

Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DU DIABÈTE

Rapport public thématique

Juillet 2025

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction	17
Chapitre I Une prévalence et des dépenses en hausse pour des résultats sanitaires qui stagnent	21
I - Une augmentation liée à l'obésité et au vieillissement, et marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales	21
A - Une maladie chronique très répandue.....	22
B - La surcharge pondérale, principal facteur de risque du diabète de type 2	25
C - Une population vivant plus longtemps avec le diabète	26
D - De fortes inégalités sociales et territoriales	27
II - Une dynamique des dépenses liée à la part croissante des diabétiques présentant des complications	30
A - Les effets du vieillissement sur la hausse des dépenses.....	30
B - Des postes de dépenses à surveiller au sein d'une structure globale assez stable	33
III - Une qualité de suivi des patients qui stagne	36
A - Un taux de réalisation des examens qui ne s'améliore pas	36
B - Des hospitalisations pour complication qui baissent peu	38
Chapitre II Une nécessaire prise en charge précoce fondée sur la modification des modes de vie	41
I - Un dépistage souvent trop tardif et peu suivi d'effets	42
A - Un dépistage insuffisamment déployé	43
B - Les conditions de réussite d'un dépistage à la fois généralisé et mieux ciblé dans le cadre du dispositif « <i>Mon bilan prévention</i> »	45
C - L'utilisation de l'espace numérique en santé pour identifier les facteurs de risque.....	46
II - Le nécessaire développement de parcours intégrant éducation thérapeutique et activité physique.....	47
A - Les enjeux d'une modification précoce des modes de vie	47
B - La place insuffisante de l'accompagnement thérapeutique dans les soins de ville	49
C - Une réforme du régime de l'affection de longue durée intégrant l'éducation thérapeutique et l'activité physique adaptée	58

Chapitre III La nécessité d’agir sur les déterminants globaux pour prévenir les causes de la maladie	65
I - Une politique multidimensionnelle et volontariste, mais peu évaluable et mal coordonnée	66
A - Des orientations nationales plus juxtaposées que coordonnées	66
B - Une déclinaison territoriale de la politique nutritionnelle peu suivie et évaluée	67
II - L’intensification de la politique relative à la qualité nutritionnelle.....	69
A - Une information des consommateurs à améliorer.....	69
B - La régulation de l’offre alimentaire	73
Conclusion	81
Liste des abréviations	83
Annexes	85

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*

**

Le présent rapport est issu d'une enquête conduite sur le fondement des articles L. 111-3 et L. 111-5 du code des juridictions financières, qui permettent à la Cour de contrôler les services de l'État et les institutions de sécurité sociale.

Ce contrôle a été notifié au ministère chargé de la santé, à la caisse nationale de l'assurance maladie, ainsi qu'aux agences et autorités sanitaires, en particulier Santé publique France (SpF), la Haute Autorité de santé (HAS), l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les professionnels de santé impliqués ont été consultés par l'intermédiaire des conseils nationaux professionnels, de même que les associations de patients. Un questionnaire a été adressé aux différentes agences régionales de santé (ARS), tenant compte des spécificités Outre-mer pour les ARS de la Martinique, de la Guadeloupe, de La Réunion et de la Guyane. Au-delà de l'Île-de-France, des déplacements ont été organisés en région Grand-Est et dans les Hauts de France, en raison des caractéristiques épidémiologiques et démographiques de ces régions.

L'analyse des données de consommation de soins et de biens médicaux est issue du système national des données de santé. Les données concernant le secteur hospitalier ont été fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. La Cour a également procédé à une analyse spécifique portant sur les données de l'enquête Entred (échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), fournies par Santé publique France.

**

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 14 avril 2025, par la sixième chambre, présidée par M. Lejeune, président de chambre, et composée de Mme Soussia, présidente de section, Mmes Demier et Legrand, conseillères maitres, et M. Fourier, conseiller maitre, ainsi que, en tant que contre-rapporteuse, Mme Régis, présidente de section, et en tant que rapporteurs M. Drouet, conseiller maître, jusqu'à son départ de la Cour des comptes en février 2025, Mme Rumeau-Pichon, conseillère référendaire en service extraordinaire, et M. Patrick Netter, expert.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Hayez, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et Mme Thibault, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Mouysset et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et de Mme Hamayon, Procureure générale, a été consulté sur le projet de rapport le 29 avril 2025. Le Premier président en a approuvé la publication le 7 juillet 2025.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Le diabète est une maladie caractérisée par une hyperglycémie chronique, qui peut altérer les nerfs et les vaisseaux et entraîner à terme des complications (atteintes rénales, neurovasculaires, dentaires, cardio-vasculaires). Le diabète de type 2 (DT2) prédomine largement, avec 92 % des cas, et connaît depuis plusieurs années une forte croissance, en lien avec le vieillissement de la population (le DT2 se déclare le plus souvent à l'âge adulte après 45 ans), l'augmentation de l'obésité mais aussi l'allongement de l'espérance de vie des patients diabétiques.

Une maladie en hausse, en lien avec l'augmentation de l'obésité et le vieillissement de la population, et socialement inégalitaire

Selon les données publiées par Santé publique France, 3,8 millions de personnes étaient pharmacologiquement traitées pour un diabète en 2023, soit une prévalence¹ de 5,2 %, en croissance constante depuis le début des années 2000 (en 2010, la prévalence était de 4,7 %). S'y ajoutent, d'une part, les personnes atteintes de diabète et qui bénéficient d'un traitement non médicamenteux ou ne sont pas traitées, et, d'autre part, les personnes dont le diabète n'est pas diagnostiqué. Leur nombre n'est estimé que périodiquement dans le cadre d'enquêtes sur la population, la dernière d'entre elles, réalisée en 2016, situant à 1,2 % la part de la première catégorie (âgée de 18 à 74 ans) et à 1,7 % la part de la seconde. En dépit de la progression rapide de la prévalence de cette pathologie, la France reste moins touchée que les autres pays, se situant, selon les données de la Fédération internationale du diabète, au quatrième rang des pays les moins touchés de l'Union européenne (UE à 27), après l'Irlande, les Pays-Bas et la Suède.

Le régime des affections de longue durée (ALD) est ouvert aux personnes atteintes de diabète (ALD 8) dès le diagnostic de la maladie, sans critère de sévérité. En 2022, l'ALD 8 regroupait 3,6 millions d'assurés, ce qui en fait l'ALD la plus importante en nombre, et l'une de celles dont le taux de croissance est le plus rapide (+ 4,8 % en moyenne entre 2010 et 2022, contre + 2,7 % pour l'ensemble des ALD).

¹ La prévalence standardisée mesure la part de la population atteinte d'une maladie, en tenant compte de la structure par âge de la population.

Cette progression est liée au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'espérance de vie des personnes vivant avec le diabète, ainsi qu'à la prévalence croissante du surpoids et de l'obésité au sein de la population, qui sont les principaux facteurs de risque du diabète.

Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les personnes les plus défavorisées. Le risque de développer cette pathologie est ainsi 2,8 fois plus élevé pour les 10 % les plus modestes de la population que pour les 10 % les plus aisés, ce qui fait du diabète la maladie chronique qui touche le plus les personnes les plus défavorisées. Ces inégalités recourent celles observées dans l'accroissement de l'obésité. La prévalence du diabète est par ailleurs inégalement répartie sur le territoire. Les départements et régions d'outre-mer apparaissent ainsi particulièrement touchés.

