

Personnes âgées et diabète

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : personnes âgées (≥ 65 ans) ayant un diabète type 2 ou de type 1

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnel-le-s de la santé concerné-e-s par les soins aux personnes âgées diabétiques

Introduction, justificatifs

La prévalence et l'incidence du diabète de type 2 augmentent avec l'âge, et de plus en plus de personnes avec un diabète de type 1 vivent au-delà de 65 ans. Il est important d'avoir une prise en charge spécifique chez la personne âgée diabétique. Des soins adaptés à cette classe d'âge permettent une prise en charge de meilleure qualité et plus sûre de ces personnes.

Les approches diagnostiques et thérapeutiques décrites ci-dessous obtiendront d'autant l'adhésion de la personne âgée diabétique qu'elle sera associée à la décision. Ses proches peuvent également être d'important soutien au processus de soins. Privilégier le dialogue est donc essentiel.

L'essentiel

Définitions

- Les personnes âgées **robustes** sont en bonne santé et autonomes du point de vue décisionnel et fonctionnel, ou souffrent parfois d'une maladie chronique isolée sans répercussions fonctionnelles.
- Les personnes âgées **vulnérables** (ou fragiles) ont des réserves physiologiques diminuées et connaissent parfois des premières difficultés fonctionnelles (motrices et cognitives) dans les activités quotidiennes.
- Les personnes âgées **dépendantes** présentent des incapacités fonctionnelles et nécessitent de l'aide dans les activités de la vie quotidienne.

Recommandation : éviter à tout prix l'hypoglycémie

Objectifs glycémiqes chez les personnes âgées diabétiques (HbA1C cible) :

- Personnes âgées diabétiques robustes : 7.0-7.5%
- Personnes âgées diabétiques vulnérables : 7.0-8.0%
- Personnes âgées diabétiques dépendantes : 7.6-8.5%

Facteurs de risques cardiovasculaires (cibles tensionnelles, dont les valeurs sont à individualiser) :

- Personnes âgées diabétiques robustes: 130-140 /90 mmHg
- Personnes âgées diabétiques vulnérables : 140-150 /90 mmHg
- Personnes âgées diabétiques dépendantes : 150-160/90 mmHg

Évaluation des capacités cognitives et fonctionnelles 1x/an dès 75 ans

Traitements antidiabétiques : favoriser les médicaments avec faible risque hypoglycémique

- **Metformine:** traitement de 1^{ère} ligne. Risque augmenté d'acidose lactique, risque de carence en vitamine B12 et possible effet anorexigène. Formellement contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère, contre-indiqué en cas de défaillance hépatique, d'insuffisance respiratoire chronique sévère, d'insuffisance cardiaque décompensée.
- **Inhibiteurs de la DPP-4 :** traitement de 2^{ème} ligne chez les personnes vulnérables et dépendantes. A privilégier si l'hypoglycémie doit être évitée d'emblée.
- **Analogues du GLP-1:** bénéfiques cardiaques chez les personnes à risque cardiovasculaire élevé. A utiliser chez les personnes âgées robustes avec BMI > 35kg/m² en 2^{ème} ligne.
- **Inhibiteurs du SGLT2 :** bénéfiques cardiaques et rénaux et diminution de l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les personnes à risque cardiovasculaire élevé. A utiliser chez les personnes robustes si les bénéfices dépassent les risques et sous surveillance, en raison du risque accru de déshydratation, d'hypotension et de chute.
- **Sulfonylurées :** ne sont plus recommandées. Le gliclazide devrait être le seul à être utilisé (à adapter à la fonction rénale ; contre-indiqué en cas de clearance à la créatinine < 45 ml/min). Le glibenclamide et le glimépiride ne sont pas recommandés en raison du risque élevé d'hypoglycémie.
- **Glinides :** à envisager chez les personnes dont les habitudes alimentaires sont irrégulières. Le répaglinide peut être utilisé chez les personnes âgées, car il n'est pas métabolisé par le rein. Il peut cependant être associé à une hypoglycémie.
- **Glitazones :** à écarter en raison de leur profil d'effets secondaires.
- **Inhibiteurs de l'α-glucosidase :** ne sont pas recommandés chez les personnes âgées.
- **Insuline :** privilégier les schémas de traitement qui favorisent la sécurité afin d'éviter toute hypoglycémie. Simplifier le schéma de traitement autant que possible.

