

DIMENSION ÉCONOMIQUE

Insulin therapy for diabetes mellitus : Treatment regimens and associated costs

B. Chardonnel, et al.

Diabetes Metab. 2012 Apr;38(2):156-63



Ressources de référence dans le diabète

Contexte

- Augmentation constante de la prévalence du diabète et des prescriptions associées

Objectifs

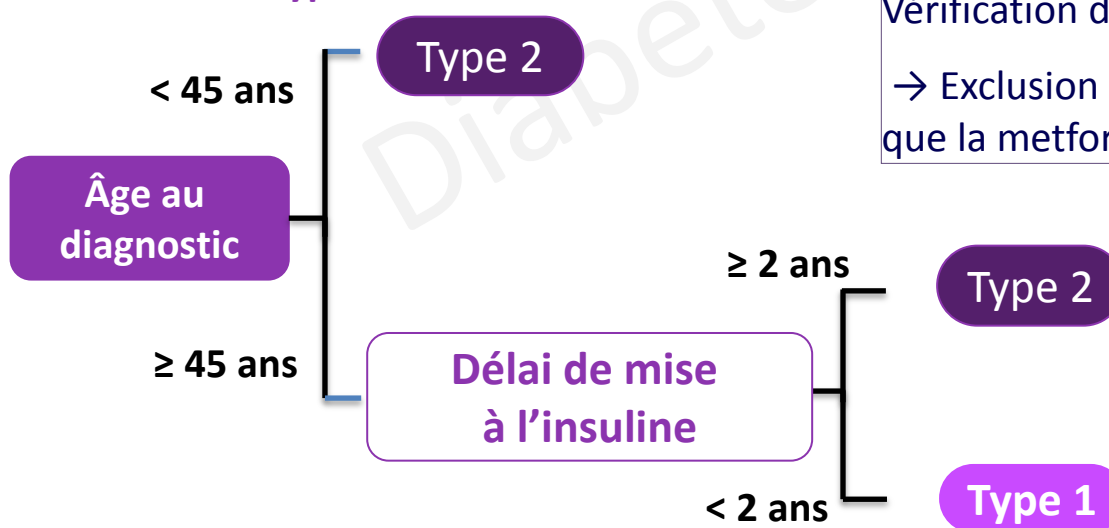
- Estimer et comparer les coûts de traitement par insuline, en France, en vie réelle, selon les schémas thérapeutiques utilisés
- Décrire et caractériser les schémas thérapeutiques utilisés actuellement en France dans une population représentative de patients traités par insuline, seule ou en association à des antidiabétiques oraux

- Étude observationnelle, transversale, multicentrique

Inclusion

- Patient d'âge ≥ 18 ans, traité par insuline pour un diabète de type 1 ou de type 2
- Présentation du patient dans une pharmacie participant à l'étude (période d'inclusion : été 2010) pour une dispensation d'insuline pour son propre usage (exclusion des patients traités par des analogues du GLP-1 et ceux sous pompe à insuline)
- Patient acceptant de répondre à l'ensemble du questionnaire

Définition du type de diabète



Vérification des ADO consommés par les DT1

→ Exclusion de 13 patients traités par d'autres ADO que la metformine (seule ou en association fixe)

ADO : Anti-diabétique oral

Diabète de type 1

- Schéma 1 : 1 ou 2 injections par jour
- Schéma 2 : 3 injections par jour
- Schéma 3 : 4 injections ou plus par jour

Diabète de type 2

- **Stratégie dite Basale** : recours à une insuline lente ou intermédiaire exclusivement

Schéma 1 : utilisation d'insuline Glargine U100

Schéma 2 : utilisation d'insuline Detemir

Schéma 3 : utilisation d'une insuline NPH

- **Stratégie dite Basale intensifiée** : recours à une insuline lente ou intermédiaire et à une insuline rapide

Schéma intensification modérée : schémas comprenant 1 injection d'insuline rapide par jour

Schéma intensification importante : schémas comprenant 2 injections ou plus d'insuline rapide par jour