Une croissance des dépenses sans amélioration de la qualité de la prise en charge

Le niveau de dépenses de santé imputables au diabète progresse corrélativement, comme celui de l'ensemble des soins et prestations des personnes diabétiques, principalement sous l'effet du vieillissement et de la longévité croissante qui entraînent une augmentation du nombre des patients atteints de diabète et de la part présentant des complications. Les dépenses spécifiquement imputables au diabète sont estimées par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) à 10,2 Md€, en hausse de 34,8 % depuis 2015, soit le quatrième poste de dépenses parmi les maladies chroniques. La dépense moyenne par individu se situe à 2 350 € en 2022 (contre 2 105 € en 2015) et se compose à 85 % de soins de ville, 8 % d'hospitalisations et 7 % de prestations en espèces (qui correspondent aux indemnités journalières versées par l'assurance-maladie en cas d'arrêt de travail ou en cas d'incapacité). Si l'on considère plus largement les dépenses, pour y inclure l'ensemble des remboursements de soins et de prestations des personnes atteintes de diabète, que ces dépenses concernent le diabète ou une autre pathologie dont elles seraient également atteintes, le niveau des dépenses atteint alors 35,4 Md€ en 2022.

Dans le même temps, les résultats sanitaires ne progressent guère, alors que les facteurs de risque de développer la maladie puis ses complications sont connus, de même que les recommandations de prise en charge et de suivi. Les indicateurs de réalisation des examens de suivi et de prévention, publiés chaque année dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) déposé en annexe du projet de loi d'adoption des comptes de la sécurité sociale (PLACSS), ne progressent que lentement. Par ailleurs, signe d'une faible amélioration de la qualité de la prise en charge précoce du diabète, le nombre d'hospitalisations pour complication diminue assez peu depuis 2013, même si leur coût valorisé aux tarifs 2022 a baissé depuis 2015.

Un manque de détection précoce qui nuit à la prise en charge

Près de 30 % des personnes nouvellement prises en charge pour diabète en 2021 présentent une maladie déjà avancée, avec des complications spécifiques de la maladie. Or le risque de diabète peut être détecté précocement, par l'identification de facteurs de risque (âge, poids, etc.) justifiant un dépistage biologique par un test de glycémie. Si de multiples initiatives se sont développées au niveau local pour favoriser la détection du diabète, elles n'ont pas l'ampleur nécessaire pour détecter efficacement des personnes atteintes qui pourraient utilement bénéficier d'une prise en charge précoce permettant une modification thérapeutique des modes de vie, premier traitement du diabète.

Le dispositif « *Mon bilan prévention* » peut constituer une opportunité pour favoriser le dépistage précoce du diabète et la mise en place ou le renforcement de comportements favorables à la santé, sous réserve de bénéficier aux personnes les moins favorisées, qui sont également les plus touchées par cette maladie.

Les modifications thérapeutiques de mode de vie, premier traitement du diabète

Le diabète de type 2 relève d'abord de la médecine de ville, les établissements hospitaliers n'intervenant que lors de complications graves. Outre le dépistage précoce, le principal enjeu de sa prise en charge porte sur la mise en œuvre de thérapeutiques visant à réduire les facteurs de risque associés au mode de vie des patients afin de prévenir la survenue des complications puis leur aggravation.

En effet, la mise en œuvre, avant un éventuel traitement médicamenteux, de thérapies visant à modifier le mode de vie des patients devrait constituer le traitement de première intention du diabète, qui nécessite également d'être poursuivi au long cours. Ces thérapies reposent sur trois dimensions : la mise en œuvre d'un programme nutritionnel personnalisé et adapté ; la lutte contre la sédentarité par la promotion d'une activité physique adaptée (APA), et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) fondée sur l'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire pour acquérir, dès le diagnostic, des compétences d'auto-gestion de la maladie, à entretenir ensuite au cours de son évolution.

La nécessité de repenser le cadre économique de la prise en charge du diabète

De nombreux dispositifs de parcours de soins intégrant des prestations d'éducation thérapeutique et d'activité physique adaptée ainsi que des programmes spécifiques d'accompagnement thérapeutique sont développés par les acteurs du système de santé et encouragés par les pouvoirs publics, qu'il s'agisse par exemple du service d'accompagnement à distance *Sophia* de l'assurance maladie, du dispositif des infirmières de l'association *Asalée*, qui accompagnent des patients atteints de maladies chroniques en ville, ou encore des programmes d'éducation thérapeutique financés par les agences régionales de santé (ARS) sur le Fonds d'intervention régional (FIR). Mais ces initiatives restent ponctuelles ou expérimentales, hétérogènes entre les régions, et font l'objet de financements *ad hoc*, souvent disparates eux aussi d'une région à l'autre.

Il paraîtrait plus pertinent, pour garantir un accès équitable à l'accompagnement thérapeutique, de proposer à chaque patient, au moment où son diabète est diagnostiqué, un parcours ou un panier de soins intégrant éducation thérapeutique, activité physique adaptée et intervention nutritionnelle. Une telle disposition avait été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, à l'instar des parcours existant pour le cancer ou les maladies rénales chroniques, mais son décret d'application n'a pas été pris.

Il serait dans ces conditions opportun de réfléchir au remboursement d'un parcours de soins qui comprendrait une éducation thérapeutique et de l'activité physique, comme cela a été préconisé en juin 2024 par les inspections générales des affaires sociales et des finances (IGAS et IGF) dans le cadre de leur revue des dépenses relatives aux affections de longue durée (ALD) : cela impliquerait une refonte du dispositif des affections de longue durée, au bénéfice de la prise en charge de l'accompagnement des changements thérapeutiques de modes de vie.

Le régime de l'ALD diabète serait alors réformé avec un découplage en deux niveaux, selon les préconisations formulées par les inspections. Les implications d'une telle réforme, qui se justifierait probablement pour d'autres maladies chroniques, sont certes à évaluer soigneusement quant aux évolutions du reste à charge pour les patients et quant à l'équilibre entre les économies et les dépenses supplémentaires qui en résulteraient pour l'assurance maladie obligatoire. Mais elle constitue une piste que la Cour encourage les pouvoirs publics à mettre en œuvre.

Une action essentielle à mener sur les déterminants de santé

Néanmoins, au-delà des enjeux d'amélioration de la prise en charge précoce des patients, il apparaît encore plus décisif d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les déterminants de santé. Ce besoin de prévention primaire est d'autant plus prégnant que le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation de la prévalence et donc des besoins de santé. Dans le cas du diabète de type 2, dont l'obésité est le facteur de risque principal, la promotion de la qualité nutritionnelle et de l'activité physique constitue un levier majeur identifié par la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, réaffirmé dans le projet de future SNS, toujours en attente d'adoption alors qu'elle devait couvrir la période 2023-2033.

