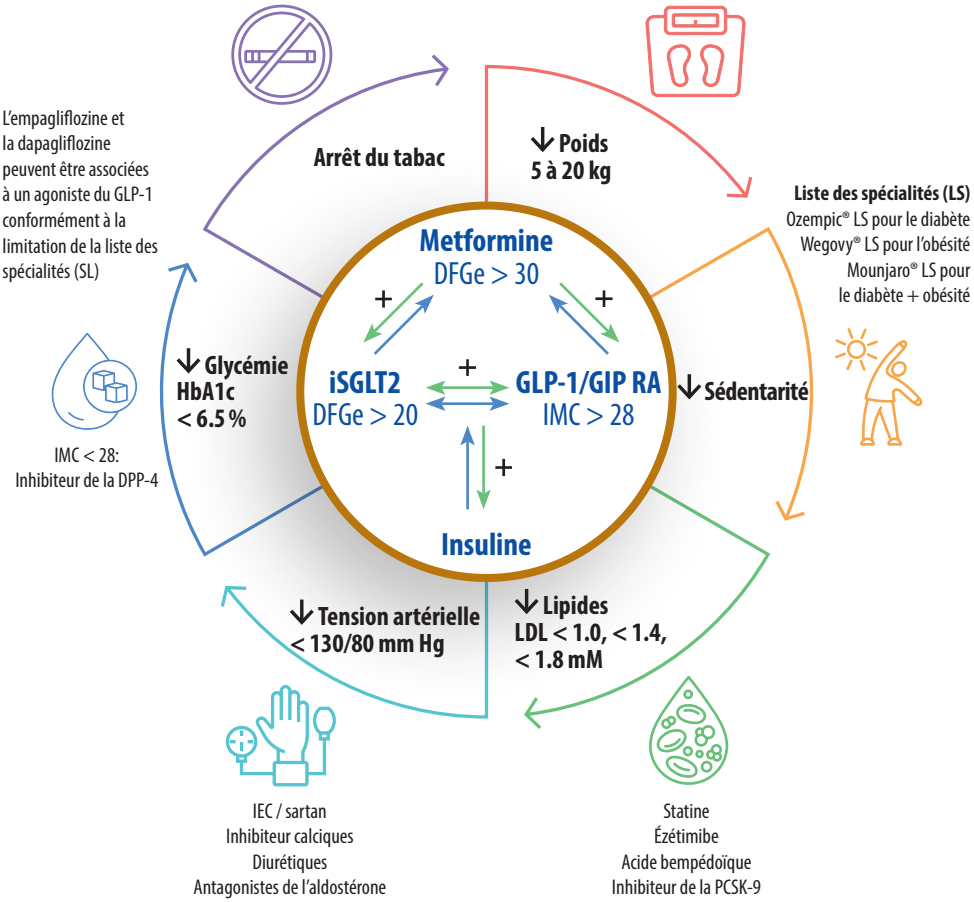
Meilleur traitement Diabète de type 2 et facteurs de risque



