



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Questions / Réponses

Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2

Quelques données sur le diabète en France :

- En 2009, **2,7 millions de personnes étaient traitées pharmacologiquement pour diabète** de type 2, soit une prévalence de 4,6% de la population française.
- L'âge moyen des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement était de **65,1 ans** en 2009 (*Synthèse épidémiologique sur le diabète, InVS novembre 2010*).
- La prévalence du diabète traité pharmacologiquement était plus élevée chez les **hommes (6,4 %)** que chez les **femmes (4,5 %)**, à âge égal, en 2009.
- En 2009, des **variations géographiques importantes** des taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement (à âge et sexe égaux) étaient observées avec des taux particulièrement élevés dans les DOM (ex : la Réunion : 8,8%), élevés dans le Nord et le Nord Est (Nord Pas de Calais : 5,4%) et plutôt faible dans l'Ouest de la métropole (Bretagne : 3%).
- Coût du traitement du diabète (remboursement par l'assurance maladie) : **6,7 milliards d'euros en 2010** dont les deux tiers sont liés au traitement des complications (*Rapport charges et produits de l'assurance maladie 2013*).
- **81% des diabétiques sont sous traitement médicamenteux** (antidiabétiques oraux et insuline).
- Montant remboursé des antidiabétiques (oraux et insulines) en 2009 : **717 millions d'euros** (*Points de repères assurance maladie 2010*).

1. C'est quoi le diabète ?

Le diabète sucré est défini par l'élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie) et regroupe plusieurs maladies de pathogénie différente (trouble de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline). L'hyperglycémie chronique est la cause principale de la survenue des complications dégénératives du diabète.

On distingue deux grands types de diabète.

Dans le **diabète de type 1**, l'hyperglycémie est due à une carence absolue en insuline (secondaire à la destruction des cellules β des îlots de Langerhans). Il apparaît le plus souvent de manière brutale chez l'enfant ou chez le jeune adulte (ou beaucoup plus rarement chez les personnes plus âgées) mais parfois aussi le diabète peut être présent depuis la naissance et ne se manifester qu'à l'adolescence. Il se manifeste par une émission d'urine excessive (polyurie), une soif intense (polydipsie) et un appétit anormalement augmenté (polyphagie). Il a aussi pour conséquence un amaigrissement malgré une prise de nourriture abondante, une hyperglycémie (c'est-à-dire un excès de glucose dans le sang) supérieure à 1,26 g/l de sucre dans le sang à jeun, ou supérieure à 2 g/l (11 mmol/l) à n'importe quel moment de la journée.

Dans le **diabète de type 2**, la carence en insuline est relative et l'hyperglycémie est liée à l'association, à des degrés divers, d'une insulino-résistance et d'une insulino-pénie. Il se caractérise typiquement par la découverte fortuite d'une hyperglycémie chez un sujet de plus de 40 ans avec un surpoids ou ayant été obèse, avec surcharge pondérale de prédominance abdominale. Les antécédents familiaux d'obésité et de diabète font partie des facteurs de risque. Le diagnostic se fait le plus souvent lors d'un examen systématique.

Le pourcentage de personnes atteintes de diabète de type 1 ne représente que 5,6% de la population alors que le diabète de type 2 représente 92% des diabétiques*.

2. Quels sont les risques de ne pas traiter correctement un diabète de type 2 ?

L'objectif du traitement d'un diabète de type 2 est à la fois à court terme et à plus long terme. En effet, à court terme ne pas soigner correctement un diabète de type 2 entraîne des effets indésirables comme la soif, la fatigue ou des troubles visuels. Il peut aussi conduire à des complications aiguës de type infectieux ou métabolique (coma hyperosmolaire).

Au début de la maladie, le diabète de type 2 est généralement silencieux même si à long terme, mal ou non soigné, un diabète de type 2 peut entraîner différents types de complications graves qui peuvent être microvasculaires ou macrovasculaires. Les complications microvasculaires sont la rétinopathie, la néphropathie ou la neuropathie. Les complications macrovasculaires sont l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ou l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. On peut aussi observer le pied diabétique, qui est une conséquence des complications micro et macrovasculaires.

3. Quel médecin prend en charge les patients atteints de diabète de type 2 ?

La cogestion entre le médecin généraliste et le diabétologue endocrinologue est un des points importants de la prise en charge du diabète de type 2. En effet, le médecin généraliste est la plupart du temps le référent qui prend en charge au quotidien les diabétiques de type 2. Cependant, à certaines étapes de la prise en charge, il peut avoir besoin de l'avis d'un médecin spécialiste, le diabétologue endocrinologue, lorsque l'objectif glycémique n'arrive pas à être atteint ou encore lorsqu'une étape doit être franchie dans le traitement médicamenteux.

