

# ANTIHYPERGLYCÉMIANTS pour le diabète de type 2

| Rx                | Forme posologique                   | Dosage et posologie   | DFGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ) |                               |  |             | ↓ HbA1c (ajout à la MET) | Poids (ajout à la MET) | Risque d'hypo.  | Événements Cardiovasculaires Indésirables Majeurs <sup>†</sup>  | Bénéfices cardio-renaux  | Critères de remboursement de la RAMQ †  |  |   |   | Critères de remboursement du SSNA (Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit) |                                 |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------|--|-------------|--------------------------|------------------------|---|---|--|---|--|---|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|
|                   |                                     |   | < 15 ou dialyse                    | 15-29                         | 30-44  | 45-59       |                          |                        |   |   |  | Monothérapie Association MET + SU contre-indiquée ou non tolérée  | En association Si l'autre agent est contre-indiqué, non toléré ou inefficace |   | Traitement de combinaison EN 150 : SU contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; MET stable depuis 1 mois EN 219 : Indication reconnue pour Empa; MET stable depuis 1 mois |   | Couverture                      | Couverture des traitements combinés |
|                   |                                     |   |                                    |                               |  |             |                          |                        |   |   |  |   | + MET  | + SU  | Critère cardiovasculaire EN 179 : En combinaison avec d'autres Rx; présence de MCAS ou MVAS; HbA1c ≥ 7 %  |   |                                 |                                     |
| 1*                | <b>GLUCOPHAGE</b> (Metformine)      | 500 - 850 mg BID/TID (max. 850 mg TID/1000 mg BID)  |                                    |                               |  |             |                          | Rare                   |   |   | Couvert  | -   | Couvert  | -   | Couvert sans restriction  | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>GLUMETZA</b> (Metformine)        | 500 - 1000 mg DIE (max. 2000 mg DIE)  |                                    |                               |  |             | Neutre                   | Rare                   |   |   | Ass. privées   | -   | Ass. privées   | -   | Non listé   | -   |                                 |                                     |
| iSGLT2            | <b>INVOKANA</b> (Canagliflozine)    | 100 - 300 mg DIE  |                                    | Poursuite du traitement       | 100 mg (Recommandé pour les bénéfices cardio-renaux. Effet hypoglycémiant réduit.) | 0,8 à 0,9 % | 3,3 à 4,0 kg             | Rare                   | POSITIF <sup>1</sup> (maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie)   | ↓ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque <sup>3</sup><br>↓ Progression néphropathie <sup>4</sup> | EN 167   | EN 148  | EN 149   | Invokamet 50 - 150/500 - 1000   Ass. privées  | Usage restreint: DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU   | Invokamet (Non listé)   |                                 |                                     |
|                   | <b>JARDIANCE</b> (Empagliflozine)   | 10 - 25 mg DIE  | < 20 ml/min                        | 10 mg Poursuite du traitement | (Recommandé pour les bénéfices cardio-renaux. Effet hypoglycémiant réduit.)        | 0,7 à 0,8 % | 2,1 à 3,1 kg             | Rare                   |   |   | EN 167   | EN 148  | Ass. privées   | Synjardy 5 - 12,5/500 - 850 - 1000   EN 219 Jardiance   EN 179  | Couvert sans restriction  | Synjardy Couvert sans restriction   |                                 |                                     |
|                   | <b>FORXIGA</b> (Dapagliflozine)     | 5 - 10 mg DIE   |                                    | Poursuite du traitement       |  | 0,5 à 0,8 % | 2,9 à 3,2 kg             | Rare                   | NEUTRE  |   |  | Ass. privées  | EN 148   | EN 149  | Xigduo 5/850 - 1000   EN 150  | Couvert sans restriction  | Xigduo Couvert sans restriction |                                     |
