

Initiation de l'insulinothérapie chez les personnes âgées avec un diabète de type 2

Initiation of Insulin Therapy in Older Adults with type 2 Diabetes

Patrice DARMON, Judith CHARBIT, Emmanuelle LECORNET SOKOL, Yann GROC, François BERTIN-HUGAULT, Nathalie BARTH, Sandra CHAPUIS, Laurent MEYER, Camille VATIER, Olivier HANON

POINTS CLÉS

- En France, l'âge moyen des personnes atteintes de diabète de type 2 (DT2) est de **67,6 ans**.¹ Parmi les patients âgés, le recours à l'insuline est fréquent : l'étude GERODIAB montrait que 59 % des patients DT2, âgés en moyenne de 77 ans, étaient traités par insuline.²
- L'insulinothérapie**, souvent perçue à tort comme un traitement de dernier recours, **occupe une place déterminante chez les patients âgés atteints de DT2**. Sa mise en place et son suivi peuvent sembler complexe, en raison de la crainte des hypoglycémies, notamment non ressenties, aux conséquences potentiellement graves. Elle peut également être limitée par des difficultés techniques, des troubles cognitifs ou la perte d'autonomie nécessitant une aide infirmière. À cela peuvent s'ajouter des fragilités sociales et un impact sur la vie quotidienne.
- Dans ce contexte, **une prise en charge individualisée avec des objectifs glycémiques adaptés à l'état de santé global et au style de vie du patient est essentielle**. Cette fiche a pour but d'apporter des clés aux professionnels de santé sur quand et comment initier l'insulinothérapie chez le patient âgé.

QUAND INITIER L'INSULINOTHÉRAPIE ?

L'initiation de l'insulinothérapie devient nécessaire dans l'évolution du diabète, en particulier chez les patients âgés. En effet dans cette population de patients, l'insulinopénie est fréquente et limite l'efficacité des autres antidiabétiques. La vigilance sur l'état nutritionnel doit être pris en compte en cas de prescription des agonistes du récepteur (AR) du GLP-1 et surtout les AR GIP/GLP-1, qui augmentent le risque de sarcopénie et de dénutrition chez la personne âgée (cf fiche « Anti-hyperglycémiants »).

L'insulinothérapie basale est alors une option thérapeutique essentielle : elle permet un contrôle glycémique efficace et sécurisé, notamment grâce aux nouvelles insulines basales et à la MCG. Sa prescription doit cependant tenir compte des spécificités des sujets âgés : comorbidités, niveau d'autonomie, mais aussi du risque d'hypoglycémie qu'elle peut engendrer. Trop souvent perçue à tort comme un échec thérapeutique ou comme un signe d'aggravation de la maladie, retardant son initiation et compromettant l'équilibre glycémique, **l'insulinothérapie doit être envisagée de façon appropriée, au bon moment**.

Identifier les situations justifiant l'instauration d'une insulinothérapie³ :

Situations les plus fréquentes :

- Mauvais équilibre glycémique, malgré une bi- ou trithérapie orale avec ou sans AR-GLP1
- Présence de signes d'insulinopénie (amaigrissement rapide, asthénie, polyurie, polydipsie, déshydratation, acidocétose)
- Contre-indication aux traitements oraux (notamment insuffisance rénale sévère)
- Sarcopénie
- Dénutrition

Autres situations :

- Au cours d'une situation aiguë, d'une infection sévère, avant un acte chirurgical ou pendant une corticothérapie, de façon temporaire
- En situation fréquente chez les personnes très âgées et dépendantes dans le but de simplifier la prise en charge

Chez les patients âgés, il est nécessaire de bien définir les objectifs glycémiques en les adaptant à leur état de santé*. La SFD et la HAS proposent de les classer en 3 catégories^{4,5} :

- patient dit « en bonne santé » : HbA1c < 7 %, GAJ = 0,80-1,30 g/L (en évitant au maximum les hypoglycémies en cas de traitement par sulfamide, glinide ou insuline) ;
- patient fragile : HbA1c < 8 %, GAJ = 1-1,50 g/L (en restant au-dessus de 7 %, en cas de traitement par sulfamide, glinide, ou insuline) ;
- patient dépendant : HbA1c < 9 %, GAJ = 1-2 g/L (en restant au-dessus de 7,5 %, en cas de traitement par insuline).

