

LA DIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Traitement du diabète de type 2 Une prise de position de la SFD

Au travers d'une trentaine d'avis, la Société francophone du diabète (SFD) publie ses propositions pour le traitement de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2, tenant compte des dernières avancées scientifiques.

● Depuis les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la prise en charge du diabète de type 2, en 2013, des études importantes, portant notamment sur la sécurité cardiovasculaire des nouveaux traitements antidiabétiques, ont été publiées. Cela a conduit la Société francophone du diabète (SFD) à missionner un groupe de travail. « Nous avons rédigé non pas des recommandations, mais une prise de position : 30 avis se fondant sur les données de la littérature et des avis d'experts », rapporte le Pr Patrice Darmon, qui a coordonné la rédaction du texte. La SFD s'est engagée à le réactualiser tous les deux ans pour tenir compte des nouvelles données scientifiques. « La HAS a annoncé au cours de notre travail qu'elle souhaitait mettre à jour ses recommandations en 2018, et nous lui avons donc envoyé notre argumentaire en tant que force de proposition », poursuit le Pr Darmon.

Le texte rappelle tout d'abord l'importance d'un équilibre glycémique optimal, dont le bénéfice est largement démontré sur le risque de complications microvasculaires et, à plus longue échéance, sur les complications macrovasculaires. « Chez le patient jeune, sans comorbidité, nous proposons un objectif ambitieux de 6,5 % d'HbA1c, en utilisant les modifications thérapeutiques du mode de vie puis les antidiabétiques qui ne donnent pas d'hypoglycémies », souligne le Pr Darmon.

Comme dans les recommandations de 2013, les experts de la SFD préconisent une approche centrée sur le patient, tenant compte de son profil clinique et de ses préférences, dans le cadre de la décision médicale partagée. Les objectifs et les modalités du traitement doivent être individualisés. « Nous avons défini des populations particulières et proposé ainsi des stratégies optimales pour les patients de plus de 75 ans, les sujets en prévention cardiovasculaire secondaire, les insuffisants rénaux chroniques, les insuffisants cardiaques, les sujets obèses avec IMC > 35 et les femmes enceintes ou souhaitant l'être », souligne le Pr Darmon.

Les modifications thérapeutiques du mode de vie sont toujours au cœur de la prise en charge du diabète de type 2. Il est important de s'assurer de l'adhésion à ces modifications, comme plus tard au traitement médicamenteux, en particulier lorsqu'une intensification du traitement est envisagée.

La metformine constitue le traitement médicamenteux de première intention, sauf intolérance digestive ou contre-indication. Si l'objectif glycémique n'est pas atteint, une bithérapie associant metformine et inhibiteur de la DPP4 doit désormais être privilégiée, du fait de la sécurité cardiovasculaire de cette classe d'antidiabétiques oraux et de l'absence de risque hypoglycémique et de prise de poids. « C'est le choix que nous privilégions pour le plus grand



La sécurité cardiovasculaire des molécules a été un critère de choix

nombre de patients, mais ce n'est bien sûr pas le seul possible, et il faut toujours adapter la stratégie au profil du patient », note le Pr Darmon. Les sulfamides pourront être proposés chez les patients à faible risque hypoglycémique, les agonistes du récepteur du GLP1 chez les sujets obèses ou chez les patients en prévention cardiovasculaire secondaire, en choisissant alors chez ces derniers le liraglutide. « Parmi tous les produits ayant démontré un bénéfice cardiovasculaire chez les patients diabétiques de type 2 à haut risque, le liraglutide est le seul qui soit commercialisé en France à ce jour », rappelle le Pr Darmon.

Toute modification du traitement doit être réévaluée après 3 à 6 mois, et en cas d'inefficacité (baisse de l'HbA1c < 0,5 % et HbA1c non à l'objectif) ou d'effet secondaire. Il est préférable de ne pas empiler les antidiabétiques mais de changer de classe thérapeutique.

Mise sous insuline

Dans leur prise de position, les experts détaillent également les modalités de mise sous insuline, qui doit faire appel à un analogue lent, préférable à l'insuline NPH, qui est associée à plus d'hypoglycémies nocturnes et à une plus grande variabilité glycémique. Le glucose glargine 100 U est la plus adaptée à cette situation : « nous avons clairement opté pour l'utilisation de son biosimilaire en première intention, pour des raisons économiques », précise le Pr Darmon. Après échec d'une insuline basale, deux options sont aujourd'hui possibles : soit la stratégie classique d'intensification par multi-injections, soit l'ajout d'un agoniste des récepteurs du GLP1.