La Cour s'était déjà penchée sur la prévention et la lutte contre l'obésité dans un rapport de 2019². Cette enquête a été l'occasion pour elle de réitérer nombre de ses constats sur la mise en œuvre de cette politique, dont les axes, définis d'une part dans le programme national nutrition santé (PNNS) et d'autre part dans le programme national pour l'alimentation (PNA), restent insuffisamment articulés, dans l'attente de la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC), prévue par loi Climat et résilience du 22 août 2021 mais dont l'élaboration a elle aussi pris du retard.

Au-delà de la déclinaison territoriale de cette politique dans le cadre des plans régionaux de santé (PRS) et des projets alimentaires territoriaux (PAT), dont le bilan est malaisé à opérer, il est nécessaire d'intensifier les actions de sensibilisation et d'information des consommateurs, d'encadrement de la publicité et de régulation de l'offre alimentaire, y compris en mobilisant davantage la fiscalité comportementale.

Si la France a en effet mis en place un affichage nutritionnel et un encadrement de la publicité ainsi qu'une taxe sur les boissons sucrées, ces dispositifs reposent encore largement sur le volontariat des acteurs et mériteraient de devenir plus contraignants, pour peser sur la formulation des aliments et faciliter un accès équitable à une alimentation favorable à la santé. Quant au levier de la fiscalité comportementale, bien qu'alourdie depuis le 1^{er} mars 2025, son utilisation reste encore limitée au champ des boissons sucrées, alors que l'élargissement de son assiette à tous les produits à sucres ajoutés est préconisé par de plus en plus d'acteurs et d'institutions. Sur ces deux dimensions, une action plus volontariste de la part des pouvoirs publics apparaît dès lors souhaitable aux yeux de la Cour.

² Cour des comptes, *La prévention et la lutte contre l'obésité*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2019.

Récapitulatif des recommandations

1. Introduire pour le diabète de type 2 deux niveaux de reconnaissance en ALD selon le niveau de sévérité et de complication (*ministère chargé de la santé, Cnam*).
2. Proposer dès le diagnostic de diabète de type 2 un parcours de soins incluant éducation thérapeutique du patient, intervention nutritionnelle et activité physique adaptée (*ministère chargé de la santé*).
3. Développer toutes les modalités d'éducation thérapeutique du patient, sans se limiter aux programmes actuels définis par arrêté (*ministère chargé de la santé*).
4. Procéder à un recensement de l'offre des différentes formes d'éducation thérapeutique pour vérifier son adéquation aux besoins des patients (*ministère chargé de la santé*).
5. Élargir le périmètre des programmes audiovisuels (télévision et réseaux sociaux) soumis à l'interdiction de publicité des produits gras, sucrés ou salés, équivalents au NutriScore D et E (*ministère chargé de la santé, ministère chargé de l'alimentation*).
6. Évaluer les effets sur la consommation et la composition des produits de l'augmentation de la taxe sur les boissons sucrées et inciter les industriels à réduire les sucres ajoutés dans l'ensemble de leurs produits alimentaires (*ministère chargé de la santé, ministère chargé de l'alimentation, ministère chargé de l'économie*).

Introduction

Le diabète est une maladie métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique, qui peut altérer les nerfs et les vaisseaux et entraîner à terme des complications micro et macro vasculaires (atteintes rénales, neurovasculaires, dentaires, cardio-vasculaires). La dénomination commune de diabète recouvre plusieurs formes de maladie, dont les déterminants diffèrent : on distingue ainsi le diabète de type 1, insulino-dépendant, qui touche majoritairement les enfants et les sujets jeunes, le diabète de type 2, non insulino-dépendant jusqu'à un stade avancé de la maladie, qui atteint surtout les personnes adultes de plus de 45 ans en surpoids, et les autres types de diabète (gestationnel ou secondaire à d'autres maladies ou traitements, etc.).

Au sein de ces différentes formes, c'est le diabète de type 2 (DT2) qui prédomine largement, avec 92 % des cas³, et qui connaît depuis plusieurs années une forte croissance, en lien avec le vieillissement et l'augmentation de l'obésité : selon l'assurance maladie, le nombre de personnes prises en charge⁴ pour un diabète est ainsi passé de 3,5 millions en 2015 à 4,3 millions en 2022, pour une dépense totale (remboursements de soins et prestations en espèces) de 10,2 Md€ en 2022, soit 5,3 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie obligatoire.

Or la survenue du diabète, puis, une fois celui-ci déclaré, l'apparition et l'aggravation des complications associées, sont liées à des déterminants de santé et des facteurs de risque contre lesquels il est possible de lutter. La prévention des causes de déclaration du diabète ainsi que celle

³ Bien que différentes dans les traitements comme dans les prises en charge, les deux principales formes de diabète ne sont pas distinguées dans les bases de données de l'assurance maladie. Les chiffres sont donc le plus souvent globaux, mais les personnes atteintes de diabète de type 1 sont très minoritaires.

⁴ L'algorithme d'identification des personnes atteintes de diabète dans les bases de données est différent entre Santé publique France et la Cnam. Seules les personnes bénéficiant d'un remboursement d'un médicament anti-diabétique, soit 3,8 millions en 2023, sont recensées par Santé publique France, alors que la Cnam intègre toutes les personnes atteintes de diabète reconnu comme affection de longue durée (ALD), qu'elles reçoivent ou pas un médicament, ainsi que les personnes ayant été hospitalisées pour diabète ou complication de diabète qui n'auraient pas été identifiées par l'ALD ni par le remboursement de médicament.

des facteurs d'évolution de la maladie et de ses complications constituent donc un enjeu essentiel pour lutter contre cette pathologie. Plus en amont, et de façon encore plus décisive, c'est tout l'environnement et le cadre de vie dans lesquels s'enracinent les comportements propices au diabète qu'il importe de modifier⁵.

Les politiques de prévention et de santé publique, plutôt que de suivre une approche par pathologie, cherchent désormais à agir sur les déterminants globaux de santé. Sans être identifié en tant que tel, le diabète est ainsi inclus dans deux axes génériques de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 : « *promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière* » et « *repérer, dépister et prendre en charge les pathologies chroniques* »⁶. Le projet de future stratégie nationale de santé, toujours en attente d'adoption alors que cette stratégie devait couvrir la période 2023-2033, ne retient pas non plus le diabète comme objectif spécifique, mais fixe des axes concourant à sa prévention et à sa prise en charge au titre notamment de la lutte contre l'obésité, de l'amélioration de la nutrition et de la promotion de l'activité physique.

La Cour a réalisé en 2019 une enquête relative à la prévention de l'obésité⁷ et en 2021 un rapport sur la politique de prévention en santé, dont le diabète était l'un des exemples étudiés⁸. Au moment où la Haute Autorité de santé (HAS) vient d'actualiser ses recommandations de stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2, la Cour a souhaité à nouveau se pencher sur cette pathologie, en se concentrant sur les modalités de sa prévention et de sa prise en charge précoce⁹.

⁵ La politique de prévention en santé s'effectue à trois niveaux : la prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, par la diminution des causes et des facteurs de risque ; la prévention secondaire a quant à elle pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, et d'en bloquer l'évolution ; enfin, la prévention tertiaire a pour objet de réduire les complications, invalidités ou incapacités chroniques, et rechutes consécutives à une maladie.