* Pour en savoir plus sur les HbA1c cible en fonction du profil patient, vous pouvez consulter la fiche « Anti-hyperglycémiants ».

La catégorisation des patients passe par une évaluation gériatologique sur la base d'échelles validées et doit être réévaluée à chaque consultation.

Pour en savoir plus vous pouvez vous référer à la fiche « Fragilité ».

GAJ : Glycémie À Jeun ; MCG : Mesure en Continu du Glucose.

1

Avant l'initiation

Évaluation globale du patient :

- État cognitif
- Autonomie/fragilité
- Comorbidités
- Soutien à domicile
- Acceptabilité/freins/représentations

Décision d'instaurer l'insulinothérapie :

- Médecin traitant ou gériatre
- En coordination avec IDE, IPA
- Recours à l'endocrinologue si besoin

Définition de la cible glycémique :

- À adapter à chaque patient, l'un des objectifs étant d'éviter les hypoglycémies en plus d'un contrôle optimal

2

Choix de l'insuline et du schéma insulinaire

Types d'insuline et sélection pratique

SCHEMA BASAL

1 injection d'insuline (analogues lents ; action ≥ 24h) matin ou soir
(se référer au RCP de chaque insuline pour les modalités d'administration)

Gestion des autres anti-hyperglycémiant lors de l'instauration de l'insuline

basale (à adapter selon le profil du patient : voir fiche « Anti-hyperglycémiant ») :

- Maintenir la metformine si tolérée et si pas de contre-indication
- Arrêt sulfamides hypoglycémiant et glinides (car risque accru d'hypoglycémie)
- Considérer iSGLT2 et/ou AR GLP1 ou AR GIP/GLP1 si maladie athéromateuse avérée, insuffisance cardiaque et/ou maladie rénale chronique. À adapter selon le profil du patient
- Considérer iSGLT2 et/ou AR GLP1 si risque cardiovasculaire élevé ou très élevé
- Considérer AR GLP1 ou AR GIP/GLP1 si obésité ou MALSD/MASH (stéatose hépatique)

- **Le risque d'hypoglycémie est particulièrement préoccupant chez le sujet âgé** en raison de ses conséquences potentiellement graves (troubles cognitifs, chutes, association à une augmentation des événements cardiovasculaires...).
- Un consensus d'expert privilégie l'utilisation de Gla-300 ou Degludec U100/U200 chez les patients à risque d'hypoglycémies, notamment chez toutes les personnes âgées de plus de 75 ans.⁴
- Situations à risque accru d'hypoglycémie : antécédents d'hypoglycémie confirmée et/ou symptomatique voire sévère, mauvaise perception des hypoglycémies, présence d'une insuffisance rénale chronique, patient fragile et/ou dénutri.⁴

Que prévoir sur l'ordonnance initiale ?

- Insuline basale : aiguilles micro fines, boîte à aiguilles
- 1 kit lecture MCG (sauf contre-indication) avec bandelettes et lancettes adaptées au lecteur
> remboursé lorsque l'HbA1c est > 8 % pour tous les MCG sauf libre 2+ remboursé lorsque la cible glycémique du patient n'est pas atteinte
- Injections par IDE si patient non autonome
- Capteurs / 10 à 14 jours
- Bilan biologique à 3 mois (HbA1c)
- Kit collecteur

Éducation thérapeutique :