Notons enfin que, dans la version longue du texte, tout un chapitre est consacré aux médicaments non disponibles en France en 2017, en particulier aux inhibiteurs du SGLT2, qui ont fait l'objet de plusieurs vastes études ces dernières années.

Dr Isabelle Hoppenot

D'après un entretien avec le Pr Patrice Darmon (Marseille), coordinateur de la rédaction de la prise de position de la SFD (1) <http://www.sfdiabete.org/actualites/medical-paramedical/prise-de-position-de-la-societe-francophone-du-diabete-sur-la-prise>



Financement, dépistage, banques de données... Les acteurs des maladies rares inquiets pour l'avenir, en attendant le 3^e plan

Pour les chercheurs et associations réunis à Paris par la Fondation Maladies Rares à l'occasion des rencontres 2017, l'inquiétude est de mise. Alors que se dessinent les contours du 3^e plan national maladies rares, ils portent un regard critique sur le financement des filières et les retards du dépistage.

● « La France est en train de perdre son leadership dans le domaine des maladies rares ! »

Le cri d'alarme poussé par la présidente de l'AFM Téléthon, Laurence Tiennot-Herment, résume bien les craintes exprimées par les participants aux 5es rencontres organisées les 20 et 21 novembre par la Fondation maladies rares.

Alors que la France a fait école en Europe avec les filières maladies rares structurées lors des deux premiers plans nationaux, des retards semblent s'accumuler dans la réduction de l'errance thérapeutique, et la mise à disposition des malades de traitements innovants.

Plusieurs discussions ont notamment porté sur l'épineux problème du financement des filières maladies rares. Avec la fin de la campagne de labellisation conclue par le ministère de la Santé, les 387 centres de référence travaillent sur les mêmes fonds (environ 90 millions d'euros) que les 354 avant la labellisation, « alors que les charges augmentent, eu égard à l'informatisation et la coordination des filières », s'alarme le Dr Ségolène Aymé, généticienne de l'institut du cerveau et de la moelle épinière.

Plus de centres, autant d'argent

Le manque de fluidité des transferts de budget vers les ARS puis vers les directions des CHU où sont installés les centres de référence constitue également un des nœuds du problème. « Les centres de référence ne font pas de soins, mais de l'appui, de la coordination et de la recherche au sein de structures dont le financement dépend du soin », résume le Pr Guillaume Jondeau (hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP) qui anime la filière FAVA-Multi sur les maladies vasculaires rares avec atteinte multisystémique, « il y a donc un décalage qui nous met dans des situations compliquées vis-à-vis des directions financières des hôpitaux qui financent les salaires », reconnaît-il.

Les associations tâtonnent à trouver leur place dans les filières

● Les 5^{es} Rencontres de la fondation maladies rares ont été l'occasion de dévoiler les premiers résultats d'une enquête qui a questionné 63 associations sur leur implication dans les filières maladies rares. Les associations sont fréquemment consultées pour les documents stratégiques publiés par les filières (61 %), et ont le sentiment d'influencer les décisions prises dans les filières dans 53 % des cas, mais se déclarent plus rarement associées à la construction des projets (37 %). Les associations peuvent siéger dans la gouvernance des



Les associations qui ont réclamé un nouveau plan attendent depuis plusieurs mois

Une solution avancée serait la mise en place de structures juridiques spécifiques pour que les filières disposent d'une autonomie financière, à l'image de ce qui a été fait dans les instituts hospitalo-universitaires : « le statut privé à but non lucratif a fait ses preuves et donne une agilité importante », note le Dr Aymé.

Toujours pas de banque nationale de données

Le manque de moyens n'est pas sans conséquence. Ainsi la banque nationale de données maladies rares, prévue dans le second plan n'est toujours pas une réalité opérationnelle. « Les cliniciens n'ont pas les moyens de passer du temps à rentrer des données et les systèmes d'information des hôpitaux sont encore trop cloisonnés », note le Dr Aymé. Un accord est en cours de signature entre l'AP-HP, qui héberge la banque de données, et les CHU et hôpitaux en régions pour permettre la remontée automatique des données. Les membres de la Fondation maladies rares déplorent cependant l'absence de fonds dédiés au développement des banques de données.

