

COÛT CROISSANT DE L'INSULINOTHÉRAPIE EN BELGIQUE

De l'analyse critique de la situation à la recherche de solutions pratiques

A.J. SCHEEN (1)

RÉSUMÉ : L'analyse des dépenses des soins de santé fait apparaître une progression importante des coûts liés à l'insulinothérapie en Belgique, comme dans d'autres pays européens. Cet article a pour but d'analyser brièvement les diverses raisons de cette progression des dépenses liées au traitement par insuline, d'intégrer cette donnée dans le cadre de la problématique globale du diabète et d'ébaucher quelques pistes de réflexion pour garantir les meilleurs soins aux personnes diabétiques insulino-traitées à un coût acceptable. L'augmentation du coût de l'insulinothérapie a une origine multifactorielle. Elle résulte principalement d'un accroissement du nombre de patients diabétiques, d'une intensification de la prise en charge, dans le diabète de type 1 comme dans le diabète de type 2, et de l'utilisation croissante d'analogues de l'insuline plus onéreux. Il est important d'analyser l'accroissement du coût de l'insulinothérapie dans le cadre de la problématique de la charge globale de la maladie diabétique. Seule une responsabilisation de tous les partenaires de santé, patients, médecins, firmes pharmaceutiques, pouvoirs publics, est susceptible d'apporter les solutions permettant de faire bénéficier les personnes diabétiques des meilleures approches thérapeutiques de façon à prévenir l'apparition des complications, source bien connue d'un surcoût considérable.

MOTS-CLÉ : *Diabète sucré – Insulinothérapie – Coût – Analogues de l'insuline – Pharmacoeconomie*

INTRODUCTION

L'insuline est une hormone indispensable à la vie pour les personnes diabétiques de type 1 (dites insulino-dépendantes). Par ailleurs, elle est nécessaire pour obtenir un contrôle glycémique adéquat chez de nombreux patients diabétiques de type 2 lorsque ceux-ci ont fini par quasi épuiser leurs cellules B des îlots de Langerhans du pancréas (patients devenus insulino-requérants ou insulino-nécessitants).

Depuis très longtemps, les patients diabétiques peuvent bénéficier gratuitement de l'insuline en Belgique et il faut s'en réjouir. Cependant, l'analyse des dépenses des soins de santé fait apparaître une progression importante des coûts liés à l'insulinothérapie dans notre pays au cours des dernières années. Ainsi, le montant utilisé pour le remboursement des insulines est passé de 31,8 millions d'euros en 2002 à 46,5 millions d'euros en 2005, soit une progression de 47 % (source IMS). Cette évolution

INCREASING COST OF INSULIN THERAPY IN BELGIUM.
FROM A CRITICAL ANALYSIS OF THE SITUATION TO A SEARCH
FOR PRACTICAL SOLUTIONS

SUMMARY : Cost related to insulin therapy is markedly increasing in Belgium, as in other European countries. In the present paper, we will briefly analyze the main reasons for such an increase, integrate such observation within the global context of diabetes management and suggest some solutions to provide best care to insulin-treated diabetic patients at a reasonable cost. The rise of the cost of insulin therapy has a multifactorial origin. It mainly results from an increase in the number of diabetic patients, a more intensive management, in both type 1 and type 2 diabetes, and a greater use of more expansive insulin analogues. It is important to analyze the increase of the cost of insulin therapy within the global burden of diabetes mellitus. Only a better responsibility of all health care partners, patients, physicians, pharmaceutical companies, public health authorities, could provide solutions allowing diabetic people to profit from best treatments they should receive in order to prevent diabetic complications, by far the main cause of expenses.

KEY-WORDS : *Cost – Diabetes mellitus – Insulin analogues – Insulin therapy – Pharmacoeconomics*

est observée dans tous les pays européens limitrophes de la Belgique, aux Pays-Bas (1), en Allemagne (2) et en France (3), quoique à des degrés variables. Compte tenu des difficultés budgétaires dans le secteur des soins de santé, cette évolution inquiète les autorités de santé publique à tel point que des mesures ont été discutées récemment à la Commission de Remboursement des Médicaments pour tenter d'enrayer cette progression. Encore faut-il que ces mesures ne privent pas les personnes diabétiques des meilleurs soins qu'elles sont en droit d'attendre et de recevoir.

