



SURMONTEZ LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE L'INSULINOTHÉRAPIE ET PRENEZ EN MAIN VOTRE DIABÈTE DE TYPE 2 DÈS AUJOURD'HUI!

On estime que **1,5 MILLION DE CANADIENS** qui vivent avec le diabète¹ ne réussissent pas à atteindre leur glycémie cible².



Un certain nombre de facteurs contribuent à cette situation. Pour les personnes atteintes de diabète de type 2 (DT2), le fait de retarder l'instauration (initiation) de l'insulinothérapie ou de ne pas augmenter au bon moment leur dose d'insuline (intensification), sont des facteurs importants qui nuisent à leur capacité de maîtriser avec succès leur taux de glucose³⁻⁶.

MODE DE VIE SAIN ET INSULINOTHÉRAPIE



AMÉLIORENT LA GLYCÉMIE



RÉDUISENT LES RISQUES POUR LA SANTÉ



SAVIEZ-VOUS QUE...

L'INSULINE EST UN TRAITEMENT SUBSTITUTIF DE L'HORMONE NATURELLE QUI EST PRODUITE PAR VOTRE CORPS¹¹

À l'aide de votre équipe de soins de santé, vous pourrez élaborer un plan qui permettra de vous prendre en main pour mieux vivre, en bonne santé, grâce à l'atteinte d'un taux de glycémie cible.

Ce plan comprendra l'apprentissage et l'adoption de saines habitudes d'alimentation et d'exercice physique, la surveillance de la glycémie, la prise de médicaments pour le diabète, dont l'insuline, ainsi que la gestion du stress.

GÉREZ VOTRE DIABÈTE EN TOUTE CONFIANCE



PAR OÙ COMMENCER ?

PARLEZ-EN À VOTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ !

1.

Posez des questions et élaborer un plan



Ce plan établira :

- ✓ Votre équipe de soins de santé : médecin de famille, infirmière, diététiste, endocrinologue, pharmacien et psychologue ;
- ✓ Vos taux cibles de glycémie ;
- ✓ Vos saines habitudes d'alimentation et d'activité physique ;
- ✓ Vos meilleures options de traitement médical, y compris un plan d'instauration de l'insulinothérapie et d'éducation sur le diabète.

Comme plusieurs Canadiens, il est possible que vous ayez certaines préoccupations à propos de l'insuline. Voici un aperçu de ce que vous apprendra votre professionnel de la santé :

Tout d'abord, sachez que, à cause de la **progression naturelle** du diabète de type 2, l'utilisation de l'insuline est tout à fait normale. N'oubliez pas que l'insuline est utilisée pour remplacer une hormone naturelle produite par votre corps¹².

Ce qui vous préoccupe, c'est peut-être...

La peur de l'insuline et des injections

La croyance que la prise d'insuline est compliquée

La peur que l'usage de l'insuline entraîne des complications et des effets indésirables

La peur de l'hypoglycémie (faible taux de glucose sanguin)

LA BONNE NOUVELLE, C'EST QUE...

- ✓ Les stylos injecteurs d'insuline sont munis d'une aiguille très courte et fine.
- ✓ L'insuline s'injecte sous la peau et non dans les veines.
- ✓ Les nouveaux stylos offerts sont préremplis ou rechargeables, ce qui évite le transport des fioles et des seringues. Il existe des insulines à administration **une fois par jour** qui les rend plus pratiques et plus faciles à utiliser.
- ✓ L'insuline vous aidera à **atteindre votre taux cible de glycémie** et à réduire le risque de complications^{13,14}.
- ✓ Avec les insulines basales, la prise de poids est faible (1 à 2 kg). C'est notamment le cas des nouveaux analogues de l'insuline basale¹⁵⁻²¹.
- ✓ Les nouvelles générations d'insuline basale présentent moins de risques d'hypoglycémie²².
- ✓ La plupart des épisodes d'hypoglycémie sont légers²³.
- ✓ Votre professionnel de la santé vous aidera à prévenir l'hypoglycémie²⁴.

Grâce aux nouvelles insulines basales à administration unique quotidienne, vous n'aurez qu'à injecter, comme le nom l'indique, **une seule fois par jour** !

L'insulinothérapie ne doit pas limiter votre mode de vie. En autant que vous le faites à tous les jours au même moment, vous pouvez choisir d'administrer votre insuline le matin ou le soir, selon ce qui vous convient le mieux.

2.

Trouvez l'insuline qui vous convient !

Votre professionnel de la santé vous guidera dans le choix d'une insuline qui présente moins de risques d'hypoglycémie^{25,26}.

3.

Souvenez-vous que vous n'êtes pas seul(e) !

- Vous avez à votre disposition une équipe complète de gestion du diabète !
- Cette équipe, y compris votre professionnel de la santé, sera à vos côtés pour vous offrir son soutien et vous renseigner tout au long de votre traitement.