⁶ L'évaluation prévue par la loi et réalisée par la DREES en 2022 a dû, pour chacun des axes de la SNS et de sa déclinaison dans le PSP, déterminer une liste limitée de 20 indicateurs dont aucun ne concerne directement le diabète, sauf pour les objectifs spécifiques à l'Outre-mer (l'indicateur se limitant dans ce cas à la prévalence du diabète traité pharmacologiquement).

⁷ Cour des comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2019.

⁸ Cour des comptes, *La politique de prévention en santé, les enseignements tirés de trois grandes pathologies*, Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, novembre 2021.

⁹ Le présent rapport n'abordera donc pas les traitements médicamenteux, les dispositifs médicaux et la prise en charge hospitalière du diabète et de ses complications.

La prévalence¹⁰ du diabète de type 2, marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales, ne cesse en effet d'augmenter, en lien avec la hausse de l'obésité, entraînant une croissance des dépenses sans amélioration notable de la qualité de la prise en charge des personnes diabétiques (chapitre I). Pour enrayer ces tendances, il importe d'agir à deux niveaux : d'une part, en déployant un parcours de dépistage et de prise en charge précoce axé plus efficacement sur la modification thérapeutique des modes de vie des patients (chapitre II), et d'autre part, en intensifiant les politiques visant à prévenir l'obésité et à promouvoir la qualité nutritionnelle (chapitre III).

Principales définitions

Le diabète est une maladie métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique, qui conduit à des complications micro et macro vasculaires.

Le diabète de type 2 est principalement défini par une glycémie supérieure à 1,26 g/l après un jeûne de huit heures et vérifiée à deux reprises.

Le surpoids correspond à un indice de masse corporelle ($\frac{\text{Poids en kg}}{(\text{Taille en m})^2}$) compris entre 25 et 29,9 kg/m².

L'obésité correspond à un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m².

Chiffres clefs (diabètes de type 1 et 2)

En 2022, 4,3 millions de personnes sont prises en charge pour un diabète. Les dépenses directement imputables au traitement du diabète sont estimées à 10,2 Md€ en 2022, en hausse de 34,8 % depuis 2015.

¹⁰ La prévalence d'une maladie correspond au nombre de cas comptabilisés dans une population déterminée, à un moment donné, ce qui englobe donc aussi bien les cas nouveaux apparus dans l'année (incidence) que les cas déjà présents antérieurement. Le taux de prévalence retenu est standardisé selon l'âge, c'est-à-dire que le nombre de diabétiques est rapporté à une population standardisée sur la structure d'âge de la population européenne (Eurostat, population UE-27).

Chapitre I

Une prévalence et des dépenses en hausse pour des résultats sanitaires qui stagnent

L'augmentation de la prévalence du diabète (I) entraîne mécaniquement une hausse des dépenses affectées au traitement de celui-ci, accentuée par un effet de structure lié au vieillissement de la population des diabétiques (II), sans qu'on puisse constater d'amélioration significative de la qualité de la prise en charge mesurée à partir des examens de suivi et des hospitalisations pour complications associées au diabète (III).

I - Une augmentation liée à l'obésité et au vieillissement, et marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales

La progression du diabète de type 2, phénomène mondial, est corrélée à celle de l'obésité, qui constitue son principal facteur de risque. Le vieillissement et l'allongement de l'espérance de vie des personnes atteintes de cette pathologie entraînent également l'augmentation de la prévalence du diabète, dont la répartition est marquée par d'importantes inégalités sociales et territoriales.

A - Une maladie chronique très répandue

Les patients traités par un médicament pour diabète peuvent être identifiés dans les bases de remboursement de l'assurance maladie (système national des données de santé – SNDS). Santé publique France (SpF) repère ainsi comme diabétiques les personnes ayant eu au moins trois délivrances¹¹ d'un traitement antidiabétique, à des dates différentes au cours d'une même année.

Selon cette définition, la prévalence¹² du diabète traité est passée de 4,7 % de la population en 2010, soit 2,9 millions de personnes, à 5,24 % en 2023, soit 3,8 millions de personnes, dont 92 % sont des diabétiques de type 2.

Le périmètre retenu par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) est plus large, puisqu'il inclut les assurés inscrits dans le régime des affections longue durée (ALD)¹³ au titre du diabète (ALD 8) ou ayant fait l'objet d'une prise en charge hospitalière associée à un diagnostic de diabète, même s'ils n'ont pas bénéficié de trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année. Le nombre d'assurés ainsi définis était de 4,3 millions de personnes en 2022 (contre 3,6 millions en 2015, soit une hausse de 20 %), dont 4,2 millions au titre d'un diabète de type 2, soit 98 %, et 131 000 au titre d'un diabète de type 1.

¹¹ Ou deux, s'il s'agit de conditionnements pour trois mois.

¹² Cf. [Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques](#). La prévalence d'une maladie correspond au nombre de cas comptabilisés dans une population déterminée, à un moment donné, ce qui englobe donc aussi bien les cas nouveaux apparus dans l'année (incidence) que les cas déjà présents antérieurement. Le taux de prévalence retenu est standardisé selon l'âge, c'est-à-dire que le nombre de diabétiques est rapporté à une population standardisée sur la structure d'âge de la population européenne (Eurostat, population UE-27).

¹³ Le régime des affections de longue durée (ALD) ouvre droit à une prise en charge renforcée par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé entraînées par certaines pathologies. Les pathologies reconnues comme ALD sont de trois sortes : celles qui sont explicitement définies et figurent sur une liste fixée par voie réglementaire (les « ALD liste », au nombre de 29) ; les pathologies qui ne figurent pas sur cette liste mais nécessitent des soins particulièrement coûteux et un traitement prolongé (ALD « hors liste » ou « ALD 31 ») ; et la combinaison de plusieurs affections entraînant là encore une thérapeutique longue et coûteuse (« ALD polyopathie » ou « ALD 32 »). L'admission d'un patient en ALD se fait sur demande du médecin généraliste ou spécialiste et après validation par le service médical de l'assurance maladie.

En 2022, l'ALD 8 comptait 3,6 millions d'assurés¹⁴, soit 22,6 % du total des ALD. Le diabète apparaît ainsi comme la plus importante (en nombre) des ALD, même si les ALD relatives aux maladies cardiovasculaires, une fois additionnées (ALD 1, 3, 5 et 13)¹⁵, occupent la première place avec 4,7 millions d'assurés, soit 28,5 % du total des ALD. Le bénéfice de l'ALD 8 est reconnu dès le diagnostic du diabète¹⁶, sans critère de sévérité nécessitant des traitements particulièrement onéreux, à la différence d'autres ALD, dont la définition exclut les formes mineures de la pathologie concernée. Entre 2010 et 2022, l'ALD 8 a connu un taux annuel moyen de croissance de 4,8 %, contre 2,7 % pour l'ensemble des ALD reconnues.

Les bases de données de remboursement ne permettent d'identifier que les personnes traitées par un médicament pour le diabète¹⁷. Le nombre de patients pour lesquels le diabète a été diagnostiqué mais qui bénéficient exclusivement de thérapeutiques non médicamenteuses et non remboursées, voire qui ne sont pas traités, ainsi *a fortiori* que le nombre de personnes présentant un diabète méconnu ne peuvent être mesurés que dans le cadre d'enquêtes en population générale.