Définitions

Personne âgée : le vieillissement est un processus individuel à considérer **dès 65 ans**. Une des caractéristiques de la population âgée est son **hétérogénéité clinique et fonctionnelle**. Schématiquement, on distingue fréquemment trois grandes catégories de personnes âgées :

- **Robustes** : sont en bonne santé **ou** souffrent parfois d'une maladie chronique isolée sans que celle-ci n'entraîne de répercussions fonctionnelles. Il s'agit en particulier des jeunes retraités, de 65 à 75 ans.
- **Vulnérables (ou fragiles)** : se caractérisent par une diminution des réserves physiologiques pour faire face aux événements stressants comme les maladies aiguës, ainsi que parfois, l'apparition des premières difficultés fonctionnelles dans les activités quotidiennes. La vulnérabilité est indépendante de l'incapacité fonctionnelle ou des pathologies de la personne âgée, mais peut y être associée ou faciliter leur apparition.
- **Dépendantes** : ce sont les personnes âgées qui présentent des incapacités fonctionnelles et nécessitent de l'aide dans les activités de la vie quotidienne en raison d'un déclin physique ou psychique.

Objectifs glycémiques chez les personnes âgées diabétiques

Les modalités et les objectifs de prise en charge du diabète doivent être **individuellement adaptés, surtout chez les personnes vulnérables et dépendantes**. Proposer des objectifs thérapeutiques tenant spécifiquement compte de l'état de santé, des capacités cognitives et de l'état fonctionnel, de la durée du diabète, des comorbidités, de l'espérance de vie, et des ressources sociales de la personne âgée diabétique. Réévaluer ces objectifs périodiquement.

De manière générale, **éviter l'hypoglycémie** et les complications de l'hyperglycémie (déshydratation, polyurie, mauvaise cicatrisation, coma hyperosmolaire). L'hypoglycémie est une des premières causes d'hospitalisation pour effet secondaire médicamenteux chez la personne âgée et est associé à un mauvais pronostic.

Chez les personnes **âgées robustes**, les objectifs de prise en charge du diabète sont identiques à ceux des adultes d'âge moyen, en principe HbA1c cible entre 7 et 7.5%.

Les personnes **âgées vulnérables et dépendantes** peuvent avoir un contrôle glycémique moins rigoureux. **L'objectif prioritaire est d'éviter toute hypoglycémie**. En particulier, chez les personnes âgées vulnérables souffrant de troubles cognitifs ou de démence, chez celles ayant un antécédent d'hypoglycémie sévère, une espérance de vie limitée à 10 ans, des complications diabétiques avancées, ou une multimorbidité (ex : incluant des antécédents cardiovasculaires, un haut risque cardiovasculaire, une insuffisance rénale ou hépatique), voire une grande dépendance fonctionnelle : en principe HbA1c cible entre 7.6 et 8.5 %.

- Personnes âgées diabétiques **robustes** : 7.0-7.5%
- Personnes âgées diabétiques **vulnérables** : 7.0-8.0%
- Personnes âgées diabétiques **dépendantes** : 7.6-8.5%

Éducation thérapeutique

Evaluer systématiquement au préalable les capacités de la personne diabétique à l'autogestion en effectuant un **dépistage cognitif systématisé** des troubles mnésiques et praxiques (par ex. mini-cog ; voir Annexe 1).

Education thérapeutique : en l'absence de troubles cognitifs, une éducation structurée devrait être disponible pour toutes les personnes âgées diabétiques.

Les personnes diabétiques et leurs proches (sollicités en particulier en cas de dépendances et de troubles mnésiques) devraient recevoir les informations habituelles (cf. RPC « [Education thérapeutique à l'autogestion](#) ») avec un focus particulier sur l'hypo- et l'hyperglycémie lors du diagnostic, avec réévaluation périodique: facteurs déclenchant, prévention, reconnaissance des symptômes (y compris s'ils sont peu spécifiques comme confusion ou vertiges), monitoring, traitement, quand faire appel à un membre de l'équipe de soins.

Surveillance des pieds chez les personnes diabétiques avec pallesthésie diminuée car souvent la personne ne peut pas faire d'auto-examen. Recommander aux personnes âgées diabétiques de porter des chaussettes en fibres naturelles de couleur claire pour réduire le risque de blessure et pouvoir détecter d'éventuelles lésions facilement.