« La France est un des pays riches qui dépistent le moins », explique le Dr Aymé. Il a été longtemps demandé la mise en place d'un dépistage du déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCADD). Malgré une évaluation par la HAS, en juin 2011, concluant à un bénéfice important, ce dépistage n'est toujours pas mis en place. « Cela nécessite une restructuration du dépistage qui était assuré par l'association française pour le dépistage et la

filières depuis 2015. « Il y a une grande demande des associations pour participer aux filières, mais elles n'ont pas toujours les moyens d'investir du temps et de l'énergie pour s'impliquer correctement, explique Marie-Pierre Bichet qui a présenté ces résultats, par ailleurs, les médecins et chercheurs n'avaient pas l'habitude de travailler avec les associations. Aussi je dirais que ces premiers résultats sont positifs pour seulement 2 ans de cohabitation. »

Parmi les freins identifiés lors de l'enquête, figurent le manque de temps, les difficultés à avoir un retour des autres associations, les méthodes de travail centrées sur les professionnels, le manque de moyen et les délais de travaux trop courts.

prévention des handicaps de l'enfant (AFPDHE) et un équipement des laboratoires de spectromètre de masse en tandem, résume le Dr Aymé. On l'espère pour 2018, mais je crois que le gouvernement ne sait pas comment coordonner ce dépistage en remplacement de l'AFPDHE ».

Le plan France Génomique 2025, lancé il y a un an, doit encadrer le rattrapage de la France dans le domaine du diagnostic génomique, par la mise en place de 12 plateformes dotées de capacités en séquençage très haut débit. Pour le Pr Jean-Louis Mandel, ce rattrapage est particulièrement lent : « seules 2 plateformes ont été identifiées, et les porteurs des projets ne savent toujours pas de quels fonds ils vont disposer, tempête-t-il. Elles doivent s'accompagner de la création d'un centre de référence, d'innovation, d'expertise et de transfert (CReFIX) pour lequel l'appel d'offres terminé en juillet dernier n'est toujours pas tranché. Quant au centre d'analyse des données, il n'existe toujours pas. Nous avons 60 mois de retard sur le plan anglais qui a déjà séquencé 40 000 génomes ! »

Damien Coulomb

Publication judiciaire

Tribunal de Grande Instance de Privas
INSEE 07186 - N° Parquet : 12262000026 - jugement n° 436/2017 en date du 02/05/2017 - Pour extrait conforme à la minute

Identité :
Nom : MESSIAUT Patrice, Joël - Né(e) : le 7 juin 1963
A : LILLE 59350 - Sexe : M - Nationalité : 250 française
Procédure : jugement contradictoire de la Chambre Correctionnelle en date du 02/05/2017
Détenue et contrôle judiciaire :
CJ en date du 22/01/2013 - Maintien CJ en date du 30/11/2016

DÉCISION
- 176 EXERCICE ILLÉGAL DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN faits commis à bourg st andeol du 1^{er} juin 2008 au 30 novembre 2012
Prévus par ART.L.4223-1 AL1, ART.L.4221-1, ART.L.4221-2, ART.L.4221-3, ART.L.4221-4, ART.L.4221-5, ART.L.4221-7, ART.L.4221-9, ART.L.4221-11, ART.L.4221-12, ART.L.4221-14-1, ART.L.4221-14-2, ART.L.4221-16, ART.L.4222-9 C.SANTE.PUB.
Et réprimés par ART.L.4223-1 AL1, AL2 C.SANTE.PUB.

- 21307 COMMERCIALISATION OU DISTRIBUTION DE MÉDICAMENT, SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE, GÉNÉRATEUR, TROUSSE OU PRÉCURSEUR DÉPOURVU D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ faits commis à bourg st andeol du 1^{er} juin 2008 au 30 novembre 2012
Prévus par ART.L.5421-2, ART.L.5121-8, ART.L.5121-9 AL4, ART.R.5121-47, ART.R.5121-51-9 C.SANTE.PUB.
Et réprimés par ART.L.5421-2, ART.L.5421-7 AL2, ART.L.5421-10 C.SANTE.PUB.

- 175 EXERCICE ILLÉGAL DE LA PROFESSION DE MÉDECIN faits commis à bourg st andeol du 1^{er} juin 2008 au 30 novembre 2012
Prévus par ART.L.4161-5 AL1, ART.L.4161-1, ART.L.4111-1, ART.L.4111-2, ART.L.4111-3, ART.L.4111-3-1, ART.L.4111-4, ART.L.4112-1, ART.L.4112-7, ART.L.4124-6 3^e, 4^e, ART.L.4131-1, ART.L.4131-2, ART.L.4131-4 C.SANTE.PUB.
Et réprimés par ART.L.4161-5 AL1, AL2 C.SANTE.PUB.

10240 - 12 Mois d'emprisonnement délictuel, à titre de peine principale avec sursis
10030 - 1 Amende délictuelle de 5 000 euros, à titre de peine principale
15050 - Publication de la décision, à titre de peine complémentaire
11220 - Interdiction d'exercer l'activité professionnelle ayant permis la commission de l'infraction : interdiction définitive, à titre de peine complémentaire
27680 - Confiscation, à titre de peine complémentaire