L'enquête Esteban¹⁸ a ainsi estimé, en 2014-2016, la part des adultes métropolitains âgés de 18 à 74 ans qui présentaient un diabète connu mais non traité par un médicament à 1,2 % (soit 548 000 personnes), et à 1,7 % (soit 776 000 personnes) la part de ceux présentant un diabète méconnu (2,7 % chez les hommes et 0,9 % chez les femmes). Cette même étude

¹⁴ L'écart de 700 000 personnes avec le nombre de personnes identifiées comme traitées pour le diabète (4,3 millions tous régimes) s'explique par le fait que nombre de patients diabétiques relèvent par ailleurs, compte tenu des complications associées au diabète, d'une autre ALD, notamment cardiovasculaire ou rénale, et ne sont donc pas systématiquement inscrits par leur médecin traitant au titre de l'ALD 8.

¹⁵ ALD 1 : accident vasculaire cérébral invalidant ; ALD 3 : artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ; ALD 5 : insuffisance cardiaque ; ALD 13 : maladie coronaire.

¹⁶ Le diabète est défini selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l vérifiée à deux reprises. Jusqu'en 2002, le seuil d'admission dans l'ALD 8 était fixé à 1,4g/l ; il a été aligné sur les critères de l'OMS.

¹⁷ Le projet JACADI, porté par Santé publique France, vise le développement d'un algorithme de « *machine learning* » qui permettrait d'identifier dans le système national des données de santé (SNDS) les personnes atteintes d'un diabète méconnu.

¹⁸ Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition. Cf. Lailler G. et al., "Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France : results from the national survey Esteban, 2014-2016", Diabetes Research and Clinical Practice, 2020, vol. 165, p. 1-5.

estimait par ailleurs la prévalence du prédiabète¹⁹ à 9,9 %. Une autre enquête, issue des données de la cohorte Constances²⁰, faisait apparaître, pour des participants âgés de 18 à 69 ans inclus dans la cohorte en 2013-2014, une prévalence du prédiabète de 7,4 %²¹. Ces enquêtes déjà anciennes mériteraient d'être réactualisées²².

Un fort enjeu s'attache donc à l'amélioration du dépistage du diabète : compte tenu des différences de champ (population générale ou adultes de 18 à 69 ou 75 ans) et de temporalité, il est certes impossible d'additionner ces trois ensembles (diabète traité, non traité et méconnu), mais il peut être valablement déduit que l'ordre de grandeur du taux de prévalence réel est bien supérieur à celui du seul diabète traité pharmacologiquement.

La difficulté à mesurer diabète traité, non traité et méconnu, et les différences méthodologiques qui peuvent jouer entre pays, rendent délicat l'établissement de comparaisons internationales fiables. La Fédération internationale du diabète (FID) ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publient néanmoins des estimations montrant la forte progression de la prévalence du diabète diagnostiqué dans le monde, de 8,8 % des adultes âgés de 20 à 79 ans en 2017 (425 millions) à 10,5 % en 2021, avec une projection à 11,3 % (640 millions) en 2030²³.

Selon les chiffres les plus récents publiés par la FID, sur cette population des 20 à 79 ans, la France présentait toutefois, après l'Irlande (3 %), les Pays-Bas (4,5 %) et la Suède (5 %), la prévalence la moins élevée de l'Union européenne (5,3 % pour une moyenne UE de 6,6 %), devant l'Allemagne (6,9 %) et surtout l'Espagne (10,3 %)²⁴.

¹⁹ Le prédiabète se caractérise par une glycémie comprise entre 1,10 g/l et 1,25 g/l vérifiée à deux reprises.

²⁰ Le projet Constances est une cohorte épidémiologique en population générale française, visant à suivre individuellement et dans le temps les facteurs de risques, les expositions, les modes de vie et les maladies qui surviennent. Constances est constituée d'un échantillon volontaire de 220 000 personnes ; l'enquête est copilotée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Cnam.

²¹ G. Lailler, S. Fuentes, S. Kab *et al*, "Prevalence and risk factors associated with prediabetes and undiagnosed diabetes in France: The national CONSTANCES cohort", *Diabetes Epidemiology and Management*, 2023, vol. 10, p. 100-121.

²² Une nouvelle enquête sur l'alimentation, la biosurveillance, la santé, la nutrition et l'environnement (« Albane »), qui se substitue à Esteban, devait initialement être déployée à l'été 2023 mais elle ne le sera finalement qu'en 2025-2026.

²³ Fédération internationale du diabète, *Atlas du diabète 2021*.

²⁴ Cf. le portail de données sur le site [IDF Diabetes Atlas 10th Edition](https://idf.org/fr/le-diabete).

B - La surcharge pondérale, principal facteur de risque du diabète de type 2

Le diabète de type 2 survient chez des personnes génétiquement prédisposées²⁵ sous l'effet de causes révélatrices liées principalement au surpoids²⁶ et à la sédentarité. Dans une étude de 2020, l'Organisation mondiale de la santé attribue 44 % des cas de diabète à l'obésité²⁷. Les autres facteurs de risque répertoriés sont l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le tabagisme et l'alcoolisme.

La dernière édition 2019-2022 de l'enquête Entred, qui étudie à partir d'un échantillon représentatif les caractéristiques des personnes diabétiques²⁸, révèle que 40 % des diabétiques de type 2 étaient en situation de surpoids en 2019, et 40 % en situation d'obésité, ce qui porte le total des personnes diabétiques en surcharge pondérale à 80 %.

En population générale, 30,3 % des personnes étaient en surpoids en 2020, selon la dernière enquête ObÉpi²⁹, et 17 % étaient en situation d'obésité. Si la part des personnes en surpoids a tendance à légèrement régresser depuis 2012, où elle atteignait 32,3 %, l'obésité a quant à elle continué de croître (10,1 % en 2000, 13,1 % en 2006, 15 % en 2012, et 17 % en 2020).

²⁵ Selon les antécédents familiaux, le facteur de risque de développer un diabète de type 2 est de 40 % si un seul des parents est lui-même atteint, et de 70 % si les deux le sont. Le diabète se déclarera chez le patient prédisposé si son mode de vie le favorise, du fait d'une surcharge pondérale et d'une trop grande sédentarité.

²⁶ La situation de surpoids est définie par un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 et 29 kg/m² ; celle d'obésité par un IMC supérieur à 30 kg/m².

²⁷ *Obésité et surpoids*, 2020, Site internet de l'OMS. Les interactions physiopathologiques à l'œuvre entre obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires et néphrologiques sont de mieux en mieux établies, comme le souligne l'avis adopté le 25 juin 2024 par l'Académie de médecine intitulé « Changement de paradigme dans les maladies cardio-néphro-métaboliques ».

²⁸ Les études Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) ont débuté au début des années 2000. Elles reposent sur un suivi de la consommation médicale à partir du SNDS et des questionnaires adressés aux patients et aux médecins inclus dans l'échantillon. Une première édition a été conduite entre 2001 et 2003 et une deuxième en 2007-2010. La dernière édition – Entred 3 – a été menée en 2019-2022 en partenariat entre SpF, la Cnam, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ses premiers résultats ont été publiés par SpF dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 22 du 2 novembre 2022.