Autosurveillance de la glycémie (ASG) : l'ASG par les personnes diabétiques et/ou les proches devrait être encouragée chez les **personnes âgées robustes** comme chez l'adulte d'âge moyen. Chez les **personnes âgées vulnérables et dépendantes**, la pertinence d'une ASG dépend des capacités individuelles, en particulier cognitives et physiques, et de l'implication des proches. Lorsque l'ASG a été proposée, celle-ci doit être évaluée régulièrement, l'état mental (cognitif et affectif) et physique pouvant changer avec le temps.

Contrôle continu de la glycémie (ou système flash) : le système de contrôle continu de la glycémie, sur prescription uniquement par un-e diabétologue, n'est destiné qu'aux personnes atteintes de diabète traitées par insulinothérapie intensifiée (insulinothérapie par pompe ou basale/bolus). La surveillance continue de la personne âgée par ce type de système a montré un avantage sur la réduction du risque hypoglycémique (étude WISDM).

<p>Facteurs de risques cardiovasculaires</p>
<p>Hypertension : les cibles tensionnelles sont à individualiser, toutefois il est souhaitable de viser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les personnes âgées diabétiques robustes : 130-140/90 mmHg. • Chez les personnes âgées diabétiques vulnérables : 140-150/90 mmHg • Chez les personnes âgées diabétiques dépendantes : 150-160/90 mmHg. <p>Dyslipidémie : l'introduction ou non d'un traitement de la dyslipidémie chez la personne âgée dépend de son espérance de vie et de ses comorbidités (score UKPDS, score ADVANCE).</p> <p>Autres facteurs de risque cardiovasculaires : favoriser une prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire (traitement surpoids : voir ci-après).</p>
<p>Évaluation des capacités cognitives et fonctionnelles spécifiques à la personne âgée</p>
<p>Les personnes âgées, en particulier celles qui sont diabétiques, ont un risque accru de déclin cognitif, syndrome démentiel (dont la maladie d'Alzheimer), dépression, chutes, incapacités fonctionnelles, douleurs neuropathiques et incontinence urinaire, notamment. Les troubles cognitifs, même légers, sont associés à un risque accru d'hypoglycémie et, inversement, les hypoglycémies sont associées à un risque accru de développer un syndrome démentiel. Chez une personne âgée, la survenue d'hypoglycémie devrait faire rechercher activement la présence de troubles cognitifs.</p> <p>Les capacités cognitives, l'évolution fonctionnelle et la mobilité devraient être évaluées régulièrement à l'aide d'outils spécifiques, annuellement dès l'âge de 75 ans.</p>
<p>Mesures touchant au mode de vie</p>
<p>Activité physique : les personnes âgées diabétiques robustes et vulnérables devraient être aussi actives physiquement que possible (davantage pour la prévention de l'incapacité fonctionnelle que pour la perte de poids ou l'équilibre glycémique). Idéalement, même les personnes âgées dépendantes devraient maintenir une activité physique adaptée à leur propre incapacité fonctionnelle. Des précautions et une ASG fréquente sont recommandées pour réduire le risque d'hypoglycémie.</p> <p>Nutrition : une évaluation nutritionnelle, permettant en particulier le diagnostic précoce d'une dénutrition, est recommandée chez les personnes diabétiques âgées au moment du diagnostic et régulièrement par la suite. Une perte pondérale n'est pas recommandée chez les personnes diabétiques vulnérables et dépendantes. On peut redouter qu'un régime restrictif entraîne une perte de masse musculaire et/ou précipite une malnutrition.</p> <p>Dépression : les personnes âgées diabétiques ont un risque plus élevé de dépression majeure et devraient être évaluées dans les 3 premiers mois après le diagnostic et également en cas de déclin inexplicable de l'état clinique. Un dépistage par instrument rapide (par exemple mini-GDS) peut s'avérer utile.</p>
<p>Traitements antidiabétiques</p>
<p>Généralités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer le rapport bénéfices/risques en prenant en compte le risque hypoglycémique. • Pour prévenir les erreurs de médication : simplifier le traitement (diminuer le nombre de médicaments, traitements combinés), éviter les changements trop fréquents, attention aux médicaments qui se ressemblent, favoriser les semainiers. • Titrer progressivement les traitements chez la personne âgée (« Start low and go slow »). • Faire particulièrement attention aux interactions médicamenteuses (attention à l'automédication y c. médecines complémentaires). • Encourager les personnes diabétiques à avoir leur liste de traitements avec eux lors de toute consultation ou hospitalisation (maintien du traitement habituel, moins de risque de polymédication/surdosage au retour à domicile). • Revoir la liste des médicaments à chaque visite, après chaque hospitalisation ; vérifier s'ils sont pris correctement. Considérer une réconciliation médicamenteuse avec la ou le pharmacien référent si nécessaire. • Passer en revue les traitements en cas d'apparition de nouveaux symptômes, en particulier un syndrome gériatrique (dépression, chute, troubles cognitifs, incontinence urinaire, troubles visuels...). • Monitorer périodiquement la fonction rénale et hépatique. <p>Voir RPC « Antidiabétiques oraux et injectables pour le diabète de type 2 » pour plus d'information sur les propriétés des différentes classes de médicaments.</p>

