

Rx	Forme posologique	Dosage et posologie	DFGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ) <sup>*</sup>				↓ HbA1c (ajout à la MET)	Poids (ajout à la MET)	Risque d'hypo.	Événements Cardiovasculaires Indésirables Majeurs <sup>†</sup>	Bénéfices cardiorénaux	Critères de remboursement de la RAMQ <sup>‡</sup>				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 %			
<b>1<sup>*</sup></b> Metformine	GLUCOPHAGE (Metformine)	500 - 850 mg BID/TID (max. 850 mg TID/1000 mg BID)			500 mg BID		-		Rare	-		Couvert	-	Couvert	-	Couvert sans restriction	-	
	GLUMETZA (Metformine)	500 - 1000 mg DIE (max. 2000 mg DIE)			1000 mg DIE		-	Neutre	Rare	-		Ass. privées	-	Ass. privées	-	Non listé	-	
iSGLT2	INVOKANA (Canagliflozine)	100 - 300 mg DIE		Ne pas introduire <30 mL/min; Cesser en dialyse	100 mg <sup>o</sup>		0,8 à 0,9 %	3,3 à 4,0 kg	Rare	POSITIF	↓ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque ↓ Progression néphropathie	EN 167	EN 148	EN 149	Invokamet 50 - 150/500 - 1000   Ass. privées	Couvert sans restriction	Invokamet (Non listé)	
	FORXIGA (Dapagliflozine)	5 - 10 mg DIE		Ne pas introduire <25 mL/min; Cesser en dialyse	0		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	
	JARDIANCE (Empagliflozine)	10 - 25 mg DIE		Ne pas introduire <20 mL/min; Cesser en dialyse	10 mg <sup>o</sup>	0	0,7 à 0,8 %	2,1 à 3,1 kg	Rare	POSITIF		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>2<sup>**</sup></b> AR GLP-1	VICTOZA (Liraglutide s.c.)	0,6 mg DIE x 1 sem. 1,2 mg DIE x 1 sem. 1,8 mg DIE (optionnel)		Données limitées			1,0 à 1,5 %	2,6 à 3,4 kg	Rare	POSITIF	↓ Albuminurie ↓ Progression néphropathie	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	-	
	TRULICITY (Dulaglutide s.c.)	0,75 mg 1 f.p.s. x 2 sem. 1,5 mg 1 f.p.s. (optionnel)			1,0 à 1,4 %	2,7 à 3,1 kg	Rare	-	Non listé			-						
	OZEMPIC (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)			1,3 à 1,6 %	4,2 à 5,8 kg	Rare	-	Couvert sans restriction			-						
	RYBELSUS (Sémaglutide oral)	3 mg DIE x 30 jours 7 mg DIE x 30 jours 14 mg DIE (optionnel)			1,0 à 1,3 %	2,2 à 3,8 kg	Rare	NEUTRE (résultats d'étude de supériorité à venir)	-			Usage restreint : DT2 non contrôlé avec MET ou autres antihyperglycémiants	-					
AR GIP + GLP-1	MOUNJARO (Tirzépatide)	2,5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. 5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. ↑ 2,5 mg 1 f.p.s. x 4 sem. Ad 10 mg ou 15 mg 1 f.p.s. (optionnel)		Données limitées		2,0 à 2,3 %	7,6 à 11,2 kg	Rare	(étude en cours)	-	Ass. privées	-	Non listé	-	Non listé	-		
iDPP-4	JANUVIA (Sitagliptine)	100 mg DIE		25 mg	50 mg		0,7 %	Neutre	Rare	NEUTRE	↑ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque	EN 167	EN 148	Ass. privées	Janumet 50/500 - 850 - 1000   EN 150 Janumet XR 50/500 - 1000; 100/1000   EN 150	Couvert sans restriction	Janumet / Janumet XR Couvert sans restriction	
	TRAJENTA (Linagliptine)	5 mg DIE				0,5 %	Neutre	Rare	EN 167			EN 148	Ass. privées	Jentaduetto 2,5/500 - 850 - 1000   EN 150	Couvert sans restriction	Jentaduetto Couvert sans restriction		
	NESINA (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)	
	ONGLYZA (Saxagliptine)	5 mg DIE		2,5 mg			0,7 %	Neutre	Rare			Ass. privées	EN 148	EN 149	Komboglyze 2,5/500 - 850 - 1000   EN 150	Couvert sans restriction	Komboglyze Couvert sans restriction	
Alpha-glucosidase	GLUCOBAY (Acarbose)	50 - 100 mg TID					0,6 %	Neutre	Rare	NEUTRE	-	Couvert	Couvert	Couvert	-	Couvert sans restriction	-	
Sécrétagogues	DIABETA (Glyburide)	2,5 - 5 mg DIE/BID (max. 10 mg BID)			Non recommandé		0,5 à 1,0 %	1,5 kg	++	-	-	Couvert	Couvert	-	-	Couvert sans restriction	-	
	DIAMICRON (Gliclazide)	80 mg (max. 160 mg BID) MR 30 - 60 mg (max. 120 mg DIE)					0,5 à 1,0 %	1,5 kg	+	-	-	Couvert	Couvert	-	-	Couvert sans restriction	-	
	AMARYL (Glimépiride)	1 - 2 - 4 mg (max. 8 mg DIE)		Réduction dose à envisager			0,5 à 1,0 %	1,5 kg	++	NEUTRE	-	EN 23	EN 23	-	-	Non listé	-	
	GLUCONORM (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	-	