Cet article a pour but d'analyser brièvement les diverses raisons de cette progression du coût de l'insulinothérapie, de discuter s'il convient de s'en inquiéter dans le cadre de la problématique globale du diabète sucré et d'ébaucher quelques pistes de réflexion pour garantir les meilleurs soins, à un coût acceptable, aux personnes diabétiques traitées par insuline.

ANALYSE DES RAISONS DE L'AUGMENTATION DES COÛTS DE L'INSULINOTHÉRAPIE

A. AUGMENTATION DU NOMBRE DE PATIENTS DIABÉTIQUES

L'Organisation Mondiale de la Santé annonce une «épidémie» de diabète pour les prochaines

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, Département de Médecine, CHU Sart Tilman.

décennies. La situation est déjà dramatique aux Etats-Unis où le diabète est devenu une des causes principales de morbidité et de mortalité, une des rares en progression par ailleurs (4). Le phénomène concerne surtout les patients diabétiques de type 2 et s'explique essentiellement par les modifications du style de vie inhérentes à la modernisation de la société (alimentation inadaptée, sédentarité) et par un accroissement de la longévité. Par ailleurs, le nombre de patients diabétiques de type 1 est également en progression : d'une part, suite à une augmentation, mal comprise par ailleurs, des nouveaux cas parmi les personnes jeunes; d'autre part, suite à une meilleure espérance de vie, liée notamment à une réduction de la mortalité résultant des complications aiguës (acidocétose, infections graves). Dans une enquête française récente, il a été estimé que le nombre de personnes traitées par insuline a augmenté de 7,4 % par an entre 1998 et 2002 (3). Il est aisé de comprendre que plus le nombre de patients diabétiques est élevé, plus les coûts liés au traitement de cette maladie sont grands, en ce compris les dépenses pour le remboursement de l'insuline.

B. PLUS GRANDE UTILISATION DE L'INSULINE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2

Contrairement au diabète de type 1 où l'insuline est vitale et ne se discute pas, le diabète de type 2 peut être pris en charge par une panoplie de traitements différents, par ailleurs complémentaires. La base du traitement est, indiscutablement, un meilleur style de vie en termes d'alimentation et d'activité physique. Si ces mesures hygiéno-diététiques sont insuffisantes pour obtenir un bon contrôle glycémique, on peut recourir à divers médicaments appelés anti-diabétiques oraux, soit pour stimuler la sécrétion d'insuline, soit pour améliorer l'action de l'insuline, soit les deux. Une insulinothérapie intensive transitoire a, un moment, été proposée lors de la découverte inaugurale d'un diabète de type 2 déséquilibré, mais cette stratégie a été remise en question pour des raisons d'efficacité et de coût (5). En cas d'échec des antidiabétiques oraux, combinés aux mesures hygiéno-diététiques, le recours définitif à l'insuline devient la seule solution possible (6). Pour le traitement du diabète de type 2, l'insuline est diversement utilisée dans les différents pays, davantage dans les pays du nord de l'Europe que dans les pays du sud, par exemple (3). Quoi qu'il en soit, dans tous les pays, il apparaît que de nombreux patients diabétiques de type 2, insuffisamment contrôlés sous antidiabétiques oraux et qui, dès lors, devraient recevoir de l'insuline, n'en bénéficient pas.

Ce constat s'explique par les réticences vis-à-vis de l'insulinothérapie à la fois de la part du patient et, hélas, aussi de la part du médecin traitant. Il en résulte un mauvais contrôle glycémique pendant parfois de nombreuses années, ce qui expose les patients à des complications, vasculaires notamment, pouvant être gravissimes. La meilleure sensibilisation des médecins vis-à-vis de cette problématique a fait en sorte que la décision de passer à l'insuline est, heureusement, prise de plus en plus tôt, bien que souvent encore trop tardivement (6, 7). Le passage à l'insuline a été facilité par l'amélioration du matériel d'injection (stylos, aiguilles siliconées microfines), rendant l'obstacle des piqûres plus facilement surmontable. Le recours à l'insuline inhalée (Exubera®) pourrait encore faciliter la démarche, bien que le coût lié à cette voie innovante d'administration d'insuline constituera sans doute un frein à une large utilisation rapide (8).

