fait que sa créatinine, malgré qu'elle soit toujours correcte, elle a une créatinine à 74 avec un Cockcroft qui est à 64 ml/min ont a préféré l'arrêter pour juste faire un traitement par insuline.

D'accord.

Avec le passage infirmier.

Quel adjectif utiliseriez-vous pour définir cette patiente ?

Un adjectif, euh.

Sur son état de santé.

Je suis clairement sur un accompagnement de fin de vie qui soit le plus confortable possible. Voilà. Parce que la discussion elle est très, au niveau cognitif c'est quand même bien, c'est quand même bien limité maintenant et euh, elle, finalement, c'est vraiment du confort de gamin, c'est-à-dire j'ai faim, j'ai soif, il fait chaud, il fait froid ; enfin l'essentiel, c'est qu'elle ne soit pas plaignante et puis que sa fille soit contente de l'avoir et puis voilà quoi. Et qu'elle soit dans son milieu habituel.

2/ Maintenant des questions un petit peu plus générales, est-ce que adaptez votre prise en charge du diabète chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune ?

C'est-à-dire ?

Et ben (m'interrompt)

Est-ce que mes paramètres, je les modifie par rapport au sujet jeune ?

Oui

Oui c'est-à-dire que j'ai une plus grande tolérance en ce qui concerne la valeur type de l'hémoglobine glyquée par exemple. C'est sûr que par exemple les valeurs de glycémies, les valeurs de dextro sont plus larges aussi.

D'accord

Bon voilà c'est tout parce que bon notre objectif, c'est d'éviter un petit peu la cascade des complications, c'est-à-dire qui commencerait par des chutes, des fractures, toutes les complications qu'on peut voir à l'origine d'une hypoglycémie.

3/ D'accord, mais les paramètres globaux d'introduction du traitement, est-ce que vous allez changer la vision de votre patient parce qu'il est âgé ? Qu'est-ce que vous prenez en compte ? Qu'est-ce qui va rentrer dans votre arbre décisionnel ? Dans vos critères de décision, de modification d'un traitement, est-ce que vous allez prendre en compte des choses en plus ou en moins ?

Bon de toute façon les complications inhérentes au diabète je ne vais pas tellement en tenir compte, c'est-à-dire qu'en ce qui concerne les complications de rétinopathie diabétique, les complications d'insuffisance rénale, je suis plus dans le ici et maintenant, plus que dans la prévention à long terme bien sûr parce que le long terme n'existe pas. Je suis à court, court terme, je suis dans le bénéfice de ça. Je ne sais pas si ça répond bien à votre question.

Si si.

C'est un peu, ma politique elle n'est pas dans, ce n'est pas du tout la même approche que lorsqu'on a un diabète à 35-40 ans où justement on va faire tout un, tout une, comment dire, tout une projection préventive de ces complications micro et macro angiopathiques. Là on est plus dans l'évitement des complications du surtraitement, du, ouais du surdosage.

D'accord.

Parce que je crois que l'on traite trop à partir d'un certain âge, on est plus délétère que... On a plus à gérer les effets secondaires que les effets bénéfiques d'un traitement.

Et pourquoi à votre avis vous avez l'impression que les gens sont surtraités ?

Et bien parce qu'on ne maîtrise pas suffisamment bien les risques de, les risques d'hypoglycémies, les risques d'hypotension orthostatique, les risques d'interactions médicamenteuses, les risques iatrogéniques. On ne sait pas comment ça se passe chez la personne âgée. Elle boit moins bien, on va avoir de la digoxine, on va avoir des médicaments qui vont s'hémoconcentrer de manière spectaculaire. C'est très compliqué, on ne sait pas ce qui se passe avec les personnes âgées.

Oui, d'accord.**4 et 5/ Et vous parliez de surveillance, quelle est votre surveillance chez ce type de patient ? Quelle est votre consultation type ?**

Elle ne change pas fondamentalement, elle ne change pas fondamentalement d'un diabétique standard, simplement les critères d'exigence vont être nettement assouplis. Ce n'est pas parce qu'il est diabétique que je ne vais pas examiner ses pieds, ce n'est pas parce qu'il est diabétique que je ne vais pas regarder s'il n'a pas besoin d'un électrocardiogramme, ce n'est pas parce qu'il est diabétique que je ne vais pas m'occuper de ses troubles cognitifs. Voilà, il a quand même des soins mais avec une tolérance qui sera quand même adaptée au patient et à son cadre de vie.

Très bien,

C'est-à-dire que je ne vais pas non plus avoir la même prise en charge s'il est seul ou accompagné, s'il est en milieu hospitalier ou s'il est à domicile. Enfin voilà on tient compte de tous ses paramètres sociaux.

Oui

Bon les paramètres biologiques, on a bien vu, on va adapter le traitement en fonction de la créatinine, si elle monte bien sûr que l'on va se priver de certains médicaments, de la metformine par exemple. S'il est âgé on va surtout supprimer les sulfamides avec le risque délétère d'hypoglycémie. Euh voilà, on va plus être dans la gestion de la balance bénéfice risque, de tous les traitements, de leurs risques iatrogéniques et de leurs interactions potentielles. Voilà.

6/ D'accord, et pour instaurer un traitement chez le patient diabétique de type 2, est-ce que vous leur conseillez des règles hygiéno-diététiques ?

Euh oui c'est évident, mais le problème c'est qu'il va falloir faire une démarche explicative encore plus sévère que chez un adulte standard. Vous parlez de la personne âgée là ?

Oui oui

Parce qu'elle a tendance à tout de suite rentrer dans le strict, quand on leur parle de régime ça va être trop trop fort, donc il vaut mieux plutôt leur dire deux trois consignes standards, générales, mais pas leur dire d'éviter ci, ça, et ça parce qu'on est sûrs qu'ils ne mangent plus rien, déjà qu'ils sont en catabolisme (*rire*) donc c'est un peu compliqué. Donc déjà c'est vérifier quelles sont leurs habitudes alimentaires, et sur ces habitudes alimentaires, leur dire peut être pas d'arrêter, pas l'arrêter mais leur dire de faire attention. Mais pour eux faire attention à, c'est carrément supprimer, donc on a tout gagné, on se retrouve en hypoglycémie, on se retrouve...

Oui, d'accord.

Donc c'est déjà évaluer ce qu'ils prennent et faire le tri dans tout ce qu'ils mangent en supprimant un ou deux aliments qui sont embêtants.

Et du coup, en première intention, vous introduisez un anti diabétique ou cela vous arrive d'introduire de l'insuline d'emblée ?

Si la fonction rénale est correcte, on peut peut-être par petite touche prendre un anti diabétique, c'est la metformine avec le PDS mais bon c'est vrai qu'on a certaines, on a certaines cibles chimiques, biochimiques qu'on ne va pas utiliser.

Et qu'est-ce qui vous fait passer à l'insuline ?

(Hésite, réfléchit) Déjà par le fait que pour la personne est âgée, qu'elle aura peut-être des difficultés à s'auto-injecter, ça va requérir le passage d'une infirmière, donc j'aurais une surveillance globale de la personne et pas que de l'acte d'injection lui-même.

Ça vous fait un argument en plus ?

Bien sûr, ça permet d'abord une évaluation globale de l'individu, l'acte même d'injecter de l'insuline n'est peut-être pas secondaire mais quasi.

Oui, d'accord.

7/ Et de manière plus générale, sur l'ensemble des traitements, qu'est-ce qui vous fait modifier un traitement ? Sur quoi vous allez vous baser pour modifier un traitement ?

Bon d'abord, c'est l'évaluation par le biais des infirmières, comment elle était, agitée, est-ce qu'elle était en sueur, est-ce qu'il y a des périodes où elle est fatiguée enfin je veux dire par le fait du passage quotidien de cette infirmière, je peux avoir des renseignements, par l'interrogatoire de l'entourage, de la famille je peux avoir des renseignements plus que si je donnais un comprimé.

(Interrompu par le téléphone).

8/ Alors quels sont vos critères de jugement d'efficacité de la prise en charge ?

Le bien-être de la personne

Oui

Les chiffres franchement, ce n'est pas les chiffres que l'on va traiter. Bien sûr qu'on s'appuie dessus, ça nous fait un cap si vous voulez. L'hémoglobine glyquée par exemple ça vous donne une direction, un sens. Mais la normalisation des chiffres à tout prix certainement pas.

D'accord.

9/ Est-ce que vous avez l'impression que les sujets âgés diabétiques sont trop ou pas assez traités ? (Question déjà abordée précédemment)

10/ Et est-ce que vous utilisez des grilles d'évaluation gériatrique pour prendre en charge vos personnes âgées diabétiques? Pour évaluer leur autonomie ?