Metformine	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de première ligne pour les personnes âgées diabétiques de type 2 - Attention au risque augmenté d'acidose lactique lié au déclin physiologique de la fonction rénale (contre-indiquée si clearance à la créatinine estimée < 30 ml/min ; surveillance accrue de la fonction rénale si 30-45 ml/min). - Risque de carence en vitamine B12 et possible effet anorexigène. - Contre-indiquée en cas de pathologie cardiovasculaire sévère. - Suspension temporaire possible de la metformine en cas d'hospitalisation ou de maladie aigue impactant la fonction rénale ou hépatique. - Interruption de la metformine avant un scanner avec produit de contraste
Inhibiteurs de la DPP-4	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de deuxième ligne pour les personnes âgées diabétiques de type 2. - Traitement de première ligne si le risque d'hypoglycémie doit être évité d'emblée, surtout chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes. - Adapter les dosages selon la fonction rénale (sauf pour la linagliptin). - Eviter la saxagliptine (augmentation du risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque)
Analogues du GLP-1	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfices cardiaques chez les personnes à risque cardiovasculaire élevé. - Traitement de deuxième ligne chez les personnes âgées robustes avec un BMI > 35kg/m². - Prudence chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes, car la perte de poids qui y est liée pourrait aggraver un syndrome de fragilité. - Intéressant en association avec une insuline basale pour éviter le Basal Bolus - Peut permettre de se retirer avec l'insuline rapide lors d'un Basal Bolus. Associations fixes disponibles avec l'insuline lente (Xultophy).
Inhibiteurs du SGLT2	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfices cardiaques et rénaux chez les personnes à risque cardiovasculaire élevé ; diminution du risque d'hospitalisation chez les personnes âgées avec maladie cardiovasculaire avérée, atteinte rénale ou insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite. - Traitement de deuxième ligne chez les personnes âgées diabétiques robustes (pas chez les vulnérables et dépendantes) si les bénéfices cardiovasculaires et rénaux dépassent les risques. - Prudence dans l'utilisation des inhibiteurs du SGLT2 en raison du risque accru de déshydratation, d'hypotension et de chute. Evaluer et surveiller la fonction rénale fréquemment. - L'empagliflozine n'est pas recommandée chez les personnes diabétiques ≥ 85 ans. - Il n'est pas recommandé d'initier un traitement avec un inhibiteur du SGLT2 chez les personnes âgées diabétiques sauf si les bénéfices cardio-rénaux dépassent les risques.
Sulfonylurées	<ul style="list-style-type: none"> - Ne sont plus recommandées en raison du risque élevé d'hypoglycémie en particulier chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes (surmortalité, cf. étude ADVANCE). Par ailleurs, elles sont aussi contre-indiquées en cas de clearance à la créatinine <45 ml/min. - Si l'on doit en utiliser une, seul le gliclazide peut être utilisé, car il provoque moins d'hypoglycémies (dosage à adapter à la fonction rénale ; contre-indiqué en cas de clearance à la créatinine < 45 ml/min). - Importance d'éduquer la personne diabétique à l'autosurveillance glycémique - Le glibenclamide et le glimépiride ne sont pas recommandés en raison du risque élevé d'hypoglycémie.
Glinides	<ul style="list-style-type: none"> - Les méglitinides (répaglinide et natéglinide) peuvent être envisagés chez les personnes dont les habitudes alimentaires sont irrégulières. - Le répaglinide peut être utilisé chez les personnes âgées car il n'est pas métabolisé par le rein. Possible alternative à une insuline rapide aux repas - Facteurs limitants : plusieurs prises par jour nécessaires, risque d'hypoglycémie .
Glitazones	<ul style="list-style-type: none"> - Les glitazones sont à écarter en raison de leur profil d'effets secondaires (œdème maculaire, insuffisance cardiaque, fracture des os longs, cancer de la vessie).
Inhibiteurs de l'α-glucosidase	<ul style="list-style-type: none"> - Ne sont pas recommandés chez les personnes âgées
Insuline	<ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les schémas de traitement qui favorisent la sécurité (l'objectif est d'éviter toute hypoglycémie), simplifier autant que possible pour que le traitement soit pratique pour la personne diabétique et réalisable dans le cadre de soins à domicile ou par des proches. - Chez les personnes âgées dépendantes, veiller à coordonner les repas, la surveillance glycémique et l'injection de doses adéquates d'insuline rapide, et s'assurer de la délivrance sécurisée du traitement.