| 2**               | <b>VICTOZA</b> (Liraglutide s.c.)   | 0,6 mg DIE x 1 sem. 1,2 mg DIE x 1 sem. 1,8 mg DIE (optionnel)                                  | NR                                 |                               |  | 1,0 à 1,5 % | 2,6 à 3,4 kg             | Rare                   | POSITIF <sup>2</sup> (maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie ET/OU > 60 ans avec 2 facteurs de risque CV) | ↓ Albuminurie <sup>5</sup>  | Rx d'exception Non-atteinte de la cible + MET; IMC > 30; iDPP-4 est inefficace, contre-indiqué, et/ou non toléré. 12 mois par autorisation (première poursuite : ↓HbA1c ≥ 0,5 % ou une valeur ≤ 7 %) |   |  | -   | Non listé   | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>TRULICITY</b> (Dulaglutide s.c.) | 0,75 mg 1 f.p.s. x 2 sem. 1,5 mg 1 f.p.s. (optionnel)   | Prudence                           |                               |  | 1,0 à 1,4 % | 2,7 à 3,1 kg             | Rare                   |   |   | -  |   |  | -   | Non listé   | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>OZEMPIC</b> (Sémaglutide s.c.)   | 0,25 mg 1 f.p.s. x 4 sem. 0,5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. 1 mg 1 f.p.s. (optionnel)                    | NR                                 | Prudence                      |  |             | 1,3 à 1,6 %              | 4,2 à 5,8 kg           | Rare  |   |  | -   |  |   | Couvert sans restriction  | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>RYBELSUS</b> (Sémaglutide oral)  | 3 mg DIE x 30 jours 7 mg DIE x 30 jours 14 mg DIE (optionnel)                                   |                                    | NR                            |  |             | 1,0 à 1,3 %              | 2,2 à 3,8 kg           | Rare  | NEUTRE (étude de supériorité en cours)  |  | Rx d'exception En association avec la MET, lorsqu'une SU est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace |  |   | Usage restreint : DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU  | -   |                                 |                                     |
| AR GIP + GLP-1    | <b>MOUNJARO</b> (Tirzépatide)       | 2,5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. ↑ 2,5 mg 1 f.p.s. q 4 sem ad 5 mg, 10 mg ou 15 mg 1 f.p.s. (optionnel) |                                    |                               |  | 2,0 à 2,3 % | 7,6 à 11,2 kg            | Rare                   | (étude en cours)  |   | Ass. privées   |   |  | -   | Non listé   | -   |                                 |                                     |
| iDPP-4            | <b>JANUVIA</b> (Sitagliptine)       | 100 mg DIE  |                                    | 25 mg                         | 50 mg  | 0,7 %       | Neutre                   | Rare                   |   |   | EN 167   | EN 148  | Ass. privées   | Janumet 50/500 - 850 - 1000   EN 150 Janumet XR 50/500 - 1000; 100/1000   EN 150  | Usage restreint: DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU   | Janumet Usage restreint: DT2 non contrôlé et intolérance à la MET et SU                                   |                                 |                                     |
|                   | <b>TRAJENTA</b> (Linagliptine)      | 5 mg DIE  | Prudence                           |                               |  | 0,5 %       | Neutre                   | Rare                   | NEUTRE  |   | EN 167   | EN 148  | Ass. privées   | Jentaduetto 2,5/500 - 850 - 1000   EN 150   | Couvert sans restriction  | Jentaduetto Couvert sans restriction  |                                 |                                     |
|                   | <b>NESINA</b> (Alogliptine)         | 25 mg DIE   |                                    | 6,25 mg                       | 12,5 mg  | 0,6 %       | Neutre                   | Rare                   |   |   | EN 167   | EN 148  | EN 149   | Kazano 12,5/500 - 850 - 1000   EN 150   | Non listé   | Kazano (Non listé)  |                                 |                                     |
|                   | <b>ONGLYZA</b> (Saxagliptine)       | 5 mg DIE  | Prudence                           | 2,5 mg                        |  | 0,7 %       | Neutre                   | Rare                   |   | ↑ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque   | Ass. privées   | EN 148  | EN 149   | Komboglyze 2,5/500 - 850 - 1000   EN 150  | Couvert sans restriction  | Komboglyze Couvert sans restriction   |                                 |                                     |
| Alpha-glucosidase | <b>GLUCOBAY</b> (Acarbose)          | 50 - 100 mg TID   |                                    |                               |  | 0,6 %       | Neutre                   | Rare                   | NEUTRE  |   | Couvert  | Couvert   | Couvert  | -   | Couvert sans restriction  | -   |                                 |                                     |