Je pense qu'on le fait tous, on fait tous cette évaluation. C'est-à-dire que maintenant on a quitté la grille, la grille on l'a dans la tête et on a des questions particulières, précises. On est en permanence dans l'évaluation de son autonomie. Est-ce qu'il sort, comment est-ce qu'il sort. Je ne sais pas, mais éviter de se pencher, de se relever directement, on va évaluer le up and go, on va évaluer d'éviter les tapis, d'éviter certains meubles. On est en permanence dans l'évaluation quand on est à domicile mais même dans l'interrogatoire « qu'est-ce que vous faites, vous allez faire vos courses ? », on voit un petit peu le périmètre social qui peut se développer par rapport au patient, s'il va aller chez son pédicure, chez son coiffeur ou bien si non, c'est fini. S'il va faire les courses ou s'il se fait livrer. On est toujours dans l'évaluation, c'est-à-dire qu'on n'est pas à remplir des grilles mais je pense que chaque médecin à sa grille d'évaluation d'autonomie et de périmètre social.

D'accord. Et pour les troubles mnésiques vous les évaluez ?

Ben oui bien sûr, et c'est là où l'entourage est intéressant parce qu'il y a toujours ce fameux vernis qu'il va falloir faire craquer mais au bout d'un certain temps on arrive à les connaître. On a des stratégies pour se dégager un petit peu du vernis, du fameux vernis cognitif (*rire*) de certaines démences.

11/ Et est-ce que vous rencontrez des difficultés pour prendre en charge ces patients là ?

Non, non c'est une adaptation, c'est un accompagnement et c'est une flexibilité qu'on doit avoir dans nos critères de bienveillance par rapport à une personne et puis on adapte nos critères en fonction de l'âge en fonction de ce qui est attendu en terme de bénéfice de qualité de vie. Comme je le montrais tout à l'heure, un diabétique qui a 75 ans, on lui fait gagner 3 semaines de qualité de vie, ça rend humble, ça rend humble pour le traitement.

Et est-ce que la prise en charge chez le sujet âgé diffère de chez le sujet jeune ? Est-ce que vous avez remarqué pas que vous les prenez en charge différemment, mais (*m'interrompt*)

Si si on les prend en charge différemment,

Oui mais qu'est-ce qui vous fait prendre en charge différemment ?

Ben on est moins normatifs, c'est-à-dire que, on est quand on a 35-40 ans avec un diabète on va être plus

(*Interrompu par le téléphone*)

On parlait du sujet âgé et du sujet jeune.

Bon ben le sujet jeune, on est vraiment dans la zone de confort, c'est-à-dire que on est vraiment dans nos apprentissages biomédicaux, c'est-à-dire qu'on est dans la duplication de ce qu'on a appris, on est dans la recherche d'un objectif qu'on connaît bien et ça nous permet justement d'avoir un discours (*réfléchit*), plus normatif, éducatif, interactif, surtout interactif avec le patient et ce faisant, lorsque l'on est éducatif, ben on rentre dans l'éducation du patient, c'est-à-dire qu'on le lance dans son autonomie et c'est agréable. La personne âgée, c'est un petit peu compliqué d'être dans l'autonomie, on peut lui donner quelques conseils, ils ne sont pas stupides les personnes âgées, tout dépend de l'évaluation cognitive qu'on en a fait mais voilà, il faut savoir les respecter, leur dire certaines choses, ils comprennent bien. Je ne parle pas de l'exemple que je vous ai donné. Mais ils comprennent bien.

Oui d'accord.

12/ Et est-ce que vous avez des patients diabétiques âgés en EHPAD ?

Oui oui

Et est-ce que c'est différent la prise en charge là-bas ?

Non c'est un travail en équipe qui est peut-être plus confortable.

C'est plus confortable ?

Il va falloir éduquer (*rire*)

Le personnel ?

Là on est dans l'éducation du personnel avec les représentations des uns, des autres qui est un petit peu différent des représentations d'une infirmière à domicile. Toute une équipe d'EHPAD qui n'est pas forcément aussi pointue qu'un service hospitalier dédié au diabète quoi.

Oui d'accord. Il n'y a pas de difficultés pour organiser des surveillances ?

Non, non mais par contre on est obligé d'être plus cadrant, d'être plus, ouais d'être plus cadrant, parce que y a, y a de la déconstruction à faire sur les représentations de certaine maladie.

D'accord, très bien.

13/ Bon c'est une petite dernière question, pour avoir votre avis sur le sujet, si vous aviez des choses à rajouter que je n'avais pas abordé dans les questions.

Oui c'était, c'était un petit peu ce que l'on s'était dit en préambule avant d'ouvrir. C'est-à-dire qu'on est souvent pris, nous médecin généralistes, lorsqu'on demande l'avis d'un spécialiste, entre les critères qu'on applique nous, les critères de bonne pratique qu'on applique nous, qu'on appliquerait nous aux patients ; et les critères qui sont parfois exigés de manière trop sévère par les spécialistes et on est dans cette (*réfléchit*) modulation des objectifs qui sont donnés par les spécialistes. Ils sont trop sur les chiffres, et nous j'ai l'impression qu'on est plus sur le patient, on est plus centré patient. C'est normal, c'est notre formation.

Oui.

Et toujours se poser la question de savoir pourquoi est-ce qu'on propose un traitement, si c'est pour le chiffre ou si c'est pour apporter du gain de vie en bonne santé. Alors là si c'est uniquement pour apporter du gain de vie en bonne santé alors là, ça donne toute la relativité d'un traitement trop strict.

Oui, et est-ce que vous connaissez les dernières recommandations de la HAS, qui datent de 2013 ?

(*Fait la moue*) **Est-ce que vous en avez connaissance, pas par cœur, c'est sur les chiffres d'hémoglobine glyquée, 7, 8, 9 % selon l'état du patient.**

Oui, mais là c'est toujours la même chose parce que ça va être tellement dépendant du patient que même si on a ces chiffres d'objectifs proposés par l'HAS, je veux dire on va être face à votre patient et ça va être forcément une stratégie qui va être adaptée. C'est comme les propositions thérapeutiques, vous savez, qu'on nous donnait avant, avec en première intention telle molécule, en deuxième telle autre, en troisième telle association. Je veux dire tout ça, ça vole un petit peu en éclat et c'est une bonne chose parce qu'on est quand même dans le bon sens, de savoir au final est-ce qu'on a suffisamment de recul sur tel ou tel traitement et qu'est-ce qu'on va apporter.

Oui, d'accord. Et est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration ? Pour améliorer la prise en charge des patients âgés diabétiques ? Des choses où vous vous dites « ça pourrait m'aider » ?

Moi je pense que ce qui est le plus aidant, c'est le passage de plusieurs professionnels proches, lorsqu'il y a des infirmiers qui passent, lorsqu'on est une équipe, on est d'autant plus performants par la répétition d'un message éducatif ou par la répétition d'un message de soins, de bons soins, de bienveillance.

D'accord. Et du coup vous n'avez pas de difficultés à avoir des interlocuteurs qui vont avoir le même message que vous ?

Ben je pense que quand on est installé en ville, on sait avec qui on travaille, on connaît la plupart du temps bien les infirmiers. Et puis si on ne se connaît pas, on apprend à se connaître, c'est facile de se caler l'un sur l'autre, par le dialogue.

D'accord.

De bien définir un petit peu quel est l'objectif qu'on recherche pour tel ou tel patient et si on est d'accord ensemble, ça marche très bien. C'est la bonne tenue des consignes un petit peu, des consignes qu'on peut écrire sur des documents, lorsqu'on va chez des patients, voilà noter un petit peu, il y a eu tel malaise, un cahier de transmission c'est une bonne chose ça.

D'accord.

Bon.

Merci beaucoup.

3. / Annexe n°3 : Article présenté pour être soumis après validation de la thèse dans la revue Médecine des maladies Métaboliques

PERCEPTIONS ET PARAMETRES PRIS EN COMPTE PAR LES MEDECINS GENERALISTES POUR PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS AGES DIABETIQUES DE TYPE 2

A.DUCROUX, Dr H.BARBEAU, Pr A.MOREAU, Pr P.MOULIN, Pr C.FALANDRY, Dr F.MARECHAL.

RESUME : (150)

Introduction : Un contrôle trop strict de la glycémie augmente le risque de mortalité et de dépendance chez la personne âgée diabétique. Nous avons recherché les déterminants dans le choix de leur prise en charge par le médecin traitant en raison d'hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieurs aux recommandations.

Méthodes : Etude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs.

Résultat : Vingt médecins généralistes ont été interrogés. Ils évaluaient les patients de façon non standardisée. Ils déterminaient une valeur d'HbA1c d'autant moins strict que le niveau de comorbidité et de dépendance était élevé. Le choix des traitements était guidé par la fonction rénale et le risque d'iatrogénie. Ils les adaptaient en fonction des effets indésirables, de l'alimentation et de la valeur de l'HbA1c.

Conclusion : Les médecins interrogés essayent d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients mais souvent de façon non standardisée. Cela conduit à surestimer les objectifs du traitement.