- **Stratégie dite Rapide seule** : recours exclusif à une insuline rapide

Caractéristiques patients

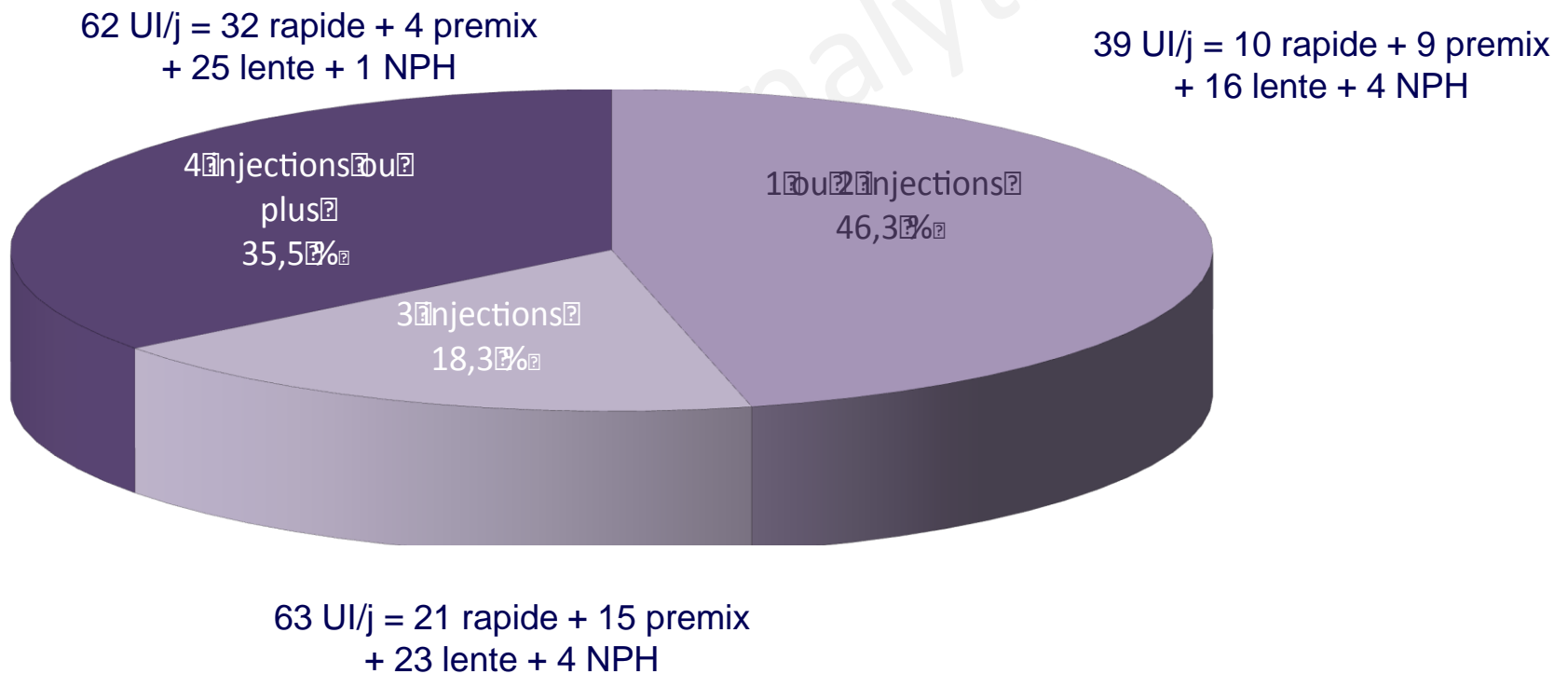
	Diabète type 1	Diabète type 2	Total
Effectif	361 (16,4 %)	1 902 (83,6 %)	2263 (100 %)
Sexe			
Masculin	59,3 %	53,6 %	54,5 %
Féminin	40,7 %	46,4 %	45,5 %
Âge			
Moyenne (Écart-type)	41,9 (± 15,4)	68,3 (±12,2)	64,1 (±16,0)
ALD	98,9 %	98,7 %	98,7 %
CMU C	11,1 %	5,6 %	6,5 %