Comme les patients diabétiques de type 2 sont presque 10 fois plus nombreux que les patients diabétiques de type 1, il va de soi qu'une augmentation, fût-elle modérée, de la proportion de patients diabétiques de type 2 qui «passent à l'insuline» est susceptible d'augmenter fortement le coût global de l'insulinothérapie. Actuellement, en Belgique, il y a plus de patients diabétiques de type 2 que de patients diabétiques de type 1 traités par insuline, alors que notre pays initie moins rapidement l'insulinothérapie dans le diabète de type 2 que d'autres contrées comme la Scandinavie, le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, pour ne citer que ceux-là. De plus, en raison de l'insulinorésistance bien connue caractérisant ce type de diabète, la dose d'insuline journalière utilisée par les patients diabétiques de type 2 a tendance à être plus élevée que celle des patients diabétiques de type 1, ce qui accroît encore la part prise par le traitement des patients diabétiques de type 2 dans l'augmentation des dépenses liées à l'insulinothérapie.

C. INTENSIFICATION DES SCHÉMAS D'INSULINE DANS LES DEUX TYPES DE DIABÈTE

L'insulinothérapie vise à obtenir le meilleur contrôle glycémique possible pour freiner la survenue des complications. Pour ce faire, l'objectif est d'essayer de reproduire au mieux, chez la personne diabétique, la sécrétion physiologique d'insuline, telle qu'elle est présente chez le sujet non diabétique. Dans les deux types de diabète, on assiste à une intensification des schémas insuliniques contribuant à l'augmentation globale de la consommation d'insuline. Ainsi, dans une enquête française, il a été estimé que l'aug-

mentation du volume des ventes d'insuline a progressé de 13,4 % par an entre 1998 et 2002, soit plus rapidement que l'accroissement du nombre de patients diabétiques insulino-traités (+ 7,4 % par an durant la même période), ce qui plaide pour une augmentation de la posologie journalière d'insuline individuelle moyenne (3).

Dans le diabète de type 1, le schéma dit basal-bolus ou basal-prandial, avec 4 injections d'insuline par jour, est devenu la référence : une insuline à action rapide avant chaque repas et une (ou deux) insuline à action basale pour assurer une couverture insulinaire adéquate à distance des repas et la nuit (9). Ce schéma peut parfois être aussi nécessaire chez le patient diabétique de type 2, surtout si la sécrétion insulinaire endogène est quasi épuisée. Pour différentes raisons, cette insulinsation optimale fractionnée (« insulinothérapie fonctionnelle »), si elle est garante d'un meilleur équilibre du diabète, requiert généralement une plus grande quantité d'insuline par jour, qu'une insulinsation minimale, par ailleurs responsable d'un contrôle glycémique insuffisant.

Dans le diabète de type 2, il existe une certaine résistance à l'action de l'insuline qui doit être prise en compte dans l'approche thérapeutique (6). Ceci implique de combiner insuline et antidiabétiques oraux chez ce type de patients, mais aussi de titrer (c'est-à-dire d'augmenter la dose progressivement en fonction des résultats de la glycémie) la posologie d'insuline pour viser l'objectif glycémique préalablement défini (10). A nouveau, il est évident que la titration s'accompagne d'une augmentation de la quantité d'insuline injectée quotidiennement. Il s'agit cependant là du prix à payer pour améliorer le contrôle glycémique de ces patients diabétiques de type 2 devenus insulino-requérants.

Ainsi, les nouvelles modalités de traitement par insuline, recommandées dans toutes les «guidelines» internationales, sont-elles consommatrices d'une plus grande quantité d'insuline mais permettent, d'une façon générale, l'obtention d'un meilleur contrôle glycémique.

D. RECOURS À DE NOUVEAUX ANALOGUES DE L'INSULINE PLUS ONÉREUX

La dernière raison de l'augmentation du coût global de l'insulinothérapie est la mise sur le marché depuis quelques années, et l'utilisation de plus en plus large par les praticiens, d'analogues de l'insuline, préparations dont le coût est plus élevé que celui des insulines humaines conventionnelles (11, 12).