²⁹ Les enquêtes dites ObÉpi, enquête épidémiologique nationale, ont été réalisées sous la coordination de l'Inserm tous les trois ans de 1997 à 2012 afin d'estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Une nouvelle édition a été lancée par la Ligue contre l'obésité en 2020.

C - Une population vivant plus longtemps avec le diabète

La progression de la prévalence du diabète est également consécutive au vieillissement de la population des diabétiques. La dernière édition de l'enquête Entred a ainsi constaté que l'âge moyen des diabétiques de type 2 avait progressé en France métropolitaine de deux ans, pour s'établir à 67 ans en 2019, alors qu'il était stable depuis 2001 à 65 ans. L'ancienneté médiane du diabète, de 11 ans en 2019, a également augmenté de deux ans alors qu'elle était restée stable entre 2001 et 2007. Cette situation reflète la diminution du taux de mortalité et l'allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques observés depuis quelques années en France. Des analyses plus récentes montrent cependant une rupture dans cette dynamique, consécutive à la pandémie de covid, comme le récapitule l'encadré ci-dessous.

Dans les projections établies par la Cnam à horizon de 2027, l'effet démographique, lié à l'augmentation et au vieillissement de la population, explique ainsi les deux tiers de la croissance projetée, qui aboutirait à une population de 4,5 millions de personnes prises en charge pour un diabète à cette échéance³⁰.

Une surmortalité importante, accentuée par la pandémie de covid

Estimée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) parmi les personnes diabétiques âgées de plus de 45 ans, la moyenne d'âge au décès est passée pour les hommes de 75,4 ans en 2013 à 76,9 ans en 2021, et pour les femmes, sur la même période, de 80,2 ans à 81 ans. Pour rappel, et même si cette donnée n'est pas directement comparable, l'espérance de vie à la naissance en population générale (y compris les personnes diabétiques) était en 2021 de 79,2 ans pour les hommes et pour les femmes de 85,2 ans.

Une étude de SpF procédant au suivi de la mortalité à cinq ans des cohortes incluses dans les enquêtes Entred de 2001 et de 2007³¹, avait également permis de constater une baisse de la surmortalité liée au diabète, surtout marquée chez les hommes : par rapport à la population générale, le risque de mortalité toutes causes était plus élevé de 1,53 fois sur la période 2002/2006 pour les personnes diabétiques, contre 1,34 sur la période 2007-2012 ; pour les femmes, il n'avait que faiblement baissé, passant de 1,57 à 1,51.

³⁰ [2023-07 rapport-propositions-pour-2024 assurance-maladie.pdf](#)

³¹ Cf SpF, *Mortalité liée au diabète*, avril 2019, et Mandereau-Bruno L, Fagot-Campagna A, Rey G, Piffaretti C, Antero-Jacquemin J, Latouche A, et al. *Évolution de la mortalité et de la surmortalité à 5 ans des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France métropolitaine : comparaison des cohortes Entred 2001 et Entred 2007*, Bull Epidémiol Hebd. 2016, n° 37-38, pp.668-75.

Mais cette tendance s'est inversée sur la période 2013-2019. Une étude de SpF³² montre une hausse du risque de surmortalité de 1,38 à 1,42 pour les hommes entre 2013 et 2019, stable pour les femmes à 1,46. Dans la même période, une réduction de la mortalité était observée pour les hommes comme pour les femmes non atteintes de diabète.

Cette surmortalité s'est accentuée pendant la pandémie de covid, le diabète constituant un facteur de risque de mortalité du covid. En 2021, une augmentation de l'incidence du diabète est constatée en France comme en Europe, en lien avec l'augmentation de la sédentarité et de la surcharge pondérale, et on observe parallèlement une attention renforcée portée au diabète en raison de la large médiatisation de son caractère péjoratif en cas d'infection par le covid. L'hypothèse d'un effet direct du covid sur le risque de développer un diabète est également avancée : si elle était confirmée, cela aurait un impact à moyen et long terme sur la dynamique de la maladie.

D - De fortes inégalités sociales et territoriales

Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les personnes les plus défavorisées. Une étude de la Drees³³ souligne que le risque de développer un diabète – mesuré par l'incidence de la maladie – est 2,8 fois plus élevé pour les 10 % les plus modestes de la population que pour les 10 % les plus aisés, ce qui fait du diabète la maladie chronique pour laquelle les inégalités sociales sont les plus prononcées. Par ailleurs, la comparaison entre le nombre de personnes atteintes de diabète parmi les 10 % les plus modestes et parmi les 10 % les plus aisées fait apparaître une accentuation de l'inégalité en défaveur des femmes, dont les plus modestes ont 3,46 fois plus de risque de vivre avec le diabète que les plus aisées, alors que ce rapport n'est que de 1,90 chez les hommes.

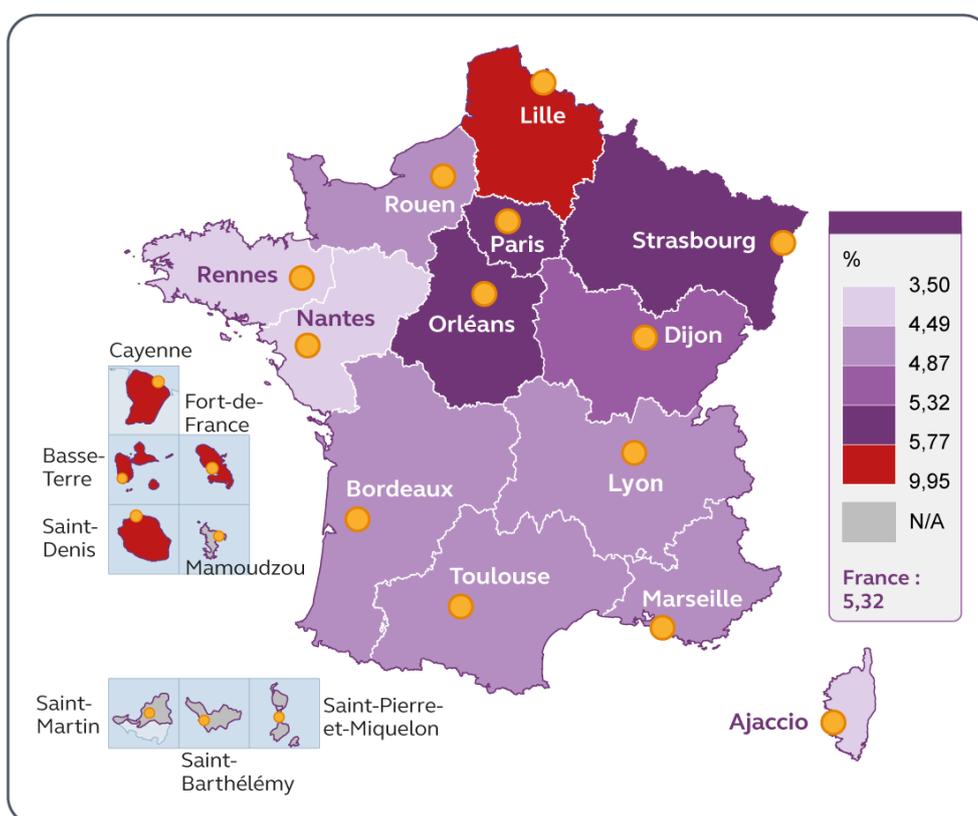
Ces inégalités au regard du diabète sont à mettre en relation avec celles qui prévalent dans la répartition de l'obésité. Les études ObÉpi déjà citées montrent que si, entre 1997 et 2020, le taux d'obésité est passé de 5,8 % à 9,9 % de la population de cadres, il a augmenté de 8,9 % à 18 % chez les ouvriers et de 7,8 % à 17,8 % chez les employés.