ALD : Affection Longue Durée

CMU C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

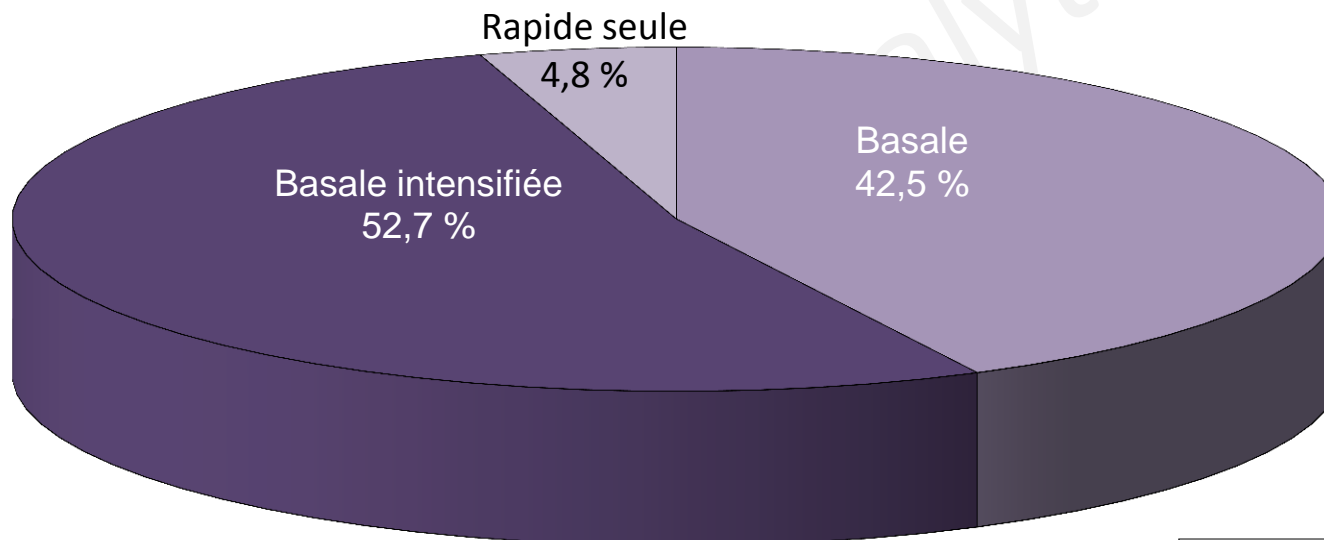
Diabète de type 1 (n=361)

- Stratégies principales des patients diabétiques de type 1 :
 - Une ou deux injections quotidiennes (46,3 %)
 - Association d'insuline basale et au moins une dose d'insuline rapide (43,8 %)



Diabète de type 2 (n=1 902)

- Stratégies des patients diabétiques de type 2 :
 - 58 combinaisons
 - Insuline basale / intermédiaire seule (42,5%)
 - Combinaison d'insuline basale/intermédiaire et insuline rapide (52,7 %)