- Chez les personnes âgées diabétiques de type 2, l'utilisation d'insuline à longue durée d'action en une injection le soir (ex : degludec ou glargine), sous forme de "stylos" pré-remplis, peut réduire les erreurs de dosage, le risque d'hypoglycémie nocturne et améliorer le contrôle glycémique.
- Une évaluation détaillée de la capacité de la personne diabétique à effectuer l'injection est nécessaire avant l'instauration du traitement.
- Lors de la prescription d'insuline ou d'insulino-sécrétagogues, les personnes diabétiques et leurs proches doivent être instruits sur la manière de reconnaître et de traiter rapidement l'hypoglycémie, surtout chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes.
- En 3^{ème} ligne chez les diabétiques âgés de type 2, une association avec la metformine paraît souhaitable (alternatives : insuline en monothérapie).

Simplification et désintensification des traitements médicamenteux

Chez les personnes âgées diabétiques, adapter les objectifs thérapeutiques en fonction de l'état de santé : considérer une décroissance thérapeutique en cas d'hypoglycémie ou de dégradation des fonctions cognitives et/ou fonctionnelles. Pour les personnes diabétiques **vulnérables** et **dépendantes**, considérer une simplification thérapeutique, en particulier si déclin fonctionnel et/ou dégradation de l'état général, perte d'un-e aidant-e, ou difficulté à gérer une polymédication. S'assurer d'une délivrance sécurisée des traitements.

Complications

Pieds : les personnes âgées diabétiques et leurs proches doivent recevoir une éducation sur le soin des pieds et des instructions à l'auto-examen ; du matériel adapté (p. ex. miroir) et/ou une aide extérieure peuvent être nécessaires. Cf. RPC « [Pied diabétique](#) ».

Yeux : comme chez l'adulte, et rechercher aussi les autres troubles visuels fréquents chez la personne âgée diabétique (dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataracte et glaucome). Cf. RPC « [Rétinopathie diabétique](#) ».

Reins : recherche de protéinurie chez les personnes diabétiques ayant une espérance de vie > 5 ans, rapport albumine/créatinine 1x/an sauf espérance de vie courte. La clearance devrait être calculée selon la formule MDRD chez les personnes âgées. Cf. RPC « [Néphropathie diabétique](#) ».

Cerveau (problèmes cognitifs) : à partir de 75 ans, faire une évaluation mini-cog 1x/an.

Personnes âgées avec un diabète de type 1

De plus en plus de personnes avec un diabète de type 1 vivent au-delà de 65 ans. Chez ces personnes, comme chez toute personne diabétique, ne pas arrêter l'insuline lente et organiser une consultation chez un-e diabétologue en cas d'objectifs glycémiques non atteints ou d'instabilités glycémiques (hypoglycémies).

Pompes à insuline : peuvent être maintenues chez les personnes âgées **robustes**, sans restriction. Chez les personnes **vulnérables** ou **dépendantes**, les fonctions cognitives doivent être évaluées pour vérifier l'utilisation optimale de la pompe ; le maintien de la pompe est possible avec l'aide d'un-e proche-aidant-e, si cette ou ce dernier est disponible et d'accord, et sans opposition de la ou du patient. Des pompes liées à capteur pour diffusion semi-automatisée de l'insuline sont en cours d'évaluation dans cette population.

