



Diabète chez une personne avec une déficience intellectuelle: une liaison incompatible avec une bonne prise en charge?

Dr Emmanuel Sonnet
CHRU Brest
service de Diabétologie - Endocrinologie
Centre de Médecine Ambulatoire

1

« Le diabète? C'est Mort aux Cons! »

-Un professeur de diabétologie parisien dans les années 80...

2

plan:

- généralités
- état des lieux
- prise en charge

3

généralités

4

le diabète... un problème?

- diabète: hyperglycémie chronique responsable de complications aiguës et chroniques:
 - macro-angiopathie: facteur d'athérosclérose
 - micro-angiopathie: complications spécifiques (oeil, rein,...)
 - autres: neuropathies, problèmes cutanés,...
- véritable épidémie:
 - passage de 100 (1980) à 450 millions (2015).
 - sera la 7ème de cause de décès dans le monde en 2030 (OMS)
 - en France: >5 millions
- fort impact chez l'individu (complications, qualité de vie,...)
- coût pour la société (10% du budget de la sécurité sociale...)

5

le diabète... quel diabète?

- diabète de type 1 (6%):
 - ex DID, du sujet jeune, diabète maigre
 - insulino-pénie absolue
 - cause auto-immune
 - traitement: insuline
 - autosurveillance glycémique obligatoire
- diabète de type 2 (92%):
 - ex DNID, du sujet âgé, diabète gras
 - insulino-pénie relative, insulino-résistance
 - souvent, lié au poids, habitudes de vie (milieu défavorisé)
 - traitement: règles hygiéno-diététiques, médicaments per os, injectables dont insuline
 - autosurveillance glycémique parfois recommandée

6

le diabète... quel diabète?

- diabète gestationnel
 - lié à la grossesse
 - risque de macrosomie, de diabète chez la mère
- diabètes monogéniques:
 - MODYs
 - cytopathie mitochondriale
- diabètes syndromiques génétiques (trisomie 21, Klinefelter, Turner, Prader-Willi,...)
- atteinte pancréatique (mucoviscidose, hémochromatose, pancréatite,...)
- endocrinopathies (Cushing, acromégalie,...)
- diabète induit par les médicaments (anti-psychothiques, ex: clozapine-Leponex®, corticoïdes,...)
- autres

7

trop de sucre, c'est combien?

- norme:
 - glycémie <1,10g/l à jeun
 - HGPO (75g): <1g40 2h après
- diabète:
 - glycémie >1g26 à jeun, à 2 reprises
 - glycémie >2g/l quelque soit le moment
- diabète gestationnel:
 - glycémie >0,92 g/l à jeun
 - HGPO (FdR 24-28 SA) (75g): >0,92 (T0), 1.80 (T1h) ou 1.53 g/l (T2h)
- état intermédiaire: hyperglycémie modérée à jeun (1.10-1.26 g/l), intolérance aux hydrates de carbone (HGPO: 1.4-2g/l)

8

la déficience intellectuelle... par un non-spécialiste

- définition: 2 composantes:
 - limitations du fonctionnement intellectuel (capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences)
 - limitations du fonctionnement adaptatif
- fréquence: 1-2% ? (évaluation des capacités adaptatives difficile; sur-diagnostic?)
- facteurs de risque: sex-ratio, milieu social défavorisé (sauf pour formes sévères), prématurité, RCIU
- causes:
 - environnement (alcoolisation pendant la grossesse, infections, intoxications,...)
 - génétiques
 - idiopathiques (40%)

9

état des lieux

10

diabète et déficience intellectuelle: quelle fréquence?

- peu de données, et assez discordantes
- revue de la littérature (2015):
 - prévalence: 0.4-25%
 - moyennes: 8.3%
 - prévalence plus élevée que dans la population générale
- une prévalence qui augmente plus vite que dans la population générale: +14%

MacRae et al. Diabetes in people with intellectual disabilities: a systematic review of the literature. Research in Developmental Disabilities. 2015; 352-374
Emerson & Haton. people with learning disabilities in England. CeDR 2008

11

pourquoi un diabète chez les patients avec déficience intellectuelle?

- suit l'évolution de la population générale...
- présence de facteurs de risque pour le diabète: diététique (riche en lipides, sucre, sel, pauvre en fibres), sédentarité
- rôle du faible niveau social, accès aux soins, faible littératie en santé (connaissances leur permettant de comprendre, retenir, appliquer une information de santé qui leur soit bénéfique)
- médicaments
- diabètes syndromiques génétiques ou association de pathologies (autisme)

12

quel vécu pour le patient?