Intensification modérée : 20%
Intensification importante : 33%

Insuline Glargine U100: 29 %
Insuline Detemir : 7 %
NPH : 7 %

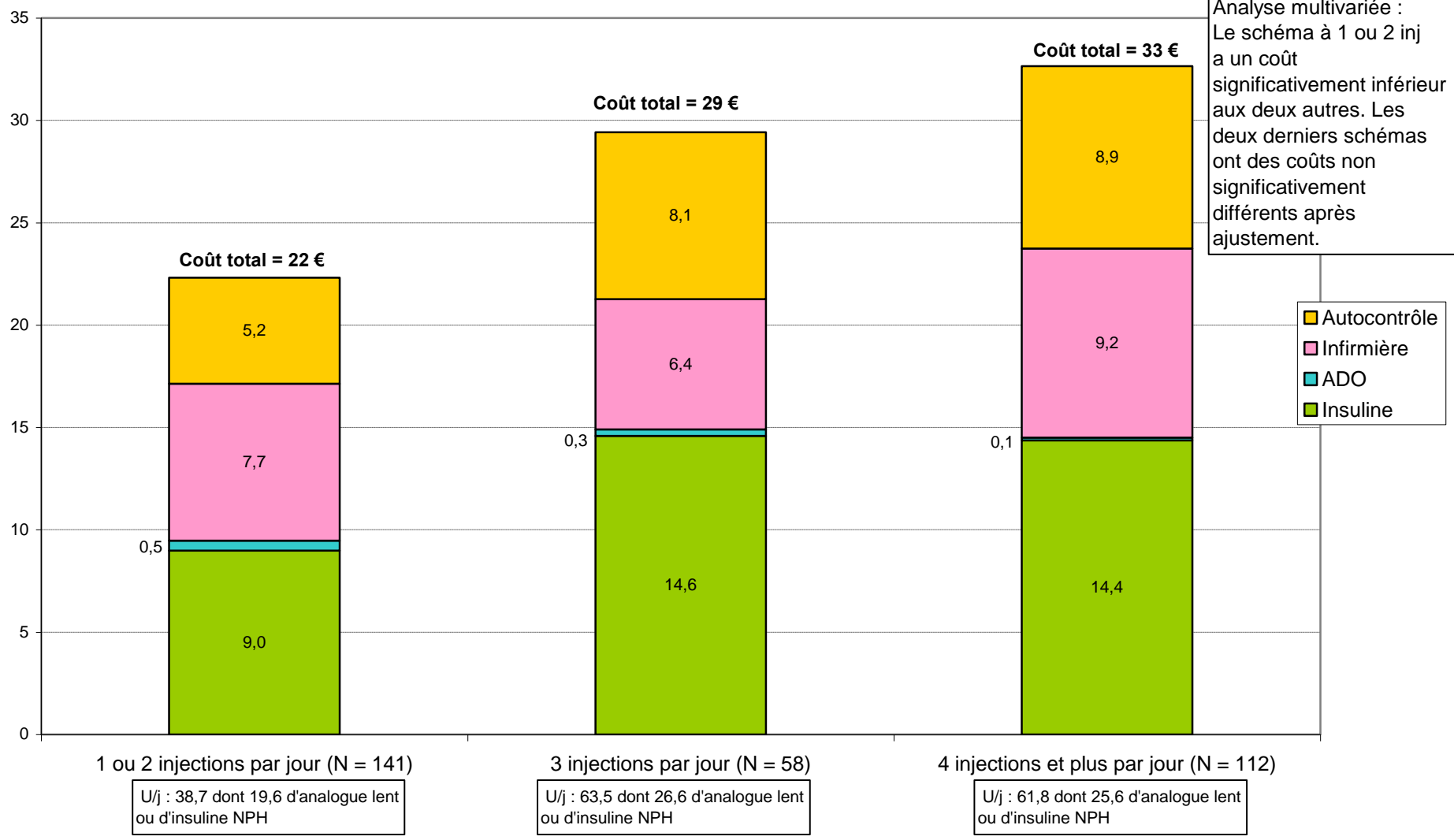
Analyse économique : les composantes des coûts

	Diabète type 1	Diabète type 2	Total
Effectif	361 (16,4 %)	1 902 (83,6 %)	2263 (100 %)
Insuline associée à des ADO	12,5 %	51,0 %	44,8 %
Recours à une infirmières pour tout ou partie des injections	7,2 %	28,0 %	24,7 %
Autosurveillance de la glycémie	93,1 %	97,1 %	96,4 %
Nombre moyen bandelettes utilisées (/ semaine)	21,8 (± 11,0)	16,6 (± 9,1)	17,4 (± 9,6)