Mots clés : Diabète de type 2 – Gériatrie – médecins généralistes – iatrogénie – HbA1c

ABSTRACT :

Visual clues and parameters that general practitioner take into account to determine the care of elderly type 2 diabetes patients

Introduction : Too strict a glycaemia control increases the mortality and dependence risks in elderly people with diabetes. We have looked for the determiners in the care chosen by the general practitioner when the glycosylated haemoglobin (HbA1c) is lower than the published advices.

Method : Qualitative study based on person to person interviews with semi-open ended questions.

Results : Twenty general practitioners were interviewed. They are evaluating their patients in a non-standardised way. They set up a less strict HbA1c value when the level of comorbidity and dependency is high. Treatment choices are guided by kidney function and iatrogenic risk. General practitioners are adapting the treatment choices based on undesirable effects, nutrition and HbA1c value.

Conclusion : The interviewed general practitioners try to optimise therapeutic care of patients, however they often do so in a non standard way. This drives the over estimation of the targeted care.

Key words : Type Two Diabetes - Geriatrics - General Practitioner - Over Treatment.

POINTS ESSENTIELS

- Les médecins font un lien entre les comorbidités, le niveau d'autonomie et l'HbA1c
- Les médecins limitent le nombre de prescription afin d'optimiser l'observance
- Un des obstacles à l'initiation d'un traitement est la méconnaissance perçue par les médecins sur les traitements adaptés aux comorbidités
- Les troubles cognitifs constituent un obstacle à une bonne observance
- Il existe une différence entre les objectifs théoriques d'HbA1c déclarés et les HbA1c mesurées.

INTRODUCTION : Le diabète du sujet âgé comporte des particularités. Le vieillissement s'accompagne de modifications physiologiques et pharmacologiques pouvant influencer les critères de choix des traitements ainsi que les objectifs glycémiques (1). Les recommandations sont basées sur la valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), le niveau de comorbidité et d'autonomie (2). Un contrôle trop strict de la glycémie peut entraîner un nombre d'hypoglycémie élevé et une surmortalité (3). La répétition des hypoglycémies et la gravité de celles-ci ont une influence sur le développement des démences, le risque de chute et la majoration de la dépendance (4). L'hypoglycémie est fréquente et peu reconnue par les patients âgés et leur entourage (4). Elle augmenterait également la durée, la fréquence et le coût des hospitalisations (4). Une partie des sujets âgés diabétiques ont un niveau d'HbA1c inférieur à 7 %. Ces différentes données laissent sous-entendre qu'il existe un sur-risque d'hypoglycémie lié à la thérapeutique (5). 95 % des sujets âgés diabétiques sont suivis par le médecin généraliste (6). Quelles sont les perceptions et les paramètres pris en compte par les médecins généralistes pour prendre en charge les patients âgés diabétiques de type 2 ?

METHODES : Etude qualitative reposant sur des entretiens individuels semi-directifs menés de juillet 2016 à mai 2017. Les entretiens ont été conduits auprès de médecins généralistes par deux investigateurs. Un échantillonnage raisonné (7) a été réalisé. Les entretiens ont fait l'objet d'enregistrements audio qui ont été retranscrits de façon anonyme. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données qui était atteinte lorsque la lecture des entretiens ne révélait plus de nouveaux éléments thématiques (8). L'encodage thématique des données a été effectué et confronté par les investigateurs au fur et à mesure du recueil des données afin de repérer les divergences éventuelles.

RESULTATS : Vingt médecins généralistes ont participé aux entretiens individuels. Les caractéristiques des médecins interrogés figurent dans le tableau 1. Les entretiens ont duré en moyenne 25 minutes (12-54 minutes). La saturation a été obtenue au bout de 17 entretiens.

1 PRISE EN CHARGE GLOBALE DES SUJETS AGES DIABETIQUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

L'évaluation de la personne âgée était pour les médecins une étape préalable à la détermination des objectifs thérapeutiques. Ils réalisaient une évaluation globale des patients âgés à la recherche des comorbidités pour personnaliser la prise en charge. Les médecins s'attachaient à l'analyse des comorbidités. L'âge à lui seul n'était pas un critère objectif suffisant pour eux. Les comorbidités citées étaient l'insuffisance rénale, les troubles mnésiques et les autres pathologies associées. Les médecins interrogés réalisaient une évaluation des syndromes gériatriques. Celle-ci n'était pas réalisée de façon standardisée avec des scores. Certains évaluaient l'existence de troubles cognitifs avec ou sans grilles de scores. Le risque de dépression n'était pas évalué. Les médecins exploraient le risque de dénutrition. Ils essayaient par l'interrogatoire de préciser les apports alimentaires de leurs patients sur les plans qualitatif et quantitatif. Ils surveillaient régulièrement le poids. L'évaluation des comorbidités était essentielle pour les médecins généralistes. Ils pensaient qu'elles pouvaient influencer l'espérance de vie et le niveau d'autonomie. Les médecins s'attachaient à analyser les conditions de vie du patient. Cela leur permettait de dépister un isolement social ou une inadaptation du logement par rapport à leur niveau de dépendance. Les grilles d'autonomie étaient rarement utilisées. Ces dernières étaient jugées compliquées, chronophages et sans valeur ajoutée par rapport à l'évaluation clinique. Après une évaluation globale, les médecins pouvaient plus facilement définir un objectif thérapeutique. Cet objectif thérapeutique était défini par la valeur de l'hémoglobine glyquée. La détermination de cet objectif était

personnalisée pour chaque patient. Les médecins faisaient un lien entre les comorbidités, le niveau d'autonomie et l'objectif d'hémoglobine glyquée cible. Plus les patients étaient polyopathologiques, avec une faible espérance de vie et dépendants, moins les objectifs d'hémoglobine glyquée devaient être stricts et bas. Les médecins généralistes retenaient rarement un objectif d'hémoglobine glyquée inférieur à 8 %. Certains même retenaient une valeur d'HbA1c de 9 à 10 % si l'espérance de vie était faible.

Pour atteindre l'objectif d'hémoglobine glyquée, différentes stratégies thérapeutiques étaient utilisées par les médecins généralistes interrogés. La fonction rénale était pour eux le paramètre le plus important pour la mise en place d'un traitement. Le choix du traitement était fait pour être compatible avec la fonction rénale. En cas d'insuffisance rénale, ils utilisaient moins la metformine, ou passaient à l'insuline. Le second élément qui influençait le choix du traitement était le risque de iatrogénie médicamenteuse. Le risque d'hypoglycémie était le principal effet indésirable signalé. Les médecins interrogés privilégiaient certaines classes médicamenteuses pour limiter ce risque : ils évitaient les sulfamides et préféraient la metformine. Très peu de médecins faisaient référence aux nouveaux antidiabétiques oraux (ADO). Les médecins interrogés signalaient que les interactions médicamenteuses pouvaient aussi être sources d'effets indésirables. Ce risque était majoré par la polymédication de leur patient. Le cumul d'antidiabétiques surajoutés au reste du traitement étant jugé à risque de iatrogénie. Cette polymédication pouvait avoir des conséquences aussi sur l'observance du traitement. Les médecins essayaient de limiter le nombre de prescription afin d'optimiser l'observance. Cela favorisait l'observance des patients en incapacité de prendre seuls leur traitement.

MG 8: « Je regarde un peu son état général, c'est-à-dire je ne prendrai pas en charge un patient diabétique âgé si il est dépendant, grabataire avec beaucoup de comorbidités par rapport à un patient qui a le même âge et qui est totalement autonome à domicile. »

MG 18: « Et les traitements associés, le poly traitement et encore une fois le risque iatrogène. C'est un truc auquel j'attache beaucoup d'importance dans ma décision de traitement ».

2 ELEMENTS PRIS EN COMPTE DANS L'ADAPTATION DES TRAITEMENTS ANTIDIABETIQUES

Les médecins interrogés s'appuyaient sur différents paramètres pour adapter la prise en charge thérapeutique de leurs patients âgés. Ils s'assuraient de l'efficacité de la thérapeutique introduite. Ils étaient attachés à l'obtention d'une amélioration globale de l'état de santé de leurs patients grâce à la thérapeutique initiée. Le principal paramètre biologique rapporté était la valeur de l'hémoglobine glyquée. L'ensemble des médecins la citait comme critère d'efficacité de leur thérapeutique. Pour eux, un traitement efficace signifiait une valeur d'hémoglobine glyquée correspondant à l'objectif fixé.

L'ensemble des médecins citait les effets indésirables des traitements comme justification à un changement de thérapeutique. La survenue d'hypoglycémies sous traitement était considérée comme un des principaux effets indésirables. Ce risque était pour eux plus important chez les sujets âgés du fait d'une mauvaise alimentation. Pour eux, ces hypoglycémies pouvaient être responsables de malaises diurnes ou nocturnes et de chutes chez les personnes âgées. Pour éviter toute iatrogénie supplémentaire, les médecins pouvaient être amenés à changer le traitement pour limiter les hypoglycémies et leurs conséquences. Certains médecins citaient également la mauvaise tolérance des traitements comme facteur justifiant une modification du traitement. La plupart d'entre eux adaptaient leurs traitements si leurs patients présentaient une dégradation de leur fonction rénale, notamment pour la metformine. La

modification du traitement conduisait certains médecins à passer leurs patients sous insulinothérapie.