Les analogues de l'insuline à action ultrarapide (lispro = Humalog®; aspart = Novorapid®) ont été les premiers à être commercialisés. Ils offrent comme avantage d'agir plus vite (et, donc, de mieux contrôler l'élévation rapide de la glycémie liée au repas, appelée hyperglycémie post-prandiale dont on connaît l'impact négatif sur le taux d'hémoglobine glyquée ou HbA_{1c} et sur le risque cardio-vasculaire) et moins longtemps (et, donc, de réduire le risque d'hypoglycémie à distance du repas) (11,12). D'un point de vue pratique, ils permettent aussi aux personnes diabétiques de pouvoir injecter cette nouvelle insuline juste avant le repas plutôt que 30 minutes avant (comme conseillé avec les insulines rapides conventionnelles, mais en fait peu réalisé), ce qui est plus commode. Une insuline prémixée, l'insuline Novomix®, contient également un analogue ultrarapide. Le surcoût de ces analogues est relativement modéré (+ 8 % environ pour le prix public) par rapport à l'insuline rapide native. En Belgique, leur utilisation est réservée actuellement aux patients diabétiques, de type 1 ou de type 2, inscrits dans une convention d'autogestion du diabète et la demande d'autorisation de remboursement doit être renouvelée toutes les années.

Les analogues de l'insuline à action retard (glargine = Lantus®; detemir = Levemir®) ont été commercialisés plus récemment. Par comparaison à l'insuline NPH, ils offrent comme avantage d'agir de façon plus étalée (insuline basale, sans véritable pic) et plus reproductible (moins de variabilité dans la résorption d'insuline d'une injection à l'autre). L'objectif est de limiter l'instabilité du diabète, en particulier de réduire le risque d'hypoglycémie (notamment la nuit). Le surcoût de ces analogues est relativement important (+ 75 % environ pour le prix public) par rapport à l'insuline «retard» de référence, l'insuline NPH. En Belgique, l'utilisation de ces analogues à action basale est également soumise à des limitations d'utilisation relativement strictes : ainsi, elle est réservée aux patients diabétiques de type 1 (et, pour la Lantus®, de type 2) inscrits dans une convention d'autogestion du diabète ou, dans le cas de l'insuline Lantus®, à des patients diabétiques de type 2 insuffisamment équilibrés (HbA_{1c} > 7,5 %) ou présentant des hypoglycémies sévères sous insuline retard conventionnelle. Dans tous les cas de figure, la demande d'autorisation de remboursement doit être renouvelée toutes les années.

Force est de constater que l'utilisation croissante de ces nouvelles insulines plus onéreuses a contribué à l'augmentation du coût global de l'insulinothérapie en Belgique aux cours des

dernières années. Elle n'en constitue cependant pas, et de loin comme nous l'avons vu, l'unique raison. Or, comme nous le discuterons plus loin, la réponse simple, mais sans doute simpliste, voire injuste, à cette situation pourrait être de limiter l'accès aux insulines les plus chères à une certaine catégorie de patients, les patients diabétiques de type 1 par exemple, et ce quelles que soient les caractéristiques des patients diabétiques de type 2 dont on connaît l'extrême hétérogénéité de la maladie.

FAUT-IL S'INQUIÉTER DU COÛT CROISSANT DE L'INSULINOTHÉRAPIE ?

L'augmentation du coût global de l'insulinothérapie reflète donc trois grands phénomènes : une augmentation du nombre de patients diabétiques, une intensification de la prise en charge thérapeutique et le recours à des insulines plus onéreuses.

L'augmentation du nombre de patients diabétiques est certes inquiétante et est au centre des préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé. La seule façon de remédier à ce phénomène est de développer des stratégies de prévention. Celles-ci apparaissent évidentes pour le diabète de type 2 (politique de santé publique encourageant l'amélioration du style de vie, avec une alimentation plus saine et une réduction de la sédentarité), même s'il ne sera pas aussi facile de les implémenter (13). Par contre, la prévention reste du domaine du rêve pour le diabète de type 1, malgré les importantes recherches en cours dans le domaine de l'immunomodulation, notamment en Belgique à l'initiative du Registre Belge du Diabète (14). De toute façon, toute mesure prise à ce niveau n'aurait pas d'effet sensible en termes de réduction rapide du nombre de patients diabétiques et pourrait même n'être réellement effective qu'après de très nombreuses années.