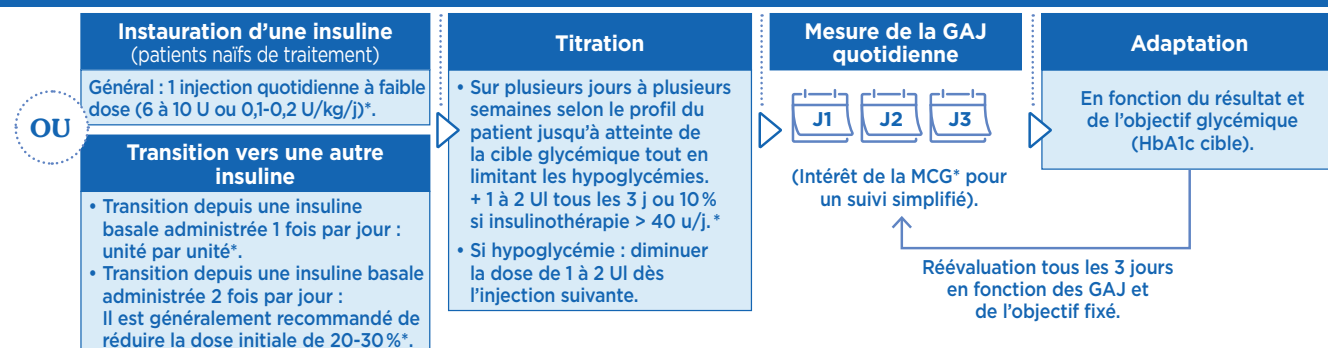
La mise en route d'une insulinothérapie basale nécessite une **éducation thérapeutique et un accompagnement** du patient et de son entourage avec pour objectif de les autonomiser (**importance de la rotation des sites d'injection, prévention et gestion des hypoglycémies**)

Soins infirmiers à domicile :

Lors de soins infirmiers à domicile, les analogues d'action prolongée (Gla-300 ou IDeg U100/200) peuvent offrir une meilleure flexibilité dans les passages grâce à leur couverture d'au moins 24h et leur flexibilité dans l'horaire d'injection

3

Initiation / transition, titration, suivi et adaptation du traitement par insuline basale^{4,5}



* Ces recommandations sont d'ordre général. Pour toute initiation, transition ou titration, il convient de se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) de l'insuline basale concernée afin de confirmer le protocole approprié.

EN RÉSUMÉ

- La nécessité d'une **insulinothérapie basale** est fréquente chez la personne âgée, et ne doit pas être retardée.
- Avant l'instauration, il est **nécessaire de définir les objectifs glycémiques des patients en les adaptant** à leur état de santé et à leur mode de vie.
- La mise en place de l'insulinothérapie passe par une **phase de titration**, primordiale pour prévenir le risque d'hypoglycémie.
- La mise sous traitement par insuline nécessite un **suivi rapproché et une autosurveillance rigoureuse** afin d'adapter le traitement à chaque patient. Elle doit également s'accompagner de l'**instauration de la MCG** avec possibilité de télésurveillance **pour optimiser la sécurité et l'efficacité des traitements**.

GAJ : Glycémie À Jeun ; **IDE** : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État ; **IPA** : Infirmier(ère) de Pratique Avancée ; **MCG** : Mesure en Continu du Glucose ; **IB2G** : Insuline Basale de 2^{ème} Génération.

1. Santé Publique France. État de santé des personnes diabétiques en France : 1^{ers} résultats de l'étude Entred 3 en métropole. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/entred-3/premiers-resultats-de-l-etude-entred-3>. Consulté le 17/06/2025. 2. Doucet J, et al. Étude GERODIAB : descriptif de 985 patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans. 2011;37:A59.5. 3. Bauduceau B, et al. L'insulinothérapie chez les personnes âgées diabétiques de type 2 : l'éclairage de l'étude Gérodiab. Bull Acad Med 2022;206:59-64. 4. Darmon P, et al. Prise de position de la Société Française du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements de l'hyperglycémie dans le diabète de type 2-2025. Med Mal Metab 2025;19:630-662. 5. HAS. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2. Validé par le collège le 30 mai 2024.