



COMMUNIQUE DE PRESSE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Vincennes, 9 avril 2013

La recommandation de la HAS/ANSM intitulée « stratégies médicamenteuses du contrôle glycémique du diabète de type 2 » doit être modifiée

Le CNGE prend acte de l'objectif limité de cette recommandation. Elle devrait nécessairement être accompagnée de guides de pratique actualisés concernant les autres champs de la prise en charge globale du patient diabétique : modifications du style de vie, éducation thérapeutique et lutte contre les inégalités sociales de santé.

Le CNGE note que les valeurs cibles proposées pour l'HbA1c ($\leq 7\%$ dans le cas général), sont plus réalistes que dans les précédentes recommandations et intègrent les données actuelles de la science¹. En revanche, il n'est pas démontré que la surveillance uniforme de l'HbA1c 4 fois/an pour tous les patients soit utile.

Le CNGE remarque que 54 des 58 recommandations émises sont exclusivement basées sur des opinions d'expert. La plupart des schémas thérapeutiques hypoglycémisants recommandés ont une balance bénéfice/risque dénuée de preuves scientifiques en termes de réduction de la morbidité cardiovasculaire.

Le CNGE

- **Rappelle** que la réduction de la pression artérielle² et du LDL cholestérol avec les statines³ ont démontré leur efficacité sur la réduction de la morbidité cardiovasculaire **et doivent être priorisées chez les patients ayant un diabète de type 2**.
- **Recommande** de ne pas prescrire les médicaments de la voie des incrétines (inhibiteurs de la DPP-4 et analogues du GLP-1) tant que leur efficacité et leur sécurité d'emploi ne sont pas connues ; les patients ne doivent pas être exposés aux effets indésirables potentiellement graves de principes actifs insuffisamment évalués, alors que des signaux de pharmacovigilance incitent à la prudence.
- **Propose** d'en rester aux médicaments antidiabétiques dont les risques sont connus et maîtrisables : metformine en 1^{ère} intention, sulfamides/glinides/acarbose en 2^e ou 3^e ligne même si leur efficacité n'est pas démontrée en termes de morbidité⁴ ; l'insulinothérapie peut parfois être utilisée au cas par cas avec des patients ayant compris l'utilité d'une diététique adaptée.
- **Demande** aux autorités sanitaires de financer des essais visant à valider les stratégies médicamenteuses et le rapport bénéfice/risque des nouveaux principes actifs. **La santé des patients et la responsabilité des prescripteurs ne doivent pas dépendre de recommandations reposant sur des stratégies non validées.**

Références

1. ACCORD Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2545-59.
2. Reboli G, Gentile G, Angeli F, et al. Effects of intensive blood pressure reduction on myocardial infarction and stroke in diabetes: a meta-analysis in 73 913 patients. J Hypertens 2011;29:1253-69.
3. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. Lancet 2008;371:117-25.
4. Bousageon R, Supper I, Bejan-Angoulvant T, et al. Reappraisal of Metformin Efficacy in the treatment of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. PLoS Med 2012; 9(4): e1001204. doi:10.1371/journal.pmed.1001204.

Pour le Conseil scientifique du CNGE, contacts Presse :

Vincent RENARD 06 25 80 33 29

Isabelle Auger-Aubin 06 21 74 46 59