- perte de qualité de vie: ne peut plus manger ce qu'il veut, quand il veut (surtout quand vie en communauté); sentiment d'exclusion
- ou difficulté pour adapter les repas (vie en communauté: repas préparés)
- obligation des contrôles de glycémie, des injections
- pas de prise en charge au sérieux de l'entourage, sauf si insuline
- peur du futur
- difficultés de reconnaître et rattacher les signes à une hypo ou hyperglycémie
- souhait d'autonomisation pour la gestion du diabète
- insuffisance d'information

13

quel vécu pour l'entourage, les professionnels de santé?

- perte d'indépendance, « double peine »
- maladie grave si insuline, ou perte de connaissance
- manque de connaissances
- doute sur la capacité d'autonomisation
- prise en charge lourde (injections, auto-surveillance,...), matériel parfois inadapté
- qui porte la responsabilité en cas de problème?
- temps à accorder au patient important, difficile à mettre en place avec d'autres patients à côté...

14

prise en charge

15

quel but?

- améliorer l'équilibre glycémique: glycémies, HbA1c
- pour faire diminuer les complications liées au diabète
- lutter contre le risque cardio-vasculaire et tous ses facteurs de risque
- éviter les effets secondaires (hypoglycémie, autre...)
- traitement le plus efficace, le plus simple, le plus adapté

16

une nécessité:

- nécessité d'associer le patient à la prise en charge de sa pathologie
- donc nécessité d'une démarche positive et pro-active de l'entourage et des professionnels de santé

17

une prise en charge sur plusieurs fronts...

- règles hygiéno-diététiques
- médicaments adéquats (dont injections)
- auto-surveillance glycémique adaptée
- aide de la technologie? e-santé?
- une démarche d'éducation permanente et graduée

18

Il faut bouger!

- prescription médicale possible: consultation médicale d'activité physique (mais difficulté de mise en place des circuits)
- lutte contre la sédentarité (<7h/j, breaks 30-60 mn)
- activité physique de la vie quotidienne (escaliers, ménage,...)
- activité physique d'endurance, >150 mn par semaine, fractionnée (marche, course, nage,...)
- activité physique de renforcement musculaire d'intensité modérée (poids, bandes, appareillage,...) 2 à 3 fois par semaine
- activité d'assouplissement
- aide des EAPA

19

manger sainement... comme tout le monde devrait faire!

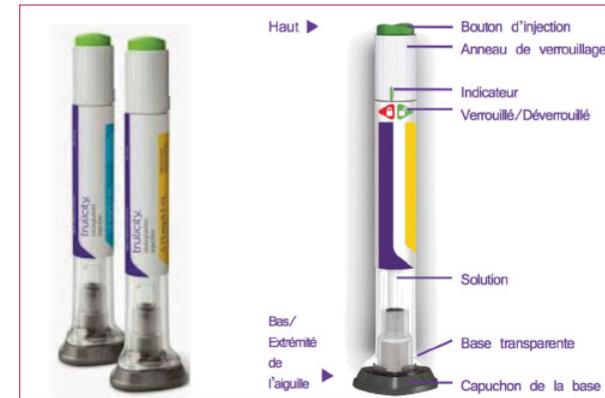
- diabète de type 1: nécessité de féculents
- autre:
 - diminution Kcal si obésité
 - régime équilibré
 - grosses erreurs: gras (plats en sauce, frites, charcuterie,...), sucre notamment en dehors des repas
 - alimentation-plaisir (épices, présentation,...)
- supports adaptés: photos, applis,...

20

médicaments autres que l'insuline: des nouveautés!

- metformine: traitement de première intention (+)
 - à prendre au milieu ou à la fin du repas, introduction progressive
 - effet secondaire digestif
 - pas d'hypoglycémie
- sulfamides:
 - glimepiride (Amarel®), glicazide (Diamicron®)
 - efficace mais risque d'hypoglycémie
- nouveau: inhibiteurs de DPP4:
 - efficacité faible
 - mais pas d'hypoglycémie
- nouveau: analogues de GLP1 (+):
 - liraglutide (Victoza®), semaglutide (Ozempic®), dulaglutide (Trulicity®)
 - injection quotidienne ou hebdomadaire en SC
 - matériel adapté, 1 dose
 - efficace; protection cardio-vasculaire
 - effet secondaire digestif

21



22

insuline? même pas peur...