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house, Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, et Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations, adaptées au contexte du canton de Vaud, ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les objectifs glycémiques sont basés sur des essais randomisés contrôlés (preuves indirectes), les recommandations sur l'éducation, les cibles tensionnelles, et les antidiabétiques se basent sur des essais randomisés contrôlés. La recommandation sur la recherche de néphropathie est basée sur des études de cohortes et des études d'évaluation d'un test diagnostique, celles concernant la définition de la vulnérabilité, l'évaluation de la dépression, la recherche de rétinopathie sur des études de cohortes de bonne qualité. Les autres recommandations se fondent sur des consensus d'experts.

Recommandations sources

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Older adults. Section 12. In Standards of Medical Care in Diabetes 2019. Diabetes Care 2019; 42 (Suppl.1): S139-S147. [Lien](#)
- Munshi MN, Florez H, Huang ES, et al. Management of diabetes in long-term care and skilled nursing facilities: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2016; 39: 308-318. [Lien](#)

American Geriatrics Society (AGS) – USA

- AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus et al. Guidelines abstracted from the AGS Guidelines for improving the care of older adults with diabetes mellitus: 2013 update. J Am Geriatr Soc. 2013; 61(11):2020-2026. [Lien](#)

Diabète Canada – Canada

- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Meneilly GS, Knip A, et al. Diabetes in Older People. Can J Diabetes. 2018;42 Suppl 1:S283–S295. [Lien](#)
- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2018 : le diabète chez les personnes âgées. Can J Diabetes. 2018; 41 (suppl 1): S283-S295. [Lien](#)

Endocrine Society (ES)

- LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2019;104(5):1520–1574. [Lien](#)

European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) – Europe

- Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, et al. European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. Diabetes Metab. 2011; 37 Suppl 3 : S27-38. [Lien](#)
- Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Manas L, et al. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), EDWPOP, and the International Task Force of Experts of Diabetes. J Am Med Dir Assoc. 2012; 13: 497–502. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. 16th ed., 2014. [Lien](#)

Joslin Diabetes Center – USA

- Joslin Diabetes Center and Joslin Clinic Guideline for the care of the older adult with diabetes. July 2015. [Lien](#)

Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie

- Felix, D. Fischer-Taeschler, U. Keller, et al. Recommandations quant à l'insulinothérapie chez les patients dépendants. 2016. [Lien](#)

Autres références

- Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar; 56(3): M146-56. [Lien](#)
- Zanchi A, Lehmann R, Philippe J; Antidiabetic drugs and kidney disease: Recommendations of the Swiss Society for Endocrinology and Diabetology. Swiss Med Wkly. 2012 Sep 13; 142: w13629. [Lien](#)

Littérature grise

- Büla C et al. Rapport : Politique cantonale « Vieillesse et Santé », 2011. [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Chantal Arditi, Isabelle Peytremann Bridevaux, Anne Wojtusciszyn, Anne Zanchi.

Experts gériatres : Christophe Büla, Sylvain Nguyen.

Groupe de validation : Chantal Arditi, Stéphane Coendoz, Jacqueline Collet, Angela Cottier, Marc Egli, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Patricia Halfon, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Isabelle Peytremann Bridevaux, Anne Wojtusciszyn, Anne Zanchi.

Date de la recommandation : janvier 2020

Date de la prochaine révision : janvier 2023

Toutes les recommandations de pratique clinique pour le diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.

Annexe 1 : Mini-Cog

Tableau 3. Mini-Cog
<p>1. Mémoriser trois mots:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clé • Citron • Ballon
<p>2. Test de la montre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre les chiffres (1-12) correctement dans le cadran (1 point si correct) • Mettre la petite et la grande aiguille sur 11 h 10 (1 point si correct)
<p>3. Rappel des trois mots (1 point/mot correct)</p>
<p>Interprétation: positif si score total $\leq 2/5$</p>

Graf CE, Chevalley T, Sarasin FP. Evaluation gériatrique aux urgences : boîte à outils pour les nuls. Rev Med Suisse 2012; volume 8. 1544-1547.