Rx	Stylos préremplis	Système d'administration et unidose max.	Dosage			Durée d'action	Risque d'hypo.	Couverture RAMQ	Couverture SSNA
			Initiation	Titrage <sup>†</sup>	Changement				
1 f.p.s.	AWIQLI (Icodec)	FlexTouch 1,5 ml (si < 170 U/sem) et 3,0 ml (si > 170 U/sem) (max. 700 U)	70 U 1 f.p.s.	20 U 1 f.p.s.	Dose quotidienne d'insuline basale (DQIB) x 7 ou **	> 7 jours	++	Ass. privées	Non listé
INSULINE BASALE	Prolongée	TRESIBA U100 (Dégludec)	FlexTouch (max. 80 U)	10 U à tout moment de la journée	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUJEO ou d'une insuline BID)	> 42h	+	Couvert	Couvert sans restriction
		TRESIBA U200	FlexTouch (max. 160 U)	2 U tous les 3-4 jours OU 4 U 1 f.p.s.	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUJEO ou d'une insuline BID)				
		TOUJEO U300 (Glargine)	SoloSTAR (max. 80 U)	10 U au coucher ou le matin	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé d'une insuline BID)	Jusqu'à 36h	+	Couvert	Couvert sans restriction
	LANTUS U100 (Glargine)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)	10 U au coucher ou le matin	1:1 (↓ de 20 % lorsque changé de TOUJEO ou d'une insuline BID)	24h	++	Couvert	Couvert sans restriction	
	BASAGLAR (Glargine biosim.)	Cartouche KwikPen (max. 80 U)	1 U DIE						
	SEMGLEE (Glargine biosim.)	Semglee (max. 80 U)	1 U DIE						
Intermédiaire	HUMULIN N	Cartouche KwikPen (max. 60 U)	10 U au coucher	1 U DIE	1:1	12 à 18h	+++	Couvert	Couvert sans restriction
	NOVOLIN GE NPH	Cartouche						Couvert	Couvert sans restriction

Rx	Stylos préremplis	Système d'administration et unidose max.	Début d'action	Couverture RAMQ	Couverture SSNA	
						<b>INSULINE PRANDIALE</b>
Rapide	FIASP (Aspartate ultra rapide)	Cartouche FlexTouch (max. 80 U)	4 min	Ass. privées (selon le plan)	Non listé	
	NOVORAPID (Aspartate)	Cartouche FlexTouch (max. 80 U)		Ass. privées (selon le plan)	Couvert sans restriction	
	TRURAPI (Aspartate biosimilaire)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)	10-20 min	Couvert	Couvert sans restriction	
	KIRSTY (Aspartate biosimilaire)	Kirsty (max. 80 U)		Couvert	Couvert sans restriction	
	HUMALOG U100 (Lispro)	Cartouche KwikPen (max. 60 U)		Ass. privées (selon le plan)	Couvert sans restriction	
	HUMALOG U200	KwikPen (max. 60 U)		Couvert	Couvert sans restriction	
	ADMELOG (Lispro biosimilaire)	Cartouche SoloSTAR (max. 80 U)	10-15 min	Couvert	Couvert sans restriction	
	APIDRA (Glulisine)	SoloSTAR (max. 80 U)		Couvert	Couvert sans restriction	
	Courte durée	HUMULIN R	Cartouche KwikPen (max. 60 U)	30 min	Couvert	Couvert sans restriction
		NOVOLIN GE TORONTO	Cartouche		Couvert	Couvert sans restriction

**Recommandations basées sur les lignes directrices de Diabète Canada.**

**1<sup>\*</sup>** La metformine est recommandée en première ligne de traitement. **2<sup>\*\*</sup>** Les iSGLT2 et les AR GLP-1 sont recommandés après la metformine chez les patients à haut risque CV (MCV établie ou multiples facteurs de risque CV) ou avec maladie rénale et les iSGLT2 chez les patients avec IC. Le bénéfice varie selon les molécules.

En l'absence de ces conditions, le traitement de 2<sup>e</sup> ligne doit être individualisé en fonction des priorités cliniques. En contexte de décompensation métabolique, l'introduction d'insuline est recommandée avec ou sans metformine.

<sup>†</sup> Pour plus d'information, veuillez vous référer à la monographie du produit. <sup>‡</sup> 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.

<sup>o</sup> Recommandé pour les bénéfices cardio-rénaux. Effet hypoglycémiant réduit

<sup>\*</sup> Objectif de glycémie à jeun individualisé. Cible usuelle 4 à 7 mmol/L

<sup>\*\*</sup> Dose quotidienne d'insuline basale (DQIB) x 7 x 1,5 la première dose puis, par la suite, DQIB x 7 1 f.p.s. +/- la titration

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

**1 f.p.s.** : une fois par semaine | **CV** : cardiovasculaire | **DFGe** : débit filtration glomérulaire estimé | **DQIB** : Dose quotidienne d'insuline basale |

**DT2** : Diabète de type 2 | **IMC** : Indice de masse corporelle | **MCV** : maladie cardiovasculaire | **MET** : metformine | **s.c.** : sous-cutané | **SU** : sulfonylurée.

**Référence** : Les données d'efficacité sur l'HbA1c et le poids en ajout à la metformine proviennent des monographies de produit ou des données d'études comparatives. Ce guide reflète les normes actuelles et l'opinion de l'auteur, D<sup>r</sup> Pierre McCabe spécialiste en médecine interne générale. Il ne remplace pas le jugement clinique et ne doit servir qu'à titre de référence.

Certains produits ne sont pas représentés sur le tableau par choix de l'auteur. | © Photos par Vigilance Santé inc.