La prévalence du diabète est en outre inégalement répartie sur le territoire, comme le retrace la carte ci-dessous.

³² Sandrine Fosse-Edorh, Marie Guion, Sarah Gorla, Emmanuel Cosson, *Dynamics of diabetes prevalence, incidence and mortality in France : a nationwide study, 2013-2021*.

³³ Drees, *Études et résultats*, n° 1243, septembre 2022.

Carte n° 1 : taux de prévalence du diabète traité en 2022



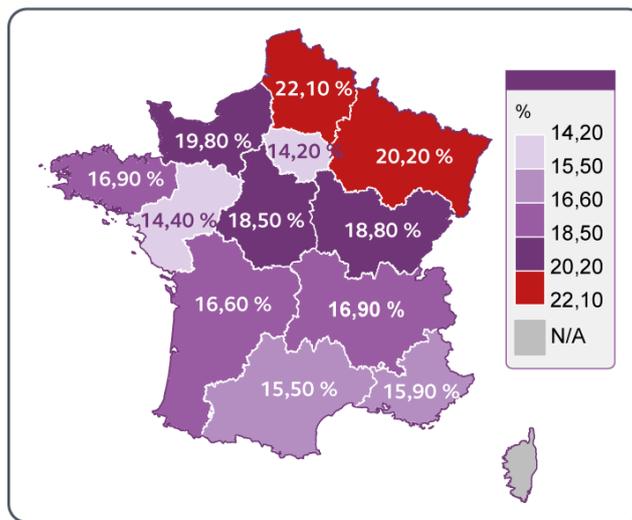
Source : Santé publique France – Géodes

Les départements du quart nord-est et du centre-est de la France ainsi que les Bouches-du-Rhône, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise, pâtissent d'une prévalence du diabète supérieure à la moyenne nationale, en particulier pour les départements des Hauts de France. En Outre-mer, en 2021, par rapport à la France entière, les taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement étaient ainsi 1,9 fois plus élevés à La Réunion, 1,8 fois en Guadeloupe et 1,5 fois en Guyane et Martinique³⁴.

³⁴ Sandrine Fosse-Edorh *et al.*, « Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 résidant en Outre-mer : résultats de l'étude Entred 3 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* 2023, n° 20-21.

La répartition territoriale du diabète est corrélée à celle de l'obésité (cf. carte ci-dessous).

Carte n° 2 : taux de prévalence de l'obésité selon les régions en 2020



Source : Enquête ObÉpi 2020

NB : le trop faible nombre de personnes incluses dans les échantillons Outre-mer et en Corse n'a pas permis lors de l'enquête ObÉpi 2020 de décliner la prévalence de l'obésité dans ces territoires. Pour l'Outre-mer, seul un taux global de 22,7 % a été estimé.

En métropole, le diabète touche principalement les hommes, qui représentent 55,2 % des personnes diabétiques selon la dernière édition de l'enquête Entred. Cette répartition recoupe celle de la surcharge pondérale (obésité et surpoids), qui touche, toujours selon l'enquête ObÉpi 2020, 53,3 % des hommes, même si la proportion d'obésité est légèrement plus élevée chez les femmes (17,4 %) que chez les hommes (16,7 %). Dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM), la répartition entre les hommes et les femmes s'inverse : les femmes sont davantage touchées en Guadeloupe (59 %), en Martinique (59 %), en Guyane (57 %) et à La Réunion (54 %) en 2021. Au-delà du surpoids lui-même, il est probable qu'interagissent des facteurs de risque génétiques spécifiques, notamment à La Réunion, avec le phénomène de transition alimentaire qui s'est produit dans ces territoires depuis quelques décennies (passage rapide à un mode de vie plus sédentaire et à une alimentation plus riche en sucres et en graisses³⁵).

³⁵ Recul des féculents et tubercules traditionnels, ainsi que des végétaux, et augmentation des protéines animales, des sucres et des produits transformés. Cf. C. Méjean, X. Debussche, Y.M. Martin-Prevel, V. Requillart, L.G. Soler, L. Tibère (dir.). *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer*, IRD Editions, Marseille, 2020.

II - Une dynamique des dépenses liée à la part croissante des diabétiques présentant des complications

Les dépenses de l'assurance maladie liées aux personnes atteintes de diabète croissent plus sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation des personnes présentant des complications que de l'augmentation des coûts de prise en charge, même si des innovations thérapeutiques justifient une attention particulière à cet égard.

A - Les effets du vieillissement sur la hausse des dépenses

Une estimation du coût social global du diabète supposerait de prendre en compte, outre les dépenses de santé, d'arrêts de travail et d'invalidité directement causées par cette pathologie, les autres coûts indirects (perte de productivité, incidences sur la scolarité et l'insertion professionnelle, etc.). Des études de ce type n'étant pas disponibles en France, l'analyse de la Cour se limite aux dépenses de remboursements de soins et de prestations de l'assurance maladie obligatoire³⁶.

Une estimation du coût global du diabète aux États-Unis

L'*American Diabetes Association* (ADA) publie chaque année une estimation des coûts globaux du diabète, agrégeant l'ensemble des dépenses de santé des personnes atteintes de diabète, et les autres coûts directs (absentéisme et invalidité liés au diabète) et indirects (baisse de productivité au travail et retrait du marché du travail). En 2022, le coût total du diabète aux États-Unis, où la prévalence du diabète diagnostiqué est de 8,5 %, atteignait ainsi 412,9 Md\$ US, dont 306,6 Md\$ US de coûts médicaux directs – soit une dépense moyenne individuelle de 19 736 \$ (soit l'équivalent de 17 400 €, contre 7 682 € en France hors indemnités journalières) – et 106,3 Md\$ de coûts indirects³⁷.

Une autre étude plus ancienne, effectuée en 2012 sur une cohorte de 15 000 adolescents suivis entre 1994 et 2008, avait établi qu'à l'âge de 30 ans environ, l'échec scolaire des enfants obèses et/ou diabétiques était de 6 points au-dessus de celui des jeunes sans pathologie, et que leurs revenus d'activité étaient plus faibles que ceux des non diabétiques³⁸.

³⁶ Ces données ne prennent donc pas en compte les remboursements par les organismes complémentaires et les restes à charge des patients.

³⁷ Emily D. Parker *et alii*, « *Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2022* », *Diabetes Care*, Volume 47, janvier 2024.

³⁸ Jason M. Fletcher et Michael R. Richards, « *Diabetes « health shock » to schooling and earnings* », *Health Affairs*, janvier 2012.