4. Une fois le diagnostic posé, que doit faire un patient atteint de diabète de type 2 ?

Les mesures hygiéno-diététiques lui auront été expliquées au démarrage de sa prise en charge et renouvelées à chaque consultation. Adopter une alimentation saine et équilibrée et pratiquer régulièrement une activité physique ou sportive seront quelques-unes des clés pour réussir à atteindre le taux de glycémie voulu ou encore à le stabiliser.

En effet, une baisse du poids aide à la stabilisation de la glycémie. On sait aujourd'hui que le surpoids ou l'obésité sont des facteurs de risque importants du diabète de type 2. 80% des diabétiques de type 2 sont en surpoids ou obèses.

L'objectif glycémique cible (taux d'HbA_{1C} à atteindre) sera adapté au profil du patient et évoluera au cours du temps. Pour la plupart des diabétiques de type 2, l'objectif glycémique cible doit être inférieur ou égal à 7%.

Pour suivre l'objectif glycémique, le patient fera un test sanguin tous les 3 à 4 mois (appelé HbA_{1C} ou taux d'hémoglobine glyquée, qui renseigne sur le taux moyen de sucre dans le sang pendant les 3 derniers mois).

5. Quand le traitement médicamenteux devient-il nécessaire ?

Si les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas ou plus pour atteindre l'objectif glycémique cible, le médecin, en concertation avec son patient, pourra prescrire des médicaments lors d'une consultation de suivi 3 à 6 mois après la mise en place des mesures hygiéno-diététiques.

6. Quelle est la stratégie médicamenteuse proposée par la HAS ?

L'élaboration de la stratégie médicamenteuse proposée par la HAS repose sur différents critères : l'efficacité attendue des traitements (baisse de la glycémie), leur tolérance (à court terme), leur sécurité (à long terme) et leur coût. Pour cela la HAS a établi une hiérarchisation des traitements médicamenteux.

Dans tous les cas, le patient devra être informé des avantages et inconvénients des traitements proposés et leur acceptabilité devra être prise en compte. En effet, une bonne information reste le meilleur gage de l'observance du traitement.

7. Quelles sont les différentes molécules et quand les prendre ?

Il existe différents traitements du diabète de type 2 qui seront instaurés par le médecin selon le stade de la maladie :

- Metformine,
- Sulfamides hypoglycémifiants,
- Répaglinide,
- Inhibiteurs α glucosidase,
- Inhibiteurs DPP-IV,
- Analogues du GLP1,
- Insuline.

La metformine est le médicament de première intention en monothérapie.

L'association metformine et sulfamide est la bithérapie à instaurer si la metformine en première intention n'a pas permis d'atteindre l'objectif glycémique.

Si avec la bithérapie, l'objectif n'est pas atteint, il faudra mettre en place une trithérapie comprenant au moins de la metformine, un sulfamide et un traitement oral ou injectable.

L'insuline est le traitement de choix lorsque les traitements oraux et non insuliniques ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique.

L'instauration d'une insulinothérapie est l'objet d'une discussion avec le patient, et/ou son entourage, dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Elle doit être accompagnée et idéalement précédée d'une auto-surveillance glycémique et doit faire l'objet d'un apprentissage.

Du fait d'une efficacité moindre, d'un manque de recul sur leur sécurité à long terme et/ou d'un coût supérieur, les autres traitements doivent être réservés aux situations dans lesquelles les traitements recommandés en première intention ne peuvent pas être prescrits.

La réévaluation du traitement est nécessaire après un intervalle de 3 à 6 mois ou plus rapidement en cas de signes cliniques liés à l'hyperglycémie ou d'intolérance au traitement (hypoglycémie, prise de poids ou autres effets secondaires) en portant une attention particulière à l'observance.

8. A partir de quand l'auto-surveillance devient-elle nécessaire ?

L'autosurveillance glycémique n'est recommandée que si les résultats sont susceptibles d'entraîner une modification des mesures hygiéno-diététiques et/ou du traitement médicamenteux. La réalisation systématique de l'autosurveillance glycémique chez les patients sous antidiabétiques oraux ne provoquant pas d'hypoglycémie n'est pas recommandée.