L'intensification de la prise en charge résulte d'une sensibilisation des médecins vis-à-vis de l'importance d'obtenir le meilleur contrôle glycémique possible dans le but de réduire les complications, nombreuses et parfois graves, liées à un diabète mal équilibré au long cours. Il a été démontré qu'une diminution du taux d'HbA_{1c} de 1 % réduit le risque de complications de 20-30 % et que le coût du traitement du diabète ne représente qu'une partie minime des dépenses liées au diabète par comparaison au prix exorbitant, direct et indirect, résultant des complications (15, 16). Dès lors, il ne fait aucun doute qu'une intensification de la prise en charge doit être considérée comme un progrès incon-

testable et non comme une attitude occasionnant un surcoût non justifié. Le travail de persuasion de passage à l'insuline et d'optimisation du schéma de cette insulinothérapie, chez les malades comme chez les médecins, a été suffisamment difficile pour que toute mesure contre-productive éventuelle soit soigneusement évitée. Au contraire, une intensification supplémentaire de la prise en charge, en ce qui concerne l'insulinothérapie, mais aussi la correction de tous les facteurs de risque, doit être encouragée si l'on veut réduire, de façon drastique, l'incidence et le coût des complications liées à la maladie diabétique. Ceci a été bien démontré par l'étude danoise STENO-2, avec une réduction des complications dépassant les 50 % grâce à une approche thérapeutique plus agressive chez les patients diabétiques de type 2 par comparaison à une approche plus conventionnelle (17).

Le recours à de nouvelles insulines s'explique par le souci d'essayer de reproduire au mieux la sécrétion d'insuline en faisant appel, d'une part, à des analogues d'action plus rapide et plus courte et, d'autre part, à des analogues assurant une meilleure couverture basale plus reproductible. Les avantages ont été démontrés dans plusieurs études contrôlées et peuvent être résumés par l'obtention plus aisée d'un bon contrôle glycémique avec un moindre risque d'hypoglycémie (11, 12). D'une façon générale, il est plus facile de démontrer la plus value de ces analogues de l'insuline chez les patients avec un diabète de type 1 que chez ceux avec un diabète de type 2. La raison est simple et trouve son origine dans le moindre risque d'hypoglycémie grave chez le patient diabétique de type 2 (plus insulino-résistant) que chez le patient diabétique de type 1 (plus insulino-sensible et plus instable) (18). Il n'empêche que, même dans la population diabétique de type 2, le risque et/ou la crainte de l'hypoglycémie représentent un frein à une insulinothérapie intensive. Un des avantages prodigués par les nouveaux analogues de l'insuline devrait être de faciliter l'initiation de l'insuline par le médecin généraliste chez le patient diabétique de type 2 mal équilibré, notamment grâce à une titration plus aisée à réaliser en ambulatoire avec un moindre risque hypoglycémique (10). Au vu de la difficulté d'obtenir un bon contrôle glycémique chez de nombreux patients diabétiques, de type 1 et de type 2, il paraît illogique de freiner l'action du médecin qui essaie de procurer à son patient le meilleur traitement possible pour obtenir la meilleure équilibration possible avec le risque hypoglycémique le plus faible possible. C'est d'autant plus vrai que, rappelons-le, le coût de la

prise en charge des complications liées au diabète dépasse de très loin le coût lié à son traitement proprement dit (2, 15, 16).

QUELLES SOLUTIONS EN PRATIQUE ?

La seule façon de limiter les coûts à long terme est de prévenir l'apparition du diabète, que ce soit de type 1 ou de type 2. La prévention du diabète de type 1 reste un réel défi sur le plan scientifique et clinique, même si s'il existe quelque espoir dans ce domaine. Quant à la prévention du diabète de type 2, elle représente un véritable "challenge" pour la société en général (13).

A court terme, au vu des résultats des nombreuses études disponibles, il paraît impensable d'entraver l'intensification de la prise en charge des patients diabétiques, c'est-à-dire renoncer à donner de l'insuline à ceux qui en ont besoin, à une dose suffisante et, si nécessaire, selon un schéma faisant appel à des multi-injections quotidiennes pour atteindre la quasi normoglycémie sur la plus grande partie des 24 heures. Dès lors, la seule solution pour réduire, à court terme, les coûts liés à l'insulinothérapie serait soit de limiter l'utilisation des insulines les plus coûteuses, en les réservant aux patients qui sont susceptibles d'en bénéficier le plus, soit arriver à faire baisser le coût de production et de vente de ces nouveaux analogues de l'insuline. Rappelons que ce n'est pas tant le coût de production, mais bien toute la recherche et développement qui contribuent au surcoût de ce type de traitement innovant. Le problème est que le surcoût du nouveau médicament est de plus en plus considéré comme prohibitif par comparaison à sa plus-value thérapeutique réelle, telle qu'elle peut être évaluée dans les essais cliniques ou en pratique clinique (19). L'échelle des prix des insulines est établie au niveau mondial, avec une certaine variation entre les différents pays autour d'un prix de référence. Le coût des nouvelles insulines en Belgique est situé au niveau, voire en dessous, de la moyenne européenne. Dès lors, il paraît illusoire de pouvoir obtenir, pour la seule Belgique, une baisse supplémentaire substantielle du prix de ces analogues de l'insuline.