Première publication septembre 2026

Publié par la Société Suisse
d'Endocrinologie et de Diabétologie
SSED

Meilleur traitement du diabète de type 2 et des facteurs de risque 2026



↑ Protection cardiorénale

↓ Accident vasculaire cérébral

↓ MASLD / MASH

↓ inflammation

↓ résistance à l'insuline

Objectif: protection des organes, ↓ inflammation, ↓ résistance à l'insuline

Médicaments proposés pour le diabète et l'obésité

sur la base des études disponibles et de la sécurité des substances proposées

Classe et substances	Noms de marque	Association avec la metformine + autres
Biguanide		
Metformine	Glucophage® 500, 850, 1000 mg ou générique	
Inhibiteurs du SGLT-2		
Empagliflozine	Jardiance® 10 mg	JardianceMet® 5/500, 5/1000 mg, Glyxambi® (+Linagliptine) 10/5 mg
Dapagliflozine	Forxiga® 10 mg	Xigduo XR® 5/500, 5/1000, 10/500, 10/1000 mg
Invokana	Invokana® 100, 300 mg	Vokanamet® 50/850, 50/1000, 150/1000 mg
Ertugliflozine	Steglatro® 5 mg	Steglujan® (+Sitagliptine) 5/100 mg
GLP-1 RA, GLP-1/GIP RA		
Sémaglutide	Ozempic® DualDose 0.25 mg, 0.5 mg, FixDose 1 mg, 2 mg Rybelsus® oral 3, 7, 14 mg, Wegovy® Multi Fixdose 0.25, 0.5, 1.0, 1.7, 2.4 mg	
Tirzépatide	Mounjaro® 2.5, 5, 7.5, 10, 12.5, 15 mg	
Liraglutide	Victoza® 0.6, 1.2, 1.8 mg	
Dulaglutide	Trulicity® 0.75, 1.5 mg	
Inhibiteurs de la DPP-4		
Linagliptine	Trajenta® 5 mg (pas d'ajustement posologique en fonction de la fonction rénale)	Jentadueto® 2.5/500, 2.5/1000 mg
Sitagliptine	Januvia® 50, 100 mg	Janumet XR® 50/1000 mg ou générique
Insulines ultra-longues ou coformulées		
Insuline dégludec	Tresiba®	
Glargin 300	Toujeo®	
Insuline asparte / dégludec	Ryzodeg®	
Insulines à action ultra-rapide et à action rapide		
Insuline asparte	Fiasp®	
Humalog	Lyumjev®	
Insuline asparte	NovoRapid®	
Lispro	Humalog®	
Insuline glulisine	Apidra®	

SGED/SSED Facteurs d'une bonne prise en charge

- [ ]  **Contrôles réguliers de l'HbA1c, des lipides, de la tension artérielle, du DFGe et de l'ACR (rapport albumine-créatinine):** au moins 1 à 4 × par an (diabète sucré, hypertension: > 1× par an, eGFR: < 60 ml/min et ACR > 3 mg/mmol: > 1× par an)

- [ ]  **Augmentation de l'activité physique:** > 150 min/semaine, idéalement 300 à 400 min/semaine ou podomètre: très bien > 8 000, bien 5 000 à 7 999, suffisant 3 000 à 4 999, < 3 000 pas par jour: insuffisant

- [ ]  **Perte de poids en cas de surpoids ou d'obésité**

- [ ]  **Arrêt du tabac et conseil régulier aux fumeurs:** au moins 3 × par an

- [ ]  **Tension artérielle:** bonne 120-129/70-80 mm Hg, suffisante <140/90 mm Hg, si >130/80 mm Hg: traitement.
En cas de symptômes et/ou de signes d'insuffisance cardiaque, ainsi qu'en cas de diabète sans symptômes ni signes d'insuffisance cardiaque chez les patients âgés de ≥ 60 ans: Mesure du NT-proBNP / BNP

- [ ]  **Lipides (LDL-C):** selon le risque < 1,0 (risque extrême), 1,4 (risque très élevé), 1,8 mmol/l (risque élevé): idéal avec traitement, diabète de type 2: la plupart des patients présentent un risque très élevé ou élevé, mais l'objectif n'est souvent pas atteint ou aucun traitement n'est suivi, triglycérides > 2,0 mM: facteur de risque supplémentaire

- [ ]  **Maladie rénale chronique:** contrôle au moins annuel du DFGe et de l'albuminurie (pour DFGe < 60 ml/min et ACR (rapport albumine-créatinine) > 3 mg/mmol: 2 à 4 × par an)

- [ ]  **Examen ophtalmologique:** au moins tous les 2 ans, idéalement 1× par an ou plus souvent selon les recommandations de l'ophtalmologue

- [ ]  **Examen des pieds:** au moins 1× par an (monofilament en 5 points par pied, sensibilité aux vibrations au niveau de la 1re articulation métatarso-phalangienne, pouls)