- indications:
 - obligatoire chez le patient avec un diabète de type 1
 - en cas d'échec des autres médicaments dans les autres types
- quel insuline?
 - plusieurs types (rapide, lente, mélange,...)
 - plusieurs schémas: de 1 à 5 injections par jour
 - les schémas avec multiples injections sont les plus compliqués mais les plus souples et les plus efficaces...
- donc trouver le bon schéma, qui peut évoluer dans le temps...
- protocole d'adaptation des doses à fournir

23

matériel pour injection d'insuline:

- en constante évolution
- aiguilles de 4 mm de longueur
- stylos pré-remplis jetables
- stylos à cartouches avec mémoire de la dose injectée

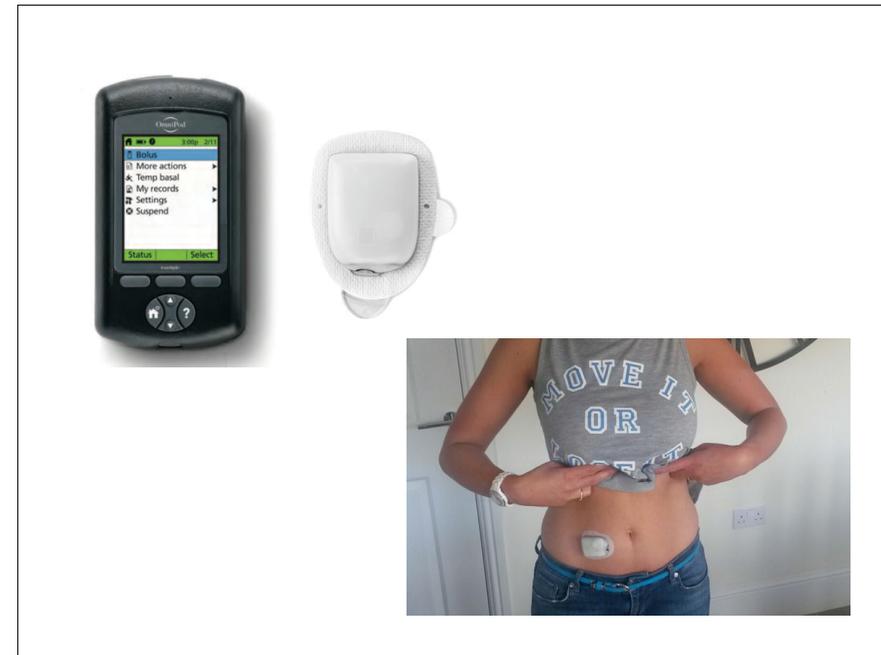


24

et pourquoi pas une pompe à insuline?

- matériel délivrant en sous-cutané un débit de base d'insuline réglé, et des bolus à la commande du patient avant chaque repas.
- matériel de plus en plus simple: ex: Omnipod®
- gestion facilitée des administrations de l'insuline
- aide de l'entourage pour les bolus, changements de cathéter ou de pompe
- aide des PSAD

25

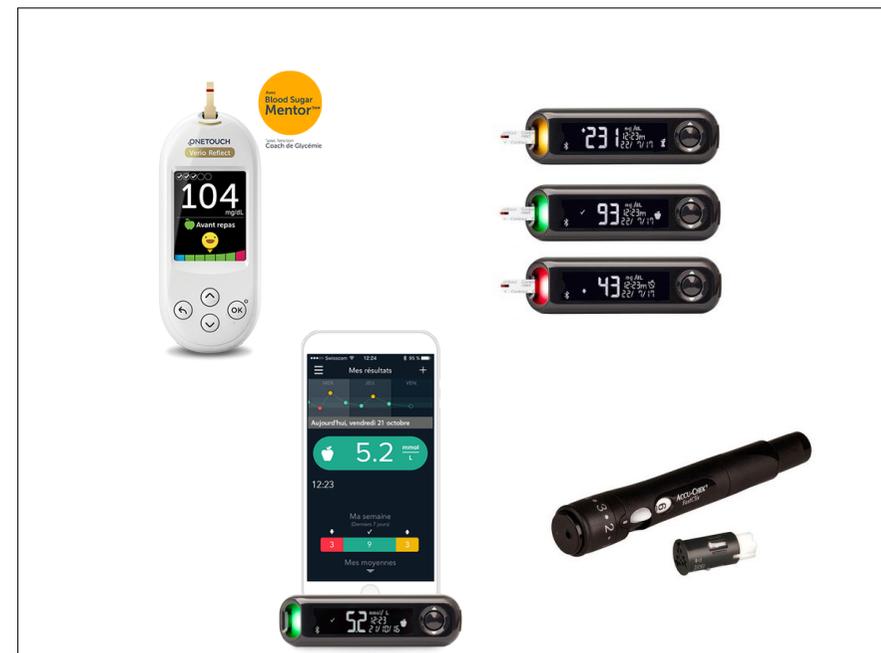


26

autosurveillance glycémique: le plus pénible...

