

CONSIGNES RELATIVES À L'INSULINE



Ce résumé fournit des consignes relatives à l'administration d'insuline sur le plan clinique, à l'intention des secteurs des soins de santé de la communauté mondiale. Il se base sur l'Outil ACCISS, Examen des éléments probants concernant l'insuline et ses usages contre le diabète, disponible à l'adresse: www.accisstoolkit.haiweb.org

INTRODUCTION

L'insuline est un médicament qui sauve la vie de millions de personnes souffrant du diabète de type 1 ou 2 à travers le monde. Bien que sa première utilisation clinique remonte à près de 100 ans, la moitié des personnes ayant besoin d'insuline éprouve toujours des difficultés à y avoir accès.¹

L'étude mondiale et innovante Addressing the Challenge and Constraints of Insulin Sources and Supply (ACCISS) cherche à mettre en évidence

les causes de l'inaccessibilité et des prix élevés de l'insuline, et à développer des politiques et interventions visant à améliorer l'accès à l'insuline, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (PRITI).

APERÇU

Cet examen des éléments probants se penche sur un obstacle majeur à l'accès mondial à l'insuline, notamment le manque de consignes à disposition des décisionnaires concernant la méthode et le moment de prescription et d'administration d'insuline aux personnes qui en ont besoin.

Quatre sujets cliniques ont été examinés en détail et d'un point de vue clinique: résultats cliniques de l'insuline humaine par rapport à un analogue de l'insuline; résultats cliniques des systèmes d'administration par stylo d'injection par rapport à l'administration par seringue et en flacon; indications d'utilisation de l'insuline pour traiter le diabète de type 2; et interchangeabilité des types communs d'insuline.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

1. Pour les diabétiques à faible revenu qui ont besoin d'insuline, l'insuline humaine devrait rester la première ligne de traitement. L'analogue de l'insuline, notamment de l'insuline basale, devrait être accessible, mais seulement pour un sous-ensemble restreint de diabétiques souffrant d'une grave carence en insuline et dont tous les facteurs de risque d'hypoglycémie ont été évalués, mais qui continuent de souffrir d'hypoglycémie sévère récurrente.

2. Bien que les stylos d'injection semblent préférables en termes d'observance thérapeutique et de poursuite du traitement, ainsi que de qualité de vie, nous manquons de données appuyant une amélioration des résultats cliniques. Par conséquent, l'utilisation des flacons et seringues, plus abordables, est encouragée et justifiée dans les milieux à faible revenu.

3. La décision d'utiliser de l'insuline chez les diabétiques qui ne sont pas du type 1 dépend du degré de carence en insuline de chaque individu, et de l'efficacité (ou de l'inefficacité) des agents non insuliniques disponibles. La décision d'ajouter de l'insuline aux agents non insuliniques dépend de la cible glycémique de l'individu, de son risque d'hypoglycémie, et de ses moyens économiques/

du niveau de revenu de son milieu. Afin de faciliter cette prise de décision, un cadre conceptuel a été mis au point pour informer quant à l'utilisation d'insuline chez des diabétiques de type 2, avec des médicaments repris dans la Liste modèle des médicaments essentiels 2017 de l'Organisation mondiale pour la santé (voir le rapport pour de plus amples informations).

4. En raison des écarts de processus de fabrication et des différences au niveau des évaluations réglementaires, il est plus prudent de considérer que les insulines biosimilaires ne sont pas automatiquement interchangeables, sauf indication spécifique. Par conséquent, il est nécessaire de faire preuve de vigilance lors du remplacement d'une insuline par une autre. Le contrôle glycémique, le suivi et des informations complètes sur le diabète (tant pour les patients que les médecins) restent les pierres angulaires d'un traitement insulinique efficace.

RÉFÉRENCES

1. Beran D, Yudkin JS. Looking beyond the issue of access to insulin: what is needed for proper diabetes care in resource poor settings. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010; 88(3): 217-21
2017; 5(3): 158-9.

The ACCISS Study is supported by The Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust and Stichting ICF. The analysis included in this summary is that of the authors alone and does not necessarily reflect the views of the Helmsley Charitable Trust or Stichting ICF. All references and conclusions are intended for educational and informative purposes and do not constitute an endorsement or recommendation from the Helmsley Charitable Trust and Stichting ICF.