| Sécrétagogues     | <b>DIABETA</b> (Glyburide)          | 2,5 - 5 mg DIE/BID (max. 10 mg BID)   |                                    |                               | Prudence   | 0,5 à 1,0 % | 1,5 kg                   | ++                     |   |   | Couvert  | Couvert   | -  | -   | Couvert sans restriction  | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>DIAMICRON</b> (Gliclazide)       | 80 mg (max. 160 mg BID) MR 30 - 60 mg (max. 120 mg DIE)   | NR                                 |                               |  | 0,5 à 1,0 % | 1,5 kg                   | +                      |   |   | Couvert  | Couvert   | -  | -   | Couvert sans restriction  | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>AMARYL</b> (Glimépiride)         | 1 - 2 - 4 mg (max. 8 mg DIE)  | NR                                 | Prudence                      |  | 0,5 à 1,0 % | 1,5 kg                   | ++                     | NEUTRE  |   | EN 23  | EN 23   | -  | -   | Non listé   | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>GLUCONORM</b> (Répaglinide)      | 0,5 - 1 - 2 mg TID (max. 4 mg QID)  | Prudence                           |                               |  | 0,5 à 1,0 % | 1,6 kg                   | +                      |   |   | Couvert  | Couvert   | -  | -   | Couvert sans restriction  | -   |                                 |                                     |
| TZD               | <b>ACTOS</b> (Pioglitazone)         | 15 - 30 - 45 mg DIE   |                                    | Prudence                      |  | 0,9 à 1,5 % | 1,5 à 2,8 kg             | Rare                   | NEUTRE  | ↑ Insuffisance cardiaque  | EN 121   | EN 118  | EN 119   | EN 117 (Pour les patients en IRC) EN 120 (En association avec MET + SU; insuline indiquée, mais patient incapable de la recevoir) | Couvert sans restriction (générique seulement)  | -   |                                 |                                     |
|                   | <b>AVANDIA</b> (Rosiglitazone)      | 2 - 4 - 8 mg DIE  |                                    | Prudence                      |  | 0,9 à 1,5 % | 1,5 à 2,8 kg             | Rare                   |   |   | EN 121   | EN 118  | EN 119   | -   | Non listé   | -   |                                 |                                     |

| Rx              | Stylos préremplis | Système d'administration et unidose max. | Dosage †  |                                  |   | Risque d'hypo.   | Couverture RAMQ | Couverture SSNA              | Durée d'action               | Rx                       | Stylos préremplis                       | Système d'administration et unidose max.  | Début d'action                                       | Couverture RAMQ              | Couverture SSNA              |                          |
|-----------------|-------------------|--|---|----------------------------------|---|--|-----------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|---|---|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
|                 |                   |  | Initiation                                      | Titrage                          | Changement  |  |                 |                              |                              |                          |   |   |  |                              |                              |                          |
| INSULINE BASALE | Prolongée         | <b>TRESIBA U100</b> (Dégludec)           | FlexTouch (max. 80 U)                           | 10 U à tout moment de la journée | 2 U tous les 3-4 jours OU 4 U 1 f.p.s. ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L) | 1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUTEJEO ou d'une insuline BID) | +               | Couvert                      | Couvert sans restriction     |                          | <b>FIASP</b> (Aspartate ultra rapide)   | Cartouche FlexTouch (max. 80 U)           | 4 min  | Ass. privées (selon le plan) | Non listé                    |                          |
|                 |                   | <b>TRESIBA U200</b>                      | FlexTouch (max. 160 U)                          |                                  |   |  |                 |                              | <b>NOVORAPID</b> (Aspartate) |                          | Cartouche FlexTouch (max. 80 U)         |   | Ass. privées (selon le plan)                         | Couvert sans restriction     |                              |                          |
|                 |                   | <b>TOUTEJEO U300</b> (Glargine)          | SoloSTAR (max. 80 U)<br>DoubleSTAR (max. 160 U) | 10 U au coucher ou le matin      | 1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)                                | 1:1 (↓ de 20 % lorsque changé d'une insuline BID)                | +               | Couvert                      | Couvert sans restriction     |                          | <b>TRURAPI</b> (Aspartate biosimilaire) | Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)            | 10-20 min  | Couvert                      | Couvert sans restriction     |                          |