L'alternative pourrait être alors de réserver l'accès de ces nouvelles insulines à certains patients diabétiques les plus à même d'en tirer profit. Le problème est cependant difficile à résoudre et les études cliniques (support de l'«Evidence-Based Medicine») ne sont pas capables d'apporter les réponses pour tous les cas individuels rencontrés en clinique (20). Certes, il existe des cas où l'apport paraît incontestable et d'autres où l'apport est sans doute

marginal, mais il existe surtout une catégorie de patients pour lesquels la meilleure décision ne pourrait être prise qu'au cas par cas. Dès lors, imposer des règles trop strictes priverait inévitablement malade et médecin d'une arme potentiellement utile dans la lutte contre l'hyperglycémie chronique chez certains de ces patients. Le diabète de type 2, surtout au stade de l'insulinorequérance, est une maladie suffisamment compliquée, hétérogène et grevée d'un risque très élevé de complications pour que toutes les armes puissent être utilisées, à bon escient bien sûr, dans cette lutte sans pitié qui doit être menée contre l'hyperglycémie, tout en limitant le risque d'hypoglycémie. Rappelons que l'utilisation des analogues de l'insuline est déjà très réglementé en Belgique, par rapport à d'autres pays européens. En effet, ils sont réservés à des patients diabétiques suivis dans des centres de convention de diabétologie et/ou remboursés uniquement en seconde intention après échec des insulines humaines conventionnelles. Il a été montré dans le rapport IPQED («Initiative pour la Promotion de la Qualité et Epidémiologie du Diabète sucré») que l'équilibre glycémique global moyen (apprécié par le taux d'HbA_{1c}) obtenu chez les personnes diabétiques suivies dans les centres conventionnés, traitées par au moins deux injections d'insuline par jour, était, certes imparfait, mais tout à fait acceptable, voire remarquable, par comparaison aux valeurs d'HbA_{1c} rapportées dans d'autres enquêtes ou même dans d'autres essais cliniques (21). Patients et médecins doivent être sensibilisés vis-à-vis de la problématique du coût de la prise en charge de la maladie diabétique, en ce compris de l'insulinothérapie, mais également responsabilisés pour utiliser les ressources disponibles avec discernement, c'est-à-dire «en bon père de famille».

CONCLUSIONS

Plusieurs éléments contribuent à augmenter le coût de l'insulinothérapie en Belgique, dont le nombre croissant des patients diabétiques (de type 1 et de type 2), le recours plus rapide à l'insuline (corrigeant, et encore de façon insuffisante, les erreurs du passé), l'intensification des schémas et la titration des doses d'insuline jusqu'à l'obtention d'un bon contrôle glycémique et, enfin, le recours à de nouvelles insulines plus coûteuses. Il est donc trop facile, et certainement erroné, d'attribuer le surcoût de l'insulinothérapie à la seule utilisation des analogues de l'insuline. Hélas, parmi tous ces paramètres, seul un impact sur ce dernier est susceptible de réduire

les coûts de l'insulinothérapie à court terme. Il existe théoriquement deux façons de l'envisager, soit en baissant sensiblement le prix de ces nouvelles insulines, soit en limitant, plus ou moins drastiquement, le nombre des malades qui pourraient bénéficier du remboursement de ces nouvelles insulines. Au moment où, partout dans le monde, on prône de mettre tout en œuvre pour réduire le coût colossal des complications (et non du traitement) de la maladie diabétique, il serait malvenu de priver, par des mesures coercitives trop rigides, de nombreux patients diabétiques d'outils utiles pour l'amélioration de leur prise en charge.

