

inhibiteurs de SGLT2 (iSGLT2) et les agonistes des récepteurs du GLP-1 (ou analogues du GLP-1, dits aGLP-1).

« C'est un changement de paradigme majeur : les modifications du mode de vie (...) sont un préalable à l'éventuelle mise en place d'un traitement médicamenteux de l'hyperglycémie et doivent être maintenues dans le temps », lit-on dans le [communiqué](#) de l'agence présentant ses [recommandations 2024](#). L'activité physique améliore la sensibilité à l'insuline, réduit le risque de progression du diabète et de complications cardiovasculaires, est-il rappelé. Et « la prescription par le médecin d'une activité physique adaptée au niveau initial d'activité du patient et à ses capacités constitue un facteur de motivation et d'adhésion », souligne l'agence rappelant que c'est « une thérapeutique à part entière » ayant fait l'objet de [recommandations spécifiques](#).

## Une prise en charge personnalisée et évolutive

Ces mesures s'inscrivent dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP). « Des séances personnalisées, réalisées avec des professionnels, peuvent être proposées aux personnes afin de les aider à gagner progressivement en autonomie dans la gestion de leur diabète », est-il expliqué. Que ce soit pour le mode de vie ou les médicaments, les préférences et les besoins des patients doivent être pris en compte. L'objectif thérapeutique est individualisé et « peut évoluer au cours du temps ».

Si les modifications du mode de vie ne suffisent pas, un traitement médicamenteux est mis en place : la metformine (MET) occupe une place de choix (à dose maximale tolérée et indépendamment de la valeur de l'HbA1c) avec +/- un iSGLT2 ou un aGLP-1 selon le statut cardiovasculaire et rénal.

Ainsi, en présence d'une maladie cardiovasculaire clinique avérée, les « iSGLT2 et aGLP-1 sont recommandés dans la prise en charge des DT2 pour leurs effets protecteurs cardiovasculaires et rénaux et/ou impacts sur le poids, au-delà et indépendamment de la recherche de l'équilibre glycémique ». En cas d'insuffisance cardiaque avérée ou de maladie rénale chronique, il est préconisé de prescrire un iSGLT2 ; en cas d'obésité ou de surpoids (indice de masse corporelle [IMC] > 30 kg/m<sup>2</sup>), le choix se portera sur un GLP-1.

## Synthèse illustrée, arbres décisionnels, webinaire

« La prise en charge est plurielle et à réévaluer régulièrement dans toutes ses composantes », insiste la HAS. Une trithérapie est possible (MET +/- iSGLT2 ou aGLP-1 +/- autre molécule) ainsi qu'une trithérapie avec insuline. La mise en place de l'insulinothérapie peut se faire « en ambulatoire » avec prudence (accompagnement du patient et de l'entourage) : une insuline intermédiaire ou analogue lente est prescrite à dose faible initiale (0,1 unité/kg par 24 heures) avec définition des objectifs de glycémie à jeun au réveil.

Pour s'approprier ces recommandations, la HAS propose une synthèse illustrée, ainsi que des [recommandations pour des populations spécifiques](#) (personne âgée de plus de 75 ans ; obèse avec un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> ; présentant une maladie rénale chronique ; une insuffisance cardiaque ; une maladie cardiovasculaire avérée ; femme enceinte ou envisageant de l'être). Un [webinaire](#) sera organisé le 27 juin à l'attention des professionnels. L'actualisation du parcours de soins est prévue pour la fin de l'année.

Source : [lequotidiendumedecin.fr](http://lequotidiendumedecin.fr)