|                 |                   | <b>LANTUS U100</b> (Glargine)            | Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)                  | 10 U au coucher ou le matin      | 1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)                                | 1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUTEJEO ou d'une insuline BID) | ++              | Ass. privées (selon le plan) | Couvert                      |                          | Couvert sans restriction                | <b>KIRSTY</b> (Aspartate biosimilaire)    | Cartouche Kirsty (max. 80 U)                         |                              | Couvert                      | Couvert sans restriction |
|                 |                   | <b>BASAGLAR</b> (Glargine biosim.)       | Cartouche KwikPen (max. 80 U)                   |                                  |   |  |                 |                              | Couvert                      |                          | Couvert sans restriction                | <b>HUMALOG U100</b> (Lispro)              | Cartouche KwikPen (max. 60 U)<br>KwikPen (max. 60 U) |                              | Ass. privées (selon le plan) | Couvert sans restriction |
|                 |                   | <b>SEMGLEE</b> (Glargine biosim.)        | Semglee (max. 80 U)                             |                                  |   |  |                 |                              | Couvert                      |                          | Couvert sans restriction                | <b>HUMALOG U200</b> (Lispro biosimilaire) | Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)                       | 10-15 min                    | Couvert                      | Couvert sans restriction |
|                 |                   | <b>LEVEMIR</b> (Détémir)                 | Cartouche                                       |                                  |   |  |                 |                              | Couvert                      |                          | Couvert sans restriction                | <b>APIDRA</b> (Glulisine)                 | Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)                       |                              | Couvert                      | Couvert sans restriction |
| Intermédiaire   |                   | <b>HUMULIN N</b>                         | Cartouche KwikPen (max. 60 U)                   | 10 U au coucher                  | 1 U DIE ad atteinte objectifs (4 à 7 mmol/L)                                | 1:1  | +++             | Couvert                      | Couvert sans restriction     | <b>HUMULIN R</b>         | Cartouche KwikPen (max. 60 U)           | 30 min                                    | Couvert  | Couvert sans restriction     |                              |                          |
|                 |                   | <b>NOVOLIN NPH</b>                       | Cartouche                                       |                                  |   |  |                 |                              |                              | <b>NOVOLIN GETORONTO</b> | Cartouche                               |   | Couvert  | Couvert sans restriction     |                              |                          |

Recommandations basées sur les lignes directrices de Diabète Canada. 1\* La metformine représente la première ligne de traitement. 2\*\* Les iSGLT2 et AR GLP1 devraient être favorisés après la metformine chez les patients avec une comorbidité CV et/ou chez les patients mal contrôlés chez qui on voudrait favoriser les bénéfices CV et/ou une perte pondérale tout en minimisant les risques d'hypoglycémie. † Les patients sous insuline devraient avoir des objectifs de glycémie à jeun individualisés. † L'ECIM à 3 points est définie comme un composite d'accident vasculaire cérébral non fatal, d'infarctus du myocarde non fatal et de décès cardiovasculaire. Références : 1) ↓ des ECIM : si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie OU si néphropathie 2) ↓ des ECIM : si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie OU si > 60 ans avec 2 facteurs de risque (tabac, HTA, DLP, obésité) OU si néphropathie. 3) ↓ des hospitalisations pour insuffisance cardiaque : si antécédent d'insuffisance cardiaque OU si néphropathie OU si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie OU si > 60 ans avec 2 facteurs de risque CV. 4) ↓ progression néphropathie : si néphropathie connue OU si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie. 5) ↓ albuminurie : si maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie. © Diabète Québec, 2024