Le corollaire, évidemment, est que les médecins soient bien sensibilisés à cette problématique budgétaire et veillent particulièrement à n'utiliser ces nouvelles insulines qu'à bon escient, là où leur surcoût incontestable est compensé par un avantage indéniable. Dans le même temps, les firmes devraient s'engager à ne pas promouvoir ces nouvelles insulines exagérément, en les réservant aux indications les mieux démontrées, tout en essayant, dans toute la mesure du possible, de réduire leur prix. Une solution ne pourra sans doute être obtenue que par une responsabilisation de tous les partenaires. Il s'agit sans doute là de la seule solution pour éviter un jour le développement d'une médecine à deux vitesses dans notre pays. Quoiqu'il en soit, considérer le coût de l'insulinothérapie en dehors du contexte global de la maladie diabétique est un raccourci critiquable qu'il convient d'éviter et de stigmatiser. Telle attitude ne peut mener qu'à une politique du court terme sans véritable visée prospective globale de la maladie diabétique qui apparaît, de plus en plus, comme un problème majeur de santé publique.

RÉFÉRENCES

- Langendam MW, Hooijkaas C, Piepenbrink JF.— The increase in the use of treatment for diabetes mellitus in the Netherlands, 1998-2003. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2006, **24**, 1396-1401.
- Koster I, von Ferber L, Ihle P, et al.— The cost burden of diabetes mellitus : the evidence from Germany – the CoDIM Study. *Diabetologia*, 2006, **49**, 1498-1504.
- Detournay B, Raccach D, Cadilhac M, Eschwege E.— Epidemiology and costs of diabetes treated with insulin in France. *Diabetes Metab*, 2005, **31**, 3-18.
- Fang J, Alderman MH. — Impact of the increasing burden of diabetes on acute myocardial infarction in New York City : 1990-2000. *Diabetes*, 2006, **55**, 768-773.
- Davidson JM.— Early insulin therapy for type 2 diabetic patients : more cost than benefit. *Diabetes Care*, 2005, **28**, 222-224.
- Philips JC, Scheen AJ.— L'insulinothérapie dans le diabète de type 2. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 419-423.
- Braunstein SN, White JR.— Trends in the management of type 2 diabetes : an emerging role for insulin. *J Manag Care Pharm*, 2005, **11** (Suppl B), S2-S11.
- Radermecker RP, Sélam JL.— L'insuline inhalée, nouvelle perspective pour l'insulinothérapie. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 355-360.
- Philips JC, Radermecker RP.— L'insulinothérapie dans le diabète de type 1. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 322-328.
- Riddle MC, Rosenstock J, Gerich J, Insulin Glargine 4002 Study Investigators.— The treat-to-target trial : randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*, 2003, **26**, 3080-3086.
- Oiknine R, Bernbaum M, Mooradian AD.— A critical appraisal of the role of insulin analogues in the management of diabetes mellitus. *Drugs*, 2005, **65**, 325-340.
- Philips JC, Radermecker R.— Le point sur les nouvelles insulines. *Rev Med Suisse*, 2005, **1**, 1936-1941.
- Scheen AJ, Giet D. — Prévention du diabète de type 2 : un nouveau défi de santé publique. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 383-390.
- Weets I, Truyen I, Philips JC, Goris F.— Diagnostic précoce et prévention du diabète de type 1 : rôle du Registre Belge du Diabète. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 306-312.
- Wallemacq C, Van Gaal LF, Scheen AJ.— Le coût du diabète de type 2 : résumé de l'enquête européenne CODE-2 et analyse de la situation en Belgique. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 278-284.
- Marissal JP, Gueron B, Dervaux B.— The cost of complications : implications for the measurement of the cost of type II diabetes mellitus. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 2006, **54**, 137-147.
- Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al.— Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 2003, **348**, 383-393.
- Radermecker RP.— Le risque hypoglycémique : implications thérapeutiques. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 461-465.
- Scheen AJ. — De la plus-value thérapeutique au surcoût d'un nouveau médicament : à propos d'un hiatus croissant. *Rev Med Suisse*, 2005, **1**, 1931-1932.
- Freemantle N, Blonde L, Bolinder B, et al.— Real-word trials to answer real-word questions. *Pharmacoeconomics*, 2005, **23**, 747-754.
- Nobels F, Debacker N, Scheen AJ, au nom du Conseil Scientifique d'IPQED.— Initiative pour la Promotion de la Qualité et Epidémiologie du Diabète sucré (IPQED). *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 624-627.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr A. Scheen, Département de Médecine, CHU Sart Tilman, 4000 Liège 1, Belgique.