La mise en place d'une infirmière à domicile se faisait pour différents motifs. La plupart des médecins s'aidaient des infirmières à domicile pour la mise en place de l'insuline. Un des médecins mettait en route une insulinothérapie uniquement s'il y avait une infirmière en capacité de gérer le traitement. Ils s'appuyaient sur les infirmières pour la réalisation de l'injection, la surveillance glycémique et l'éducation thérapeutique. Pour certains médecins la mise en place d'infirmières était transitoire, le temps que l'éducation thérapeutique soit réalisée. Pour un des médecins interrogé, l'insuline était également un prétexte pour réussir à faire intervenir une infirmière à domicile, permettant un suivi plus précis du patient âgé.

MG 20: « On va adapter le traitement en fonction de la créatinine, si elle monte, bien sûr que l'on va se priver de certains médicaments, de la metformine par exemple. »

MG 7: « Après, si c'est une hyperglycémie très importante, plutôt de l'insuline. Mais, souvent ce n'est pas très bien accepté d'emblée chez ces patients qui vivent à domicile. Là, ça nécessite vraiment le passage d'un infirmier, c'est vécu comme intrusif chez certains patients. »

3 DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES MEDECINS DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE DU SUJET AGE

Nous avons interrogés les médecins sur leurs potentielles difficultés ressenties dans la prise en charge du diabète du sujet âgé. La gestion des traitements antidiabétiques était ressentie comme complexe par les médecins. Un tiers des médecins ne se sentaient pas à l'aise avec la manipulation de la thérapeutique chez les patients âgés diabétiques. Ils pensaient ne pas connaître les traitements adaptés aux comorbidités et à la polymédication préexistante de certains patients. Cela constituait pour eux un obstacle à l'initiation d'un traitement. Ils craignaient qu'un traitement supplémentaire soit responsable de iatrogénie comme les

hypoglycémies. Certains médecins orientaient systématiquement leurs patients vers l'endocrinologue pour l'instauration d'un nouveau traitement.

Une autre difficulté ressentie par les médecins était l'optimisation de l'observance du traitement. Les médecins interrogés trouvaient que leurs patients n'adhéraient pas pleinement aux traitements prescrits. Pour les médecins interrogés, les troubles cognitifs de leurs patients constituaient un obstacle à une bonne observance. Une mauvaise compréhension du traitement pouvait également constituer un obstacle ; en particulier pour les patients sous insuline. Les médecins trouvaient que leurs patients âgés avaient plus de difficultés à apprendre à bien manipuler leurs traitements et appliquer les mesures de surveillance. Certains patients continuaient à adapter librement leurs traitements malgré des malaises ou une perte d'autonomie. Dans ces cas-là, les médecins voulaient mettre en place des professionnels à domicile.

MG 20: « A partir d'un certain âge (...) on a plus à gérer les effets secondaires que les effets bénéfiques d'un traitement (...) qu'on ne maîtrise pas suffisamment bien les risques de, les risques d'hypoglycémies, les risques d'hypotension orthostatique, les risques d'interactions médicamenteuses, les risques iatrogéniques. »

MG 11: « Dès que c'est un peu plus compliqué, l'intervention de l'infirmière, c'est vrai que le troisième âge, le quatrième c'est le problème du suivi des traitements donc là tous ceux qui sont sous insuline sont suivis par l'infirmière. »

DISCUSSION

1 UNE EVALUATION GLOBALE MAIS NON STANDARDISEE DE LA PERSONNE AGEE REALISEE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Pour personnaliser la prise en charge des sujets âgés, les médecins réalisent une évaluation globale. Celle-ci débute par une évaluation des comorbidités associées au diabète. Les médecins interrogés citent comme principales comorbidités évaluées la fonction rénale, les pathologies associées et les troubles mnésiques. Il est bien recommandé aux médecins de prendre en compte les comorbidités et les capacités cognitives et fonctionnelles pour déterminer les objectifs glycémiques, en accord avec le patient et l'aide principal (9).

Mais l'évaluation de cet état de santé global par les médecins interrogés ne fait pas l'objet d'une démarche standardisée. Les diabétiques âgés ont une incidence accrue des syndromes gériatriques (chute, dénutrition, démence) (10). L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de mieux prendre en compte l'ensemble des comorbidités et des spécificités gériatriques. Elle est d'ailleurs recommandée chez les patients âgés diabétiques (9). Toutes ces comorbidités augmentent le risque de perte des capacités de mobilisation et de handicap pour les activités de la vie quotidienne (10). Les médecins généralistes évaluent l'autonomie seuls ou avec l'aide d'un tiers (famille, infirmière..) mais sans grilles d'analyses (11). L'évaluation gériatrique permet de quantifier l'autonomie et de prévenir sa perte. Le plus souvent, les médecins généralistes interrogés n'utilisent pas de scores pour l'évaluation gériatrique, ce qui est également constaté dans d'autres études (11).

2 UNE DETERMINATION DE LA VALEUR DE L'HEMOGLOBINE GLYQUEE CIBLE JUSTE MAIS NON REEVALUEES ET BASEE SUR DES CRITERES NON STANDARDISES

Les médecins interrogés personnalisent les objectifs pour chaque patient en fonction de leurs conditions de vie et de leurs comorbidités comme ce qui est recommandé (12). Cette démarche n'est pas faite de façon standardisée. Les médecins utilisent souvent leur propre expérience et leurs convictions pour orienter leurs actions (13). Le fait que les médecins n'aient

pas une approche standardisée pour prendre en charge les patients âgés diabétiques peut être expliqué par leur capacité à évaluer une situation grâce à la connaissance qu'ils ont du passé et de la personnalité de leurs patients (13). Cela reflète le processus d'individualisation de la thérapie plutôt qu'un raisonnement déconnecté de la réalité (13). En adoptant cette approche individualisée, les médecins sont capables d'évaluer la qualité de vie de leur patient, ce qui influence leur valeur cible d'HbA1c.

Cependant il n'utilise pas les classes : vigoureux / fragile / dépendant. Les médecins interrogés ne définissent pas leur prise en charge médicale et leurs objectifs en fonction de cette classification (2). Le fondement de leur raisonnement s'appuie sur l'évaluation subjective des capacités cognitives et fonctionnelles. Il aboutit in fine à une individualisation des objectifs thérapeutiques comparables aux objectifs recommandés.

Les médecins connaissent la théorie mais cela n'entraîne pas de réévaluation du traitement. Ils visent une amélioration globale de la personne âgée. Lorsqu'on demande aux patients âgés leurs objectifs de soins, ils évoquent prioritairement leurs capacités fonctionnelles et leur indépendance (14). Les médecins interrogés citent comme critère d'efficacité biologique un taux d'HbA1c correspondant à l'objectif qu'ils s'étaient fixé. Ils sont d'autant moins stricts lorsque les comorbidités s'accumulent. Lorsqu'ils évoquent le cas de leur dernier patient âgé vu en consultation, il existe une différence entre les objectifs théoriques d'HbA1c déclarés et les HbA1c effectivement mesurées. Celles-ci sont généralement plus basses que celles présentées théoriquement. Cet écart ne fait pourtant pas l'objet d'une analyse critique de la part des médecins et n'entraîne pas un allègement du traitement hypoglycémiant ou un assouplissement des règles hygiéno-diététiques. Un surtraitement des personnes âgées diabétiques est retrouvé dans plusieurs études (5). Il induit une augmentation des risques d'effets indésirables parmi lesquels l'hypoglycémie. La prévention de l'hypoglycémie est un

vrai défi pour la prise en charge des diabétiques âgés (4). L'origine iatrogène des hypoglycémies devrait impliquer une réévaluation des traitements et devrait conduire à la déprescription.

3 UN SOUCI D'OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION D'ANTIDIABETIQUE EN FONCTION DES COMORBIDITES ET DU RISQUE D'EFFETS INDESIRABLES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Les médecins interrogés essayent bien d'adapter le traitement en fonction des comorbidités. Ces multiples comorbidités peuvent contre indiquer les principaux traitements et nécessiter la mise sous insuline. Un autre risque iatrogène lié aux comorbidités pouvait être la polymédication. Il existe un problème d'interactions médicamenteuses chez les personnes âgées et le nombre des traitements peut augmenter les risques d'effets indésirables médicamenteux (15).

Puis l'adaptation des traitements ce fait aussi en fonction des effets indésirables recueillis à l'interrogatoire du patient. Parmi les effets indésirables les plus fréquemment rapportés figurent les troubles gastro intestinaux sous metformine et les hypoglycémies sous sulfamides (15). Les personnes diffèrent en termes de réponse aux traitements, de bénéfices et d'effets secondaires, et en fonction de leurs expériences passées (15).