Hypertension artérielle: Recommandations de l'ESC 2024

Pas d'augmentation Tension artérielle	Tension artérielle élevée	Hypertension	Traitement
Tension artérielle en cabinet Pression systolique < 120 mm Hg et pression diastolique < 70 mm Hg	**Tension artérielle en cabinet** Pression systolique 120-139 mm Hg et pression diastolique 70-89 mm Hg	**Tension artérielle en cabinet** Pression systolique > 140 mm Hg et pression diastolique > 90 mm Hg	Objectif de pression artérielle systolique pendant le traitement médicamenteux: 120-129 mm Hg
Automesure Pression systolique < 120 mm Hg et pression diastolique < 70 mm Hg	**Automesure** Pression systolique 120-135 mm Hg et pression diastolique 70-85 mm Hg	**Automesure** Pression systolique > 135 mm Hg et pression diastolique > 85 mm Hg	Diabète, prédiabète ou obésité: traitement en cas de tension artérielle > 130/80 mm Hg
Mesure sur 24 heures Pression systolique < 115 mm Hg et pression diastolique < 65 mm Hg	**Mesure sur 24 heures** Pression systolique 115-129 mm Hg et pression diastolique 65-79mm Hg	**Mesure sur 24 heures** Pression systolique > 130 mm Hg et pression diastolique ≥ 80 mm Hg	Exception: objectif thérapeutique: orthostase > 20 (systolique)/ >10 mm Hg (diastolique) et/ou âge > 85 ans, espérance de vie < 3 ans

Les valeurs de l'automesure de la pression artérielle à domicile et les valeurs diurnes de la mesure ambulatoire sur 24 heures sont identiques.

Deux types de mesures sont optimaux pour l'ajustement du traitement.

Traitement: hypertension artérielle

Traitement combiné à faible dose: 2 médicaments
IEC/ARA ou inhibiteurs calciques ou diurétiques
Recommandation de classe I

Tension artérielle non contrôlée après 1 à 3 mois

Traitement triplé à faible dose: 3 médicaments
IEC/ARA ou inhibiteurs calciques ou diurétiques
Recommandation de classe I

Tension artérielle non contrôlée après 1 à 3 mois

Dose maximale tolérée en trithérapie: 3 médicaments
IEC/ARA ou inhibiteurs calciques ou diurétiques
Recommandation de classe I

Tension artérielle non contrôlée après 1 à 3 mois

Hypertension résistante
Orientation vers des spécialistes et suivi de l'observance
Ajout d'un antagoniste de l'aldostérone
Recommandation de classe IIa

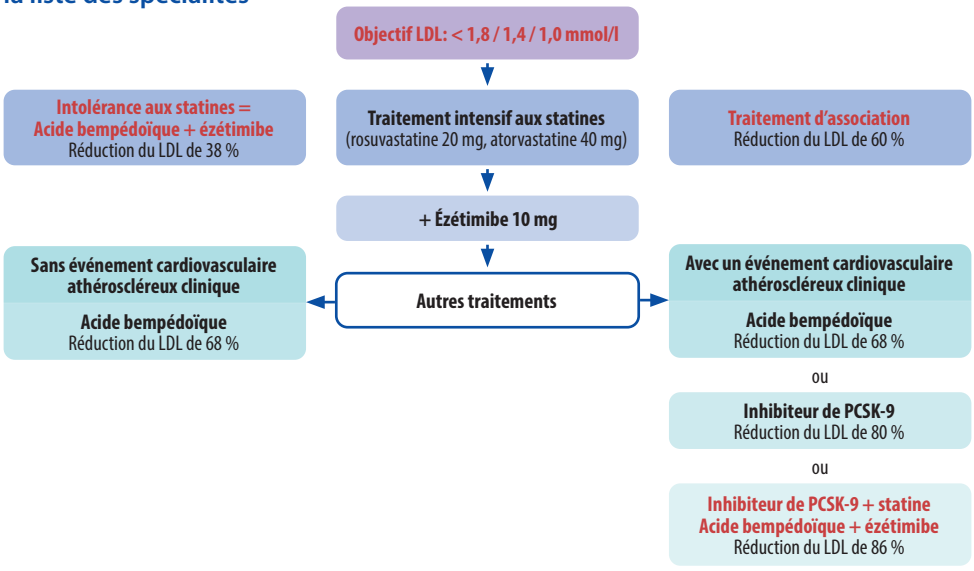
Ajout d'un bêtabloquant
en cas d'angine de poitrine, après un infarctus du myocarde, en cas d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF), pour le contrôle de la fréquence cardiaque
Recommandation de classe I