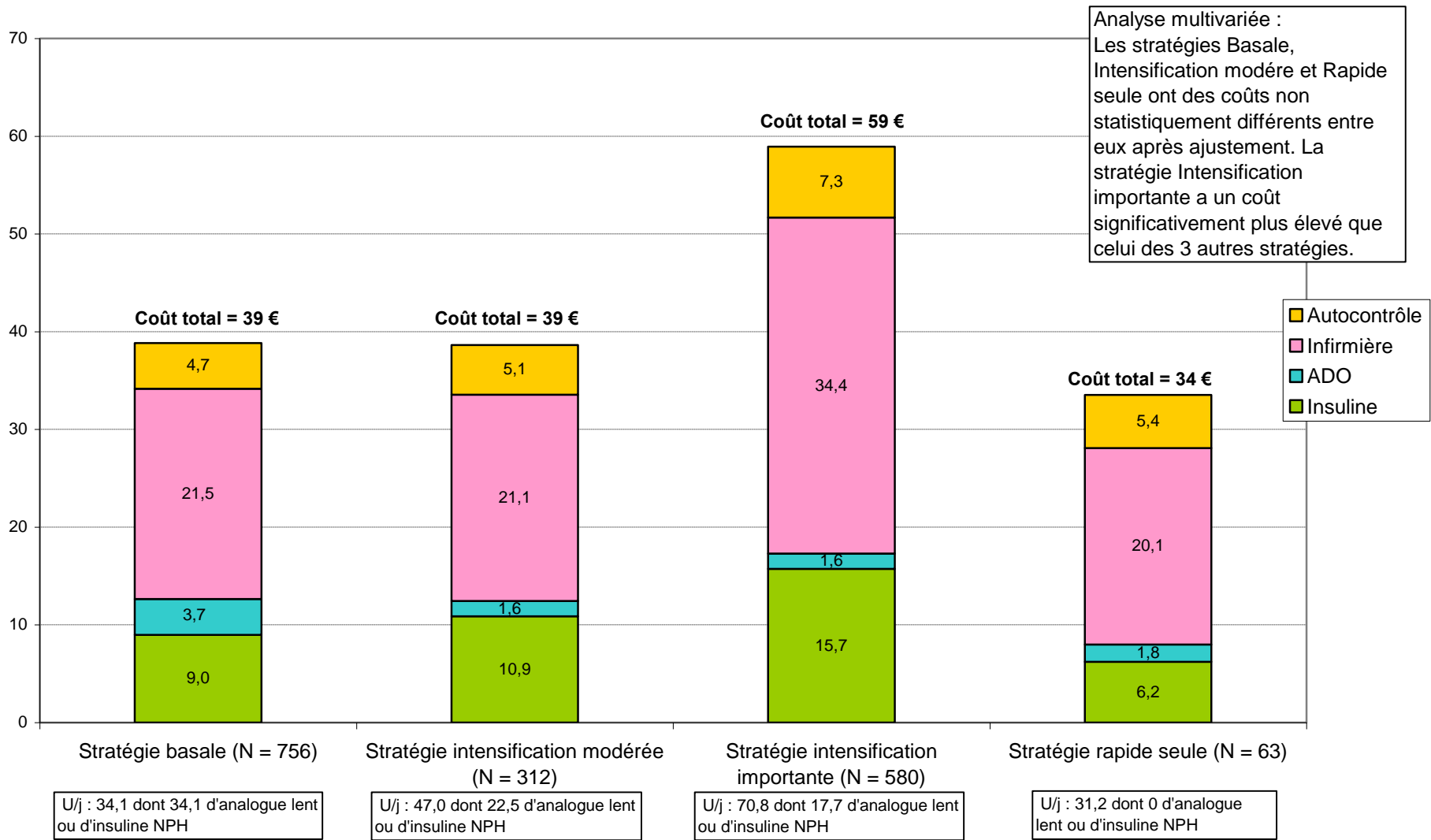
Analyse économique : Coût de l'insulinothérapie par semaine

	Diabète types 1 et 2	Diabète type 1	Diabète type 2
Autocontrôle	6,0 €	7,1 €	5,7 €
Infirmière	23,0 €	8,0 €	25,8 €
ADO	2,0 €	0,3 €	2,5 €
Insuline	12,0 €	12,0 €	11,5 €
TOTAL DÉPENSES	43 €	27,4 € (± 35,7)	45,4 € (± 50,5)

Analyse économique : Coût par stratégie thérapeutique du diabète de type 1



Analyse économique : Coût par stratégie thérapeutique du diabète de type 2



- Importante hétérogénéité des schémas d'utilisation de l'insuline chez les patients diabétiques
- Les coûts associés aux différents schémas sont diverses et ne reposent pas seulement sur l'insuline
- Envisager une amélioration des soins dérivés permettrait d'harmoniser les pratiques d'insulinothérapie
- La réduction des coûts de traitement pourrait reposer sur l'apprentissage et la réalisation de l'auto-injection de l'insuline.