Votre équipe de soins de santé vous donnera les outils nécessaires pour **PRENDRE EN MAIN LA GESTION DE VOTRE TRAITEMENT** du diabète de type 2 dans le but de mener une vie saine et active.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter SANOFI.CA

Suivez @SanofiCanada sur 

¹<https://www.diabetes.ca/about-diabetes>. ²Leiter LA et al. Type 2 diabetes mellitus management in Canada: is it improving? Can J Diabetes, 2013, 37(2) : p. 82-9. ³Khunti K et al. Clinical inertia with regard to intensifying therapy in people with type 2 diabetes treated with basal insulin. Diabetes Obes Metab, 2016, 18(4) : p. 401-9. ⁴Paul SK et al. Delay in treatment intensification increases the risks of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes. Cardiovascular Diabetology, 2015, 14(1) : p. 100. ⁵Khunti K. Clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus: a focused literature review. The British Journal of Diabetes, 2015, 15(2) : p. 65-69. ⁶Khunti K et al. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. Diabetes Care, 2013, 36(11) : p. 3411-7. doi : 10.2337/dci13-0331. Publié en ligne le 22 juillet 2013. ⁷Association américaine du diabète. Persistent Effects of Intensive Glycemic Control on Retinopathy in Type 2 Diabetes in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Follow-On Study. Diabetes Care, 2016, 39(7) : p. 1089-100. Publié en ligne le 11 juin 2016. ⁸Duckworth W et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. The New England Journal of Medicine, 2009, 360(2) : p. 129-39. ⁹Gaede P, Lund-Andersen H, Parving H, Pedersen, O. Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. New England Journal of Medicine, 2008, 358(6) : p. 580-591. ¹⁰King P, Peacock I, Donnelly, R. (2001). The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. British Journal of Clinical Pharmacology, 2001, 48(5) : p. 643-648. ¹¹Polonsky WH and Jackson RA. What's So Tough About Taking Insulin? Addressing the Problem of Psychological Insulin Resistance in Type 2 Diabetes. Clinical Diabetes, 2004, 22(3) : p. 147-150. ¹²Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Groupe de l'étude UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Lancet 1998, 352(9131) : p. 837-53. ¹³Holman RR et al. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. New England Journal of Medicine, 2008, 359(15) : p. 1577-1589. ¹⁴Khunti K, Millar-Jones D. Clinical inertia to insulin initiation and intensification in the UK: A focused literature review. Prim Care Diabetes, 2017, 11(1) : p. 3-12. ¹⁵Ritzel R et al. Patient-level meta-analysis of the EDITON 1, 2 and 3 studies: glycaemic control and hypoglycaemia with new insulin glargine 300 U/ml versus glargine 100 U/ml in people with type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab, 2015, 17(9) : p. 859-67. ¹⁶Zimmerman B et al. Insulin degludec versus insulin glargine in insulin-naïve patients with type 2 diabetes: a 1-year, randomized, treat-to-target trial (BEGIN Once Long). Diabetes Care, 2012, 35(12) : p. 2484-71. ¹⁷Gough SC et al. Low-volume insulin degludec 200 units/ml once daily improves glycaemic control similarly to insulin glargine with a low risk of hypoglycaemia in insulin-naïve patients with type 2 diabetes: a 26-week, randomized, controlled, multinational, treat-to-target trial: the BEGIN LOW VOLUME trial. Diabetes Care, 2013, 36(9) : p. 2536-42. ¹⁸Onishi Y et al. Insulin degludec compared with insulin glargine in insulin-naïve patients with type 2 diabetes: A 26-week, randomized, controlled, Pan-Asian, treat-to-target trial. J Diabetes Investig, 2013 4(6) : p. 605-12. ¹⁹Standl E, Owen, D R. New Long-Acting Basal Insulins: Does Benefit Outweigh Cost? Diabetes Care, 2016, 39(Supplement 2) : p. S172-S179. ²⁰Garber AJ et al. Insulin degludec, an ultra-longacting basal insulin, versus insulin glargine in basal-bolus treatment with mealtime insulin in type 2 diabetes (BEGIN Basal-Bolus Type 2): a phase 3, randomised, open-label, treat-to-target non-inferiority trial. Lancet 2012, 379(9825) : p. 1498-507. ²¹Ritzel R et al. Patient-level meta-analysis of the EDITON 1, 2 and 3 studies: glycaemic control and hypoglycaemia with new insulin glargine 300 U/ml versus glargine 100 U/ml in people with type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab, 2015, 17(9) : p. 859-67. ²²Clayton D, Woo V, Yale J-F. Chapter 14: Hypoglycémie, Lignes directrices 2013, Association canadienne du diabète. ²³Powers MA et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes. Diabetes Educ., 2017, 43(1) : p. 40-53. doi: 10.1177/0145721716689694. ²⁴Khunti K, Millar-Jones D. Clinical inertia to insulin initiation and intensification in the UK: A focused literature review. Prim Care Diabetes, 2017, 11(1) : p. 3-12. ²⁵Standl E, Owen DR. New Long-Acting Basal Insulins: Does Benefit Outweigh Cost? Diabetes Care, 2016, 39(Supplement 2) : p. S172-S179.