Lipides: Recommandations ESC/EAS 2025

Risque / Objectif de LDL-C	Score / Score OP	Critères
Risque faible **Cible LDL-C: < 3 mmol/l**	< 2 %	-
Risque moyen **Cible LDL-C: < 2.6 mmol/l**	2 - < 10 %	Jeunes patients (DT1 < 35 ans, DT2 < 50 ans et durée du diabète < 10 ans) sans FR supplémentaires
Risque élevé **Cible LDL-C: < 1.8 mmol/l**	10 - < 20 %	HC familiale sans facteurs de risque, insuffisance rénale chronique modérée (30-59 ml/min), facteurs de risque fortement élevés (TC > 8 mM, LDL-C > 4,9 mM, tension artérielle > 180/110 mmHg), **diabète sans complications avec une durée du diabète ≥ 10 ans ou facteurs de risque supplémentaires**
Risque très élevé **Cible LDL-C: < 1.4 mmol/l**	> 20 %	Maladie cardiovasculaire (prévention secondaire), antécédents hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire et facteurs de risque, insuffisance rénale chronique sévère (< 30 ml/min), **diabète avec complications et ≥ 3 facteurs de risque ou diabète de type 1 depuis ≥ 20 ans**
Risque extrême **Cible LDL-C: < 1.0 mmol/l**	-	Maladie cardiovasculaire, événement récidivant malgré la dose maximale tolérée de statine, maladie polyvasculaire : maladie coronarienne et AOMI (prévention secondaire)

Traitement: dyslipidémie associée au diabète de type 2

en cas de risque élevé, très élevé et extrême, y compris les restrictions de la liste des spécialités



Insuffisance rénale chronique (IRC): KDIGO 2022 et 2024

IRC = DFGe < 60 ml/min/1,73 m²
depuis plus de 3 mois[1]

et
ou

IRC = albuminurie.
ACR > 3 mg/mmol
depuis plus de 3 mois[1]

Catégories d'albuminurie (ACR, mg/mmol)

DFGe (ml/min/1,73 m²)		A1 Normal < 3	A2 Microalbuminurie 3–30	A3 Macroalbuminurie > 30
G1	≥ 90			
G2	60–89			
G3a	45–59			
G3b	30–44			
G4	15–29			

- Risque faible*
- Risque modéré
- Risque élevé
- Risque très élevé

* En l'absence d'autres signes d'une maladie rénale, il n'y a pas d'IRC.

Traitement: IRC associée au diabète sucré

	Traitement de l'IRC et du diabète		Traitement de l'hypertension (HTA)	Traitement de l'hyperlipidémie
Traitement de première ligne	iSGLT2 (si DFGe ≥ 20, jusqu'à la dialyse ou la transplantation)	Metformine (si DFGe ≥ 30)	Inhibiteurs du SRA à la dose maximale tolérée (en cas d'HTA)	Statine Acide bempédoïque
Traitement complémentaire adapté au risque	AR GLP-1	ARM non-stéroïdien (finérénone) si microalbuminurie et kaliémie normale	Antagoniste calcique ± diurétique (pour atteindre l'objectif tensionnel)	Ézétimibe, iPCSK-9, icosapent éthyl (↓risque lipidique et CV)
	Insuline pour atteindre l'objectif d'HbA1c		ARM stéroïdien pour HTA résistante, si DFGe ≥ 45	

Traitement: insuffisance cardiaque

ICFEr (HFrEF)	ICFEp (HFpEF)
FEVG < 50%	FEVG ≥ 50%
• **IEC/ARA/ARNI** • **Bêtabloquant** • **Antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM)** • **Dapagliflozine/empagliflozine** • **Diurétiques de l'anse** (rétention hydrique), **classe I**	• **Dapagliflozine/empagliflozine** • **Antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM)** • **Diurétiques de l'anse** (rétention hydrique), **classe I**
• **Digoxine** (FEVG >45 %), **classe IIa**	• **Sémaglutide/tirzépatide** (obésité + FEVG >45 %), **classe IIa**
• **Véricigiuat** (Verquvo®) (FEVG <45 %), **classe IIb**	• **IEC/ARA/ARNI, classe IIb**

Score de risque cardiovasculaire
(facteurs de risque modifiables)

Nombre de points	HbA1c (%) 1–4× /an	Tabagisme	Tension artérielle (mm Hg) 1 à 4 × par an	LDL-C (mmol/l) 1 à 2 × par an	ACR (mg/mmol) 1 à 2 × par an	DFGe (ml/min) 1 à 4 × par an	IMC	Poids (kg) pour un IMC > 25	Pas/jour	Rétinopathie Neuropathie ≥ 1 × par an
0	≥ 8.0	> 5 cigarettes/ jour	≥ 140/90	≥ 1.5 > VC	> 300	< 15	> 35	Augmen-tation	< 3 000	Cécité/rétinopathie proliférative VS + MF: 0
1	7.0–7.9	< 5 cigarettes/ jour	130–139/ 81–89	0.6–1.5 > VC	31–300	15–29	31–35	0–4.9	3 000– 4 999	Rétinopathie non proliférative sévère VS 1–2/8
2	5.7–6.9	Anciens fumeurs	120–129/ 70–80	0.1–0.5 > VC	3 à 30	30–59	25–30	5–9.9	5 000– 7 999	Rétinopathie non proliférative VS: 3–6/8
3	< 5.7	Non-fumeur	< 120/70	≤ valeur cible	< 3	≥ 60	< 25	≥ 10 ou BMI < 25	≥ 8 000	Pas de rétinopathie ni neuropathie

Très bien:	**25-30 points**
Bon:	**19-24 points**
Suffisant:	**13-18 points**
Insuffisant:	**< 13 points**

Valeur cible du LDL-C: < 1.0 mM: risque extrême, < 1.4 mM: risque très élevé, < 1.8 mM: risque élevé

Si certaines valeurs ne sont pas mesurées: 0 point
Rétinopathie et neuropathie équivalentes. Évaluation du RTA, de la sensibilité vibratoire (SV) au niveau de la 1ère articulation métatarso-phalangienne, et test au monofilament (MF)

ACR: rapport albumine/créatinine urinaire; **DFGe:** débit de filtration glomérulaire estimé; **DT2:** diabète de type 2; **IRC:** insuffisance rénale chronique.

Références

• Gastaldi G, et al. Swiss Med Wkly. 2023;153:40060. • SSED Critères pour une « bonne » prise en charge de diabète dans les soins de base: https://www.sgedssed.ch/fr/diabetologie/outils-pratiques-pour-la-medecine-de-base • McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018 • Mach F, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46:4359–4378 • Rossing P, et al. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102:990–999 • Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024 Apr;105(4S):S117-S314 • Køber L, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28:ehag100 • McEvoy JW, et al. PREVENT equations for cardiovascular disease risk prediction in primary care. Eur Heart J. 2024;45:3912–4018 • Bourke E, et al. Prev Med Rep. 2024;46:102866. • Tadisghi I, et al. PLoS Med. 2025;22(11):e1004561 • PREVENT™ Online Calculator. American Heart Association. https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator • SCORE 2 Rechner (grande base de données couvrant les pays européens): https://agla.ch/de/rechner-und-tools/esc-score2-diabetes-rechner.

SGED SSED
Platinum Partners
2026

Abbott
AMGEN
ascendis pharma
AstraZeneca
Lilly
Boehringer Ingelheim
Roche
Rhythm Pharmaceuticals
sanofi
novo nordisk

SGED - SSED | Rütistrasse 3a | CH-5400 Baden | Tel. 056 552 02 60 | office@sgedssed.ch