- matériel de plus en plus rapide (5 secondes) et discret
- stylos auto piqueurs de plus en plus doux, à changer une fois par an
- aide à l'interprétation des résultats (code couleur, message)
- aide à l'adaptation des doses d'insuline
- lecteur de glycémie connecté à un smartphone: « le carnet se remplit tout seul ».

27



28

et pourquoi pas un capteur de glucose en continu?

- analyse en permanence du taux de glucose interstitiel (proche de la glycémie) grâce à un capteur sous-cutané
- information à scanner: FreeStyle Libre®
 - indications particulières (multi-injections)
 - éducation initiale, prescription par pédiatre ou diabétologue la première année
- information envoyée à un récepteur (boîtier dédié, pompe à insuline... début de la boucle fermée?)

29



30

et la e-santé?

- objets connectés (lecteur, détecteur d'activité physique, stylos à insuline...)
- télé-médecine:
 - télé-consultation
 - télésurveillance (projet ETAPES; diabète non équilibré)

31

et la m-santé?

- nombreuses applis dans le domaine de la santé... et du diabète
- différentes catégories:
 - carnets de glycémie, aide à l'adaptation des doses
 - aides pour la diététique, l'activité physique
 - éducation
 - lien avec réseaux
- applis plus utilisées si présentées par un professionnel de santé

32

des applis... de plus en plus pensées

- ex: aide de l'analyse appliquée du comportement (ABA)
- outils employés:
 - enchaînement de petites étapes
 - renforcement positif
 - messages, correctifs, rappels (vidéo...)
 - utilisation indépendante, self-management
 - échanges avec professionnel de santé
 - réseaux sociaux
- ex: Glucose Buddy (US), mySugr, Glucozor...

33

une éducation du patient...

- le patient doit être associé à la prise en charge de sa maladie
- éducation progressive (il n'y a pas d'urgence!)
- éducation adaptée (et non encyclopédique), visuelle; mise en situation
- si le but n'est pas atteint: problème de fond? de forme?
- attitude positive (l'hyperglycémie: ce n'est pas une punition ni une mauvaise note!)

34

une aide à la prise en charge et à l'éducation?

- hospitalisation continue? situations aiguës
- structures ambulatoires hospitalières (télémédecine, consultations, groupes d'ETP)
- diabétologues libéraux, IDE, diététiciennes, EAPA, personnel de structures d'accueil ...
- association de patients: AJD (+), AFD
- plate-forme territoriale d'appui
- PSAD
- quelle coordination?

35



36

et la prévention?

- ça marche!!
- règles hygiéno-diététiques, éducation
- 1 diabète/2 pourrait être évité?

House et al. Randomized controlled feasibility trial of supported-self management in adults with type 2 diabetes mellitus and an intellectual disability: OK diabetes. Diabète Med 2018; 776-788

37

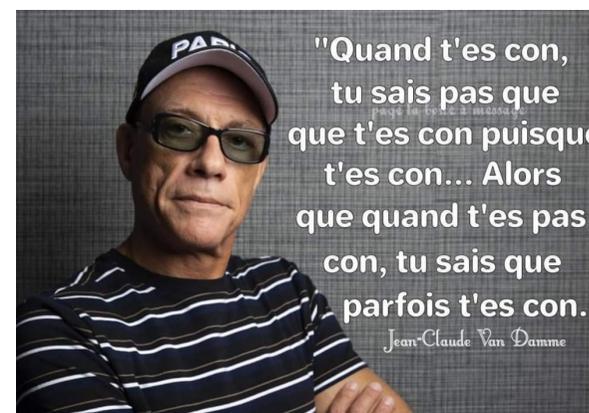
conclusion

38

diabète et déficience intellectuelle: une prise en charge possible!

- la prévalence du diabète chez les patients avec déficience intellectuelle est probablement un peu plus importante que la population générale, et augmente rapidement.
- la présence d'un diabète est lourde de conséquences pour le patient (qualité de vie, complications) et pour l'entourage.
- la prise en charge est lourde, difficile (habitudes de vie).
- les moyens de traitement évoluent.
- ne pas négliger l'aide des nouvelles technologies et de la e-santé (télé-médecine, m-santé)
- une éducation thérapeutique adaptée est possible et même nécessaire, avec une approche multi-professionnelle.

39



40