4 DIFFICULTES RESSENTIES A PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES AGEES DIABETIQUES

Les médecins déplorent un manque d'observance des personnes âgées diabétiques, notamment du fait des spécificités de cette tranche d'âge. Les troubles cognitifs figurent parmi les obstacles cités par les médecins à une observance optimale. Une des préoccupations principales des médecins est que les patients âgés ne sont pas capables de réaliser correctement leurs injections d'insuline du fait de troubles cognitifs et fonctionnels (16). Les médecins

interrogés soulignent le manque de compréhension du traitement de la part des personnes âgées, en termes de posologie et de fréquence des prises, mais également en ce qui concerne les objectifs attendus. C'est par l'apport d'informations aux patients sur les bénéfices et risques des traitements que nous pouvons réduire les conflits en termes de prise de décision thérapeutique (17). Mais cela n'a aucun effet constant sur la décision du patient de continuer ou de commencer un traitement (17), ce qui implique de répéter régulièrement ces informations.

Les médecins pallient souvent à ces difficultés (mauvaise observance, troubles cognitifs et manque de compréhension) en ayant recours à des aides extérieures. Les infirmières sont souvent mises à contribution pour améliorer la surveillance et l'observance du patient (18). Des hypoglycémies peuvent être évitées en utilisant des doses d'insuline appropriées, adaptées quotidiennement en fonction des glycémies capillaires (19). L'intergroupe francophone SFD - SFGG (société francophone du diabète, société française de gériatrie et de gérontologie) (20) a émis des recommandations en termes d'indication de surveillance par une tierce personne : en cas de perte d'autonomie, la surveillance est assurée par une tierce personne avant chaque injection d'insuline, et une ou deux fois par semaine en cas de traitement oral. Il nous a été rapporté que l'introduction d'insuline peut également être un moyen pour mettre en place des aides à domicile chez un patient isolé ou affecté de troubles cognitifs (13).

6 BIAIS ET LIMITES

Il s'agit de la première étude qualitative s'intéressant au sujet. Notre échantillon est varié en termes d'âge et de sexe. Sa taille est à prendre en compte dans la généralisation de notre étude. Nos résultats ne sont peut-être pas représentatif de l'ensemble des pratiques en ambulatoire en France. Cependant on retrouve une partie de nos problématiques dans notre littérature (5). Les biais d'analyses et d'interprétations ont été réduits par l'échange constant entre les investigateurs.

CONCLUSION

Les médecins interrogés essaient d'optimiser la prise en charge thérapeutique des sujets âgés diabétiques. Pour cette optimisation ils se basent sur l'évaluation de leur comorbidité et de certains syndromes gériatriques sans utiliser des outils standardisés par les médecins généralistes interrogés. Cette évaluation incomplète peut contribuer à sur estimer les objectifs du traitement. Pourtant les objectifs thérapeutiques déterminés par la valeur de l'hémoglobine glyquée sont personnalisés par les médecins. Ces objectifs sont généralement supérieurs à 8% d'hémoglobine glyquée. Mais en pratique quand les hémoglobines glyquées sont inférieures à 7% ou inférieur aux objectifs correspondant à un niveau de comorbidité important, les traitements ne sont pas toujours réévalués à la baisse. Ceci peut être expliqué en partie par les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge du diabète de type 2 du sujet âgé. Plusieurs axes sont mis en places spontanément par les médecins pour limiter ces difficultés comme le recours à d'autres professionnels de santé comme les infirmières ou les spécialistes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Pretorius RW, Gataric G, Swedlund SK, Miller JR. Reducing the Risk of Adverse Drug Events in Older Adults. *AFP*. 2013 Mar 1;87(5):331–6.
- 2) Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. [04/09/2016].
- 3) Riddle MC. Effects of intensive glucose lowering in the management of patients with type 2 diabetes mellitus in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. *Circulation*. 2010 Aug 24;122(8):844–6.
- 4) Abdelhafiz AH, Rodríguez-Mañas L, Morley JE, Sinclair AJ. Hypoglycemia in older people - a less well recognized risk factor for frailty. *Aging Dis*. 2015 Mar;6(2):156–67.
- 5) Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med*. 2015 Mar;175(3):356–62.
- 6) Santé publique France. Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole. [04/09/2016]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>.
- 7) Letrilliart, L., Bourgeois, I., Vega, A., Cittée, J., & Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie: de «Maladie» à «Verbatim». *exercer*, 88(20), 106-12.
- 8) Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- 9) Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, 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 Jul;13(6):497–502.
- 10) Laiteerapong N, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Sudore R, Schillinger D, et al. Correlates of quality of life in older adults with diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care.* 2011 Aug;34(8):1749–53.
 - 11) Bourdel-Marchasson I, Danet-Lamasou M. L'évaluation gériatologique standardisée, un outil pour améliorer les soins aux personnes âgées diabétiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 2015 Apr 1;15(86):84–8.
 - 12) Schwartz AV, Vittinghoff E, Sellmeyer DE, Feingold KR, de Rekeneire N, Strotmeyer ES, et al. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care.* 2008 Mar;31(3):391–6.
 - 13) Agarwal G, Nair K, Cosby J, Dolovich L, Levine M, Kaczorowski J, et al. GPs' approach to insulin prescribing in older patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2008 Aug 1;58(553):569–75.
 - 14) Huang ES, Gorawara-Bhat R, Chin MH. Self-Reported Goals of Older Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Feb;53(2):306–11.
 - 15) Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Dec;60(12):2342–56.
 - 16) Braun A., Muller U. A., Muller R., Leppert K., Schiel R. Structured treatment and teaching of patients with Type 2 diabetes mellitus and impaired cognitive function—the DICOE trial. *Diabetic Medicine.* 2004 Aug 18;21(9):999–1006.
 - 17) Crockett RA, Sutton S, Walter FM, Clinch M, Marteau TM, Benson J. Impact on Decisions to Start or Continue Medicines of Providing Information to Patients about Possible Benefits and/or Harms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Decis Making.* 2011 Sep 1;31(5):767–77.

- 18) Tessier DM, Lassmann-Vague VJR. Diabetes and education in the elderly. *Diabetes & Metabolism*. 2007 Apr 1;33:S75–8.
- 19) Dominguez LJ, Paolisso G, Barbagallo M. Glucose control in the older patient: from intensive, to effective and safe. *Aging Clin Exp Res*. 2010 Aug 1;22(4):274–80.
- 20) Bauduceau, B., Berrut, G., Blicke, J. F., Brocker, P., Constant, T., & Bourdel-Marchasson, I. (2008). Guide pour la prise en charge du diabétique âgé. *Médecine des maladies Métaboliques*, 2, S1-S121.

Bibliographie

- 1) Santé publique France. Le diabète en quelques chiffres et faits. [30/08/2016]. <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Generalites-et-chiffres-cles/Le-diabete-en-quelques-chiffres-et-faits>.
- 2) INSEE. Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux au 1er janvier 2016. [30/08/2016]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150.
- 3) Pretorius RW, Gataric G, Swedlund SK, Miller JR. Reducing the Risk of Adverse Drug Events in Older Adults. *AFP*. 2013 Mar 1;87(5):331-6.
- 4) Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Saint-Denis : HAS, 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10ipr04_reco_diabete_type_2.pdf.
- 5) Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, Bourdel-Marchasson I, Gadsby R, Rodriguez Mañas L, et al. European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. *Diabetes Metab*. 2011 Nov;37 Suppl 3:S27-38.
- 6) American Geriatrics Society Expert Panel on Care of Older Adults with Diabetes Mellitus, Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E. Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 update. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Nov;61(11):2020-6.
- 7) ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Jun 12;358(24):2560-72.
- 8) Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009 Jan 8;360(2):129-39.
- 9) Riddle MC. Effects of intensive glucose lowering in the management of patients with type 2 diabetes mellitus in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. *Circulation*. 2010 Aug 24;122(8):844-6.

- 10) Schwartz AV, Vittinghoff E, Sellmeyer DE, Feingold KR, de Rekeneire N, Strotmeyer ES, et al. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care*. 2008 Mar;31(3):391–6.
- 11) Abdelhafiz AH, Rodríguez-Mañás L, Morley JE, Sinclair AJ. Hypoglycemia in older people - a less well recognized risk factor for frailty. *Aging Dis*. 2015 Mar;6(2):156–67.
- 12) Chen L-K, Chen Y-M, Lin M-H, Peng L-N, Hwang S-J. Care of elderly patients with diabetes mellitus: A focus on frailty. *Ageing Research Reviews*. 2010 Nov;9, Supplement:S18–22.
- 13) Yaffe K, Falvey CM, Hamilton N, Harris TB, Simonsick EM, Strotmeyer ES, et al. Association between hypoglycemia and dementia in a biracial cohort of older adults with diabetes mellitus. *JAMA Intern Med*. 2013 Jul 22;173(14):1300–6.
- 14) Bauduceau B, Doucet J, Bordier L, Garcia C, Dupuy O, Mayaudon H. Hypoglycaemia and dementia in diabetic patients. *Diabetes & Metabolism*. 2010 Oct;36, Supplement 3:S106–11.
- 15) Zhang Y, Wieffer H, Modha R, Balar B, Pollack M, Krishnarajah G. The Burden of hypoglycemia in type 2 diabetes: A systematic review of patient and economic perspectives. *Journal of Clinical Outcomes Management*. 2010 Dec 1;17:547–57.
- 16) Breuer H-WM, Ptak P. [Hypoglycemia - frequency, causes, induced costs]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2012 May;137(19):988–92.
- 17) Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the Aging Patient: A Review of Glycemic Control in Older Adults With Type 2 Diabetes. *JAMA*. 2016 Mar 8;315(10):1034–45.
- 18) Deletre S, Coutaz M. Diabetes: glycemic targets and over-treatment in older patients. *Rev Med Suisse*. 2016 Mar 2;12(508):461–4, 466.
- 19) Bauduceau B, Becquemont L, Benattar-Zibi L, Bertin P, Berrut G, Corruble E, et al. Prise en charge des patients diabétiques de type 2 âgés en médecine générale : les leçons de l'étude S.AGES-Observatoire Diabète. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2017 Jun 1;11(4):369–74.
- 20) Doucet JA, Bauduceau B, Le Floch J-P, Verny C, SFD/SFGG Intergroup. Medical treatments of elderly, French patients with type 2 diabetes: results at inclusion in the GERODIAB Cohort. *Fundam Clin Pharmacol*. 2016 Feb;30(1):76–81.
- 21) Santé publique France. Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole. [04/09/2016]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies->

chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole

- 22) Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- 23) Letrilliart, L., Bourgeois, I., Vega, A., Cittée, J., & Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie: de «Maladie» à «Verbatim». *exercer*, 88(20), 106-12.
- 24) Kasia J. Lipska MD. Diabetes in older people. *JAMA*. July 19, 2016. Volume 316. Number 3. 362 p.
- 25) Ardigo, S., Perrenoud, L., & Philippe, J. (2013). Diabète de la personne âgée: une prise en charge sur mesure. *Rev Med Suisse*, 9(389), 1192-9.
- 26) Actes et prestations - ALD n°8 « Diabète de type 2 » - actualisation mars 2014. 22 p. <http://www.has-sante.fr>.
- 27) Gallery P. Le dosage de l'HbA1c en 2013. *Médecine des maladies Métaboliques*. Vol 7, N°3 - juin 2013. pp 256-261.
- 28) Abbatecola AM, Paolisso G, Corsonello A, Bustacchini S, Lattanzio F. Antidiabetic oral treatment in older people: does frailty matter? *Drugs Aging*. 2009 Dec;26 Suppl 1:53-62.
- 29) Bourdel-Marchasson I, Berrut G. Caring the elderly diabetic patient with respect to concepts of successful aging and frailty. *Diabetes Metab*. 2005 Dec;31 Spec No 2:5S13-15S19.
- 30) Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002 Nov 11;162(20):2269-76.
- 31) Piette JD, Kerr EA. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care*. 2006 Mar;29(3):725-31.
- 32) Laiteerapong N, Huang ES, Chin MH. Prioritization of care in adults with diabetes and comorbidity. *Ann N Y Acad Sci*. 2011 Dec;1243:69-87.
- 33) Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, 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 Jul;13(6):497-502.
- 34) Huang ES, Laiteerapong N, Liu JY, John PM, Moffet HH, Karter AJ. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: the diabetes and aging study. *JAMA Intern Med*. 2014 Feb 1;174(2):251-8.

- 35) Société française de gériatrie gérontologie. Haute Autorité de Santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire. recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis-La-Plaine : HAS; 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_argumentaire.pdf
- 36) Laiteerapong N, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Sudore R, Schillinger D, et al. Correlates of quality of life in older adults with diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care*. 2011 Aug;34(8):1749-53.
- 37) Bourdel-Marchasson I, Helmer C, Fagot-Campagna A, Dehail P, Joseph PA. Disability and quality of life in elderly people with diabetes. *Diabetes Metab*. 2007 Apr;33 Suppl 1:S66-74.
- 38) Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Dec;60(12):2342-56.
- 39) Bourdel-Marchasson I, Helmer C, Barberger-Gateau P, Peuchant E, Février B, Ritchie K, et al. Characteristics of undiagnosed diabetes in community-dwelling French elderly: the 3C study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007 May;76(2):257-64.
- 40) Bourdel-Manchasson I, Tulon A, Erpelding ML, et al. La qualité de vie des diabétiques de type 2 vivant en France métropolitaine: de multiples facteurs associés. *Entred* 2007. *BEH* 2011;2:15-20.
- 41) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001 Jun;24(6):1069-78.
- 42) Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2013 Mar 1 ;11(1):21-31.
- 43) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982 1983;17(1):37-49.
- 44) Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995 Apr;76(4):310-6.
- 45) Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéine-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. HAS avril 2007. 25 p. <http://www.has-sante.fr>
- 46) Bourdel-Marchasson I, Helmer C, Fagot-Campagna A, Dehail P, Joseph PA. Disability and quality of life in elderly people with diabetes. *Diabetes Metab*. 2007 Apr;33 Suppl 1:S66-74.

- 47) Bourdel-Marchasson I, Danet-Lamasou M. L'évaluation gériatologique standardisée, un outil pour améliorer les soins aux personnes âgées diabétiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2015 Apr 1;15(86):84–8.
- 48) Bauduceau B, Doucet J. Autosurveillance glycémique chez la personne âgée diabétique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2010 Sep 1;4:S32–5.
- 49) Agarwal G, Nair K, Cosby J, Dolovich L, Levine M, Kaczorowski J, et al. GPs' approach to insulin prescribing in older patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2008 Aug 1;58(553):569–75.
- 50) Bonds DE, Miller ME, Bergenstal RM, Buse JB, Byington RP, Cutler JA, et al. The association between symptomatic, severe hypoglycaemia and mortality in type 2 diabetes: retrospective epidemiological analysis of the ACCORD study. *BMJ*. 2010 Jan 8;340:b4909.
- 51) Blaum CS, Cigolle CT, Boyd C, Wolff JL, Tian Z, Langa KM, et al. Clinical Complexity in Middle-Aged and Older Adults With Diabetes. *Med Care*. 2010 Apr;48(4):327–34.
- 52) Gonthier, R. (2003). La perte d'autonomie fonctionnelle et la notion de fragilité. Belmin J, éditeur. *Le Vieillissement*. Paris: Med-Line édition, 49-72.
- 53) Laiteerapong N, Iveniuk J, John PM, Laumann EO, Huang ES. Classification of older adults who have diabetes by comorbid conditions, United States, 2005-2006. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E100.
- 54) Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care*. 2013 Jan ;36(Suppl 1):S11–66.
- 55) Krentz AJ, Sinclair AJ. Choice of long-acting insulin therapy for type 2 diabetes: how can treatment for older people be optimized? *Drugs Aging*. 2011 Dec 1;28(12):935–41.
- 56) Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Al Snih S, Peek MK, Markides K, et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Jul 12;5:39.
- 57) Huang ES, Gorawara-Bhat R, Chin MH. Self-Reported Goals of Older Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Feb;53(2):306–11.
- 58) Hader C, Beischer W, Braun A. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. *Diabetes und Stoffwechsel*. 2004 Jan 1;13.
- 59) Boussageon R, Gueyffier F. Approche factuelle et centrée sur les bénéfices cliniques des traitements pharmacologiques des patients diabétiques de type 2. *Exercer* 2013;110:278-86.
- 60) Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med*. 2015 Mar;175(3):356–62.

- 61) Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel*. 2016 Jan 3;49(1).
- 62) Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2012 Jul 9;13:56.
- 63) Choosing Wisely. American Geriatrics Society. Ten things physicians and patients should question. Revised 2015. Available at www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society. Accessed October 15, 2015.
- 64) Boussageon R, Pouchain D, Renard V. Reconsidérer les bénéfices et les risques des médicaments hypoglycémifiants du diabète de type 2. *Exercer* 2014;115:238-43.
- 65) Cohen RM, Smith EP. Frequency of HbA1c discordance in estimating blood glucose control. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2008 Jul;11(4):512.
- 66) Herman WH, MA Y, Uwaifo G, Haffner S, Kahn SE, Horton ES, et al. Differences in A1C by Race and Ethnicity Among Patients With Impaired Glucose Tolerance in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2007 Oct;30(10):2453-7.
- 67) Kilpatrick ES, Rigby AS, Goode K et al. Relating mean blood glucose and glucose variability to the risk of multiple episodes of hypoglycaemia in type 1 diabetes. *Diabetologia*, 2007; 50: 2553-2561.
- 68) Du Y-F, Ou H-Y, Beverly EA, Chiu C-J. Achieving glycemic control in elderly patients with type 2 diabetes: a critical comparison of current options. *Clin Interv Aging*. 2014 Nov 18;9:1963-80.
- 69) Miller SL, Wolfe RR. The danger of weight loss in the elderly. *J Nutr Health Aging*. 2008 Sep;12(7):487-91.
- 70) Shapses SA, Riedt CS. Bone, body weight, and weight reduction: what are the concerns? *J Nutr*. 2006 Jun;136(6):1453-6.
- 71) Dorner B, Friedrich EK, Posthauer ME, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. *J Am Diet Assoc*. 2010 Oct;110(10):1549-53.
- 72) Brocker P, Bertoglio J. Les régimes alimentaires chez le sujet âgé: est-ce bien raisonnable? *Médecine des maladies Métaboliques*. Mars 2013. Vol. 7. N°2:115-119.
- 73) Darmon P, Gorin-Gottraux S, Pichard C. Y-a-t-il une place pour les régimes alimentaires chez la personne âgée? In: Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B, éditeurs. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Nourrir l'homme malade. Paris: Springer-Verlag France, 2009: 131-40.
- 74) Brocker P, Schneider SM. Undernutrition and referring in elderly subjects. In: Watson RR, editor. *Handbook of nutrition in the aged*. 4th edition. Boca Raton, FI: CRC Press, Taylor and Francis Group, 2009:30-43.

- 75) Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med*. 2002 Nov;18(4):737–57.
- 76) Group DPPR. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet*. 2009 Nov 14; 374(9702):1677–86.
- 77) Diabetes Prevention Program Research Group, Crandall J, Schade D, Ma Y, Fujimoto WY, Barrett-Connor E, et al. The influence of age on the effects of lifestyle modification and metformin in prevention of diabetes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006 Oct;61(10):1075–81.
- 78) Braun AK, Kubiak T, Kuntsche J, Meier-Höfig M, Müller UA, Feucht I, et al. SGS: a structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus—a prospective randomised controlled multi-centre trial. *Age Ageing*. 2009 Jul.
- 79) Bruce DG, Davis WA, Davis TME. Longitudinal predictors of reduced mobility and physical disability in patients with type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*. 2005 Oct;28(10):2441–7.
- 80) Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. *Diabetes Care*. 2010 Dec;33(12):2692–6.
- 81) Buman MP, Hekler EB, Haskell WL, Pruitt L, Conway TL, Cain KL, et al. Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults. *Am J Epidemiol*. 2010 Nov 15;172(10):1155–65.
- 82) Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012 Jun;35(6):1364–79.
- 83) Blicklé JF, Doucet J, Krummel T, Hannedouche T. Diabetic nephropathy in the elderly. *Diabetes Metab*. 2007 Apr;33 Suppl 1:S40-55.
- 84) Stoehr GP, Lu S-Y, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang C-CH, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008 Dec;6(5):255–63.
- 85) Hilmer SN, Gnjjidic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther*. 2009 Jan;85(1):86–8.
- 86) Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *J Gerontol Nurs*. 2005 Sep;31(9):4–11.
- 87) Huang ES, Karter AJ, Danielson KK, Warton EM, Ahmed AT. The association between the number of prescription medications and incident falls in a multi-ethnic population

- of adult type-2 diabetes patients: the diabetes and aging study. *J Gen Intern Med.* 2010 Feb;25(2):141–6.
- 88) Lipska KJ, Bailey CJ, Inzucchi SE. Use of metformin in the setting of mild-to-moderate renal insufficiency. *Diabetes Care.* 2011 Jun;34(6):1431–7.
- 89) Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Individual sulfonylureas and serious hypoglycemia in older people. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Jul;44(7):751–5.
- 90) Neumiller JJ, Setter SM. Pharmacologic management of the older patient with type 2 diabetes mellitus. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009 Dec;7(6):324–42.
- 91) Bouille B, Vaillant G, Petit JM, et al. Are elderly patients with diabetes being overrated in French long-term-care homes? *Diabetes Metab (2010)*36:272-277.
- 92) Riddle Matthew C. The underuse of insulin therapy in North America. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews.* 2002 Sep 24;18(3):S42–9.
- 93) Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med.* 2006 Mar 27;166(6):605–9.
- 94) Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of Older Adults on Patient Participation in Medication-related Decision Making. *J Gen Intern Med.* 2006 Apr;21(4):298–303.
- 95) Taylor C, Towse K, Reza M, Ward JD, Hendra T J. Transferring elderly type 2 patients to insulin: a prospective study of diabetes nurses', physicians' and patients' perceptions. *Practical Diabetes International.* 2002 Apr 5;19(2):37–9.
- 96) Polonsky WH, Jackson RA. What's So Tough About Taking Insulin? Addressing the Problem of Psychological Insulin Resistance in Type 2 Diabetes. *Clinical Diabetes.* 2004 Jul 1;22(3):147–50.
- 97) Zeyfang A, Berndt S, Aurnhammer G, Nikolaus T, Oster P, Bahrmann A. A Short Easy Test Can Detect Ability for Autonomous Insulin Injection by the Elderly With Diabetes Mellitus. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2012 Jan 1;13(1):81.e15-81.e18.
- 98) Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting: a short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. *Age Ageing.* 1995 May;24(3):257–8.
- 99) Nikolaus T, Bach M, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting: A simple method of recognizing geriatric patients at risk for increased health care. *Aging Clin Exp Res.* 1995 Jun 1;7(3):179–83.
- 100) Eckle B, Becker C, Eichner B, Nikolaus T. Geldzählegeschwindigkeit Älterer nach einer Währungsumstellung. *Eur J Ger* 2002;4:51.
- 101) Burkhardt H, Karaminejad E, Gladisch R. A short performance test can help to predict adherence to self-administration of insulin in elderly patients with diabetes. *Age Ageing.* 2006 Jul 1;35(4):449–50.

- 102) Bainbridge KE, Hoffman HJ, Cowie CC. Diabetes and hearing impairment in the United States: audiometric evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2004. *Ann Intern Med.* 2008 Jul 1;149(1):1-10.
- 103) Bainbridge KE, Hoffman HJ, Cowie CC. Risk Factors for Hearing Impairment Among U.S. Adults With Diabetes. *Diabetes Care.* 2011 Jul;34(7):1540-5.
- 104) Fontbonne A, Berr C, Ducimetière P, Alpérovitch A. Changes in Cognitive Abilities Over a 4-Year Period Are Unfavorably Affected in Elderly Diabetic Subjects: Results of the Epidemiology of Vascular Aging Study. *Diabetes Care.* 2001 Feb 1;24(2):366-70.
- 105) Biessels GJ, van der Heide LP, Kamal A, Bleys RLAW, Gispen WH. Ageing and diabetes: implications for brain function. *Eur J Pharmacol.* 2002 Apr 19;441(1-2):1-14.
- 106) Ott A, Stolk RP, Hofman A, van Harskamp F, Grobbee DE, Breteler MM. Association of diabetes mellitus and dementia: the Rotterdam Study. *Diabetologia.* 1996 Nov;39(11):1392-7.
- 107) Luchsinger JA, Tang MX, Stern Y, Shea S, Mayeux R. Diabetes mellitus and risk of Alzheimer's disease and dementia with stroke in a multiethnic cohort. *Am J Epidemiol.* 2001 Oct 1;154(7):635-41.
- 108) Luchsinger JA, Reitz C, Patel B, Tang M-X, Manly JJ, Mayeux R. Relation of diabetes to mild cognitive impairment. *Arch Neurol.* 2007 Apr;64(4):570-5.
- 109) Ohara T, Doi Y, Ninomiya T, Hirakawa Y, Hata J, Iwaki T, et al. Glucose tolerance status and risk of dementia in the community: the Hisayama study. *Neurology.* 2011 Sep 20;77(12):1126-34.
- 110) Cukierman T, Gerstein HC, Williamson JD. Cognitive decline and dementia in diabetes--systematic overview of prospective observational studies. *Diabetologia.* 2005 Dec;48(12):2460-9.
- 111) Gregg EW, Engelgau MM, Narayan V. Complications of diabetes in elderly people: Underappreciated problems include cognitive decline and physical disability. *BMJ.* 2002 Oct 26;325(7370):916-7.
- 112) De Galan BE, Zoungas S, Chalmers J, Anderson C, Dufouil C, Pillai A, et al. Cognitive function and risks of cardiovascular disease and hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes: the Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation (ADVANCE) trial. *Diabetologia.* 2009 Nov;52(11):2328-36.
- 113) Le Floch J-P, Doucet J, Bauduceau B, Verny C, SFD/SFGG Intergroup. Retinopathy, nephropathy, peripheral neuropathy and geriatric scale scores in elderly people with Type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2014 Jan;31(1):107-11.
- 114) Bauduceau B, Doucet J, Floch J-PL, Verny C, Group for the SI and the G. Cardiovascular Events and Geriatric Scale Scores in Elderly (70 Years Old and Above)

- Type 2 Diabetic Patients at Inclusion in the GERODIAB Cohort. *Diabetes Care*. 2014 Jan 1;37(1):304–11.
- 115) Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2010 Dec;53(12):2480–6.
- 116) Bourdel-Marchasson I, Dubroca B, Manciet G, Decamps A, Emeriau JP, Dartigues JF. Prevalence of diabetes and effect on quality of life in older French living in the community: the PAQUID Epidemiological Survey. *J Am Geriatr Soc*. 1997 Mar;45(3):295–301.
- 117) Morley JE. An overview of diabetes mellitus in older persons. *Clin Geriatr Med*. 1999 May;15(2):211–24.
- 118) Chu LW, Chi I, Chiu AYY. Incidence and predictors of falls in the chinese elderly. *Ann Acad Med Singap*. 2005 Jan;34(1):60–72.
- 119) Chang JT, Ganz DA. Quality indicators for falls and mobility problems in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Oct;55 Suppl 2:S327-334.
- 120) Jacob G, Costa F, Biaggioni I. Spectrum of Autonomic Cardiovascular Neuropathy in Diabetes. *Diabetes Care*. 2003 Jul 1;26(7):2174–80.
- 121) Yoshinari M, Wakisaka M, Nakamura U, Yoshioka M, Uchizono Y, Iwase M. Orthostatic Hypertension in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2001 Oct 1;24(10):1783–6.
- 122) Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, Bavry AA, Denardo SJ, Bakris GL, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA*. 2010 Jul 7;304(1):61–8.
- 123) Sleight P, Redon J, Verdecchia P, Mancia G, Gao P, Fagard R, et al. Prognostic value of blood pressure in patients with high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial study. *J Hypertens*. 2009 Jul;27(7):1360–9.
- 124) Thomson FJ, Masson EA, Leeming JT, Boulton AJ. Lack of knowledge of symptoms of hypoglycaemia by elderly diabetic patients. *Age Ageing*. 1991 Nov;20(6):404–6.
- 125) Abdelhafiz AH, et al. Hypoglycemia and frailty-a bidirectionnel relationship. *Aging and Disease*. Volume 6, Number 2; 156-167, April 2015.
- 126) Matyka K, Evans M, Lomas J, Cranston I, Macdonald I, Amiel SA. Altered hierarchy of protective responses against severe hypoglycemia in normal aging in healthy men. *Diabetes Care*. 1997 Feb;20(2):135–41.
- 127) Group TA to CCR in DS. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2008 Jun 12;358(24):2545–59.
- 128) Dominguez LJ, Paolisso G, Barbagallo M. Glucose control in the older patient: from intensive, to effective and safe. *Aging Clin Exp Res*. 2010 Aug 1;22(4):274–80.

- 129) Krentz AJ, Sinclair AJ. Choice of Long-Acting Insulin Therapy for Type 2 Diabetes. *Drugs Aging*. 2011 Dec 1;28(12):935–41.
- 130) Blicklé J-F. Quelle place pour les nouveaux antidiabétiques dans la prise en charge du diabète du sujet âgé? *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2016 Oct 1;10(6):574–80.
- 131) Braun A., Muller U. A., Muller R., Leppert K., Schiel R. Structured treatment and teaching of patients with Type 2 diabetes mellitus and impaired cognitive function—the DICOE trial. *Diabetic Medicine*. 2004 Aug 18;21(9):999–1006.
- 132) Feil DG, Zhu CW, Sultzer DL. The relationship between cognitive impairment and diabetes self-management in a population-based community sample of older adults with Type 2 diabetes. *J Behav Med*. 2012 Apr 1;35(2):190–9.
- 133) Lau DT, Briesacher B, Mercaldo ND, Halpern L, Osterberg EC, Jarzebowski M, et al. Older Patients' Perceptions of Medication Importance and Worth: An Exploratory Study. *Drugs Aging*. 2008;25(12):1061–75.
- 134) Crockett RA, Sutton S, Walter FM, Clinch M, Marteau TM, Benson J. Impact on Decisions to Start or Continue Medicines of Providing Information to Patients about Possible Benefits and/or Harms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Decis Making*. 2011 Sep 1;31(5):767–77.
- 135) Tessier DM, Lassmann-Vague VJR. Diabetes and education in the elderly. *Diabetes & Metabolism*. 2007 Apr 1;33:S75–8.
- 136) Bauduceau, B., Berrut, G., Blickle, J. F., Brocker, P., Constant, T., & Bourdel-Marchasson, I. (2008). Guide pour la prise en charge du diabétique âgé. *Médecine des maladies Métaboliques*, 2, S1-S121.
- 137) Donoghue C. Nursing Home Staff Turnover and Retention: An Analysis of National Level Data. *J Appl Gerontol*. 2010 Feb 1;29(1):89–106.
- 138) Dorner B, Friedrich EK, Posthauer ME, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. *J Am Diet Assoc*. 2010 Oct;110(10):1549–53.
- 139) Thorpe CT, Thorpe JM, Kind AJH, Bartels CM, Everett CM, Smith MA. Receipt of monitoring of diabetes mellitus in older adults with comorbid dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):644–51.
- 140) Bauduceau B, Bordier L, Doucet J. Les analogues lents de l'insuline : une aide pour l'insulinothérapie des sujets âgés. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2014 Jun 1;8(3):293–8.
- 141) Malabu UH, Vangaveti VN, Kennedy RL. Disease burden evaluation of fall-related events in the elderly due to hypoglycemia and other diabetic complications: a clinical review. *Clin Epidemiol*. 2014 Aug 14;6:287–94.

- 142) Bauduceau B, Bordier L, Garcia C, et al. Prise en charge des diabétiques âgés. Rev Franç Endocrinol Clin 2009;No spécial annuel:189-200.
- 143) Feldman SM, Rosen R, DeStasio J. Status of diabetes management in the nursing home setting in 2008: a retrospective chart review and epidemiology study of diabetic nursing home residents and nursing home initiatives in diabetes management. J Am Med Dir Assoc. 2009 Jun;10(5):354-60.
- 144) Moreau A, Kellou N, Supper I et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. Exercer 2013;110 :268-77.
- 145) Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. Exercer 2011;99 :191-200.
- 146) Kaufmann JC, « L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif », Paris:3ème éd., Armand Colin, 2011, 127 p.
- 147) Kaufmann JC, « L'entretien », Paris: 2ème éd. Armand Colin, 2007, 127p.

DUCROUX ADRIEN – PERCEPTIONS ET CRITERES DE PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES PATIENTS AGES DIABETIQUES DE TYPE 2

RESUME

Introduction : Un contrôle trop strict de la glycémie peut augmenter le risque de mortalité, d'hypoglycémie, et de majoration de la dépendance chez la personne âgée diabétique. Une partie des patients âgés diabétique ont une HbA1c inférieur aux recommandations. Pourtant celles-ci recommandent de revoir à la hausse d'hémoglobine glyquée en fonction des comorbidités et du niveau de dépendance. Il serait intéressant de connaître les déterminants dans le choix de la thérapeutique et de la prise en charge des personnes âgées diabétiques par le médecin traitant pour comprendre ces résultats.

Méthodes : Etude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs basés sur un canevas d'entretien.

Résultat : Vingt médecins généralistes ont été interrogés. Ils évaluaient les personnes âgées diabétiques de façon non standardisée avant de déterminer les objectifs thérapeutiques. Il déterminait une valeur d'hémoglobine glyquée d'autant moins strict que le niveau de comorbidité et de dépendance était élevé. Le choix du traitement était guidé par la fonction rénale et le risque de iatrogénie. Ils adaptaient secondairement les traitements antidiabétiques en fonction de la prise alimentaire des patients, de la valeur de l'hémoglobine glyquée, des effets indésirables des traitements. En fonction de ses différents paramètres, une insulinothérapie devait parfois être initiée. Celle-ci était basée sur une approche centrée sur le patient. Les médecins généralistes ressentaient des difficultés pour gérer les comorbidités et optimiser les traitements antidiabétiques chez ces patients ayant déjà de nombreux traitements. L'observance était par ailleurs parfois ressentie comme altérée en raison de trouble cognitif ou d'une mauvaise compréhension des traitements. Ces difficultés pouvaient conduire à la mise en place d'infirmière à domicile.

Conclusion : Les médecins interrogés essayent d'optimiser la prise en charge thérapeutique par une évaluation des comorbidités des sujets âgés mais faite de façon non standardisée. Cela peut conduire à ce qu'elle soit incomplète et à sur estimer les objectifs du traitement. En cas d'hémoglobine glyquée inférieurs aux objectifs, les traitements ne sont pas toujours réévalués par les médecins généralistes malgré une volonté de personnalisation de la prise en charge du diabète du sujet âgé.

MOTS CLES

Diabète de type 2 – Gériatrie – médecins généralistes - surtraitement

JURY

Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Membres : Monsieur le Professeur Philippe MOULIN
Madame le Professeur Claire FALANDRY
Monsieur le Docteur François MARECHAL

DATE DE SOUTENANCE 05/07/2018

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 13 rue saint Jean 69005 Lyon
VOTRE EMAIL ducrouxadrien@hotmail.com