En 2022, l'ensemble des soins et prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire aux personnes atteintes de diabète, au titre de cette pathologie comme des autres affections dont elles peuvent être atteintes, s'élevait à 35,4 Md€. Au sein de ce montant, les dépenses liées spécifiquement au traitement du diabète étaient de 10,2 Md€, ce qui constitue le quatrième poste de dépenses parmi les maladies chroniques, après les maladies psychiatriques et traitements psychotropes (26,2 Md€), les maladies cardiovasculaires prises ensemble (26,1 Md€) et les cancers (24 Md€).

Dès lors qu'elles tiennent également à d'autres facteurs de risque, les complications du diabète et les dépenses afférentes ne sont pas isolées au sein de cet agrégat, qui comprend également toutes les autres dépenses de soins et de prestations. Le coût exact du diabète et de ses complications n'est donc pas précisément connu.

Les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent *a minima* 92 % des diabétiques, consommaient 96,2 % des dépenses totales. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des dépenses affectées et globales des diabétiques par rapport à celles de l'ensemble des assurés.

Tableau n° 1 : évolution du nombre de personnes diabétiques, des dépenses affectées au traitement du diabète et de l'ensemble des prestations remboursées aux personnes diabétiques

	2015	2022	Évolution
Nombre total d'assurés bénéficiant d'un remboursement (en millions)	64,2	67,8	+ 7 %
Nombre de diabétiques traités (en millions) <i>Part dans la pop. totale assurés</i>	3,6 5,6 %	4,3 6,3 %	+ 20 %
Dépenses totales pour l'ensemble des assurés (en Md€)	150 Md€	190,3 Md€	+ 26,8 %
Dépenses affectées au traitement du diabète (en Md€) <i>Part dans le total des dép. (%)</i>	7,5 Md€ 5 %	10,2 Md€ 5,3 %	+ 34,8 %
Dépenses totales pour les personnes atteintes d'un diabète <i>Part dans le total des dép. (%)</i>	25,3 Md€ 16,8 %	35,4 Md€ 18,6 %	+ 39,8 %
<i>Dont dépenses pour les diabétiques souffrant de complications Part dans le total des dép. (%)</i>	13,7 Md€ 9,1 %	19,9 Md€ 10,4 %	+45,2 %

Source : Cour des comptes à partir du SNDS

Les dépenses affectées au traitement du diabète ont ainsi augmenté de 34,8 % entre 2015 et 2022, soit un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 4,5 %, et les dépenses totales remboursées aux diabétiques au rythme un peu plus rapide de 39,8 % (TCAM de 4,9 %). Dans le même temps, les dépenses de remboursements pour l'ensemble des assurés progressaient de 26,8 %, soit un TCAM de 3,4 %, de sorte que la part relative des remboursements aux personnes atteintes de diabète dans le total des dépenses est passée de 16,8 % à 18,6 %.

L'augmentation des dépenses s'explique pour environ la moitié par l'effet volume lié à la hausse des effectifs traités (+ 20 % sur la période, contre + 7 % pour l'ensemble des assurés), lui-même majoritairement dû, comme indiqué ci-dessus, au vieillissement de la population des diabétiques. L'autre moitié de la hausse provient d'un effet « prix » lié à l'augmentation des dépenses moyennes par individu. Celles-ci ont progressé tant pour les dépenses affectées au traitement du diabète (passées de 2 014 € par an et par personne en 2015 à 2 350 € en 2022, soit + 11,7 %) que pour les dépenses totales des diabétiques (passées sur la même période de 7 061 € à 8 180 €, soit + 15,8 %). Leur hausse résulte principalement du vieillissement de la population qui entraîne une augmentation du nombre des patients présentant des complications.

Les patients diabétiques peuvent en effet être classés en fonction de la gravité de leurs complications, comme l'a fait la Cnam sur la base du suivi de leur consommation de soins, selon quatre niveaux :

- un niveau 1 regroupant les diabétiques sans traitement injectable ;
- un niveau 2 regroupant les personnes recourant à des traitements injectables, mais sans complication grave ;
- un niveau 3 regroupant les personnes atteintes de complications significatives mais non terminales (atteintes rénales ; complications neurovasculaires, podologiques ; maladies cardio-vasculaires ; complications métaboliques aiguës) ;
- et enfin un niveau 4 regroupant les patients atteints de complications du diabète jugées « terminales » (insuffisance rénale chronique terminale ; amputation d'un membre).

Les patients classés en niveaux de sévérité 3 et 4, dont l'âge moyen est plus élevé (69 ans pour le niveau 4 et 71 ans pour le niveau 3, contre 66 ans en niveau 2 et 67 ans en niveau 1 pour les diabétiques de type 2 en 2020³⁹), présentent des montants de dépenses totales par individu très supérieurs à la dépense moyenne (60 913 € en 2022 pour le niveau 4, soit 7 fois plus que la dépense moyenne de 8 180 €, et 11 136 € pour le niveau 3, soit 1,5 fois plus), et concentrent la majorité des consommations de soins et de prestations.

³⁹ Rapport de propositions de la Cnam pour 2024, tableau 8 p. 74.

Ainsi, comme le retrace le tableau n°2, c'est la croissance de l'effectif des patients de niveau 3 et de leur poids dans le total des dépenses⁴⁰, qui explique majoritairement l'augmentation de celui-ci.

Tableau n° 2 : évolution du poids des niveaux de gravité dans l'ensemble des prestations remboursées aux personnes diabétiques

Sévérité	Poids dans le total des effectifs (en %)		Poids dans le total des dépenses (en %)		Contribution à la croissance du total des dépenses (en points de pourcentage)
	2015	2022	2015	2022	
1	56,4	53,1	30,8	29,4	10,3
2	12,7	12,4	14,7	14,3	5,2
3	29,8	33,3	45,6	47,8	21,3
4	1,1	1,1	8,9	8,5	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	39,8

Source : Cour des comptes à partir du SNDS

B - Des postes de dépenses à surveiller au sein d'une structure globale assez stable

Les dépenses affectées au traitement du diabète calculées par la Cnam, qui se montaient à 10,2 Md€ en 2022 (soit une dépense moyenne par individu de 2 350 €), sont composées à 85 % de dépenses de soins de ville, 8 % de frais d'hospitalisation, et 7 % de prestations en espèce. La répartition et l'évolution de ces différents postes de dépenses sont détaillées en annexe 1. Le principal poste est constitué par les médicaments (2,98 Md€), dont le poids a légèrement régressé entre 2015 et 2022, passant de 33 % de l'ensemble des dépenses à 29 % (la dépense moyenne de médicaments par individu baissant de 0,6 %). Le deuxième poste est constitué par les dispositifs médicaux⁴¹ (2 Md€), qui connaissent quant à eux une progression assez dynamique (la dépense moyenne par individu augmentant de 29,1 %). Les soins infirmiers forment le troisième poste (1,9 Md€).

⁴⁰ Alors même que leurs dépenses par individu croissaient moins vite sur la période (+ 8,8 %) que les dépenses moyennes « tous niveaux » (+ 15,8 %).

⁴¹ Les dispositifs médicaux utilisés dans la prise en charge du diabète regroupent les dispositifs de mesure individuelle de la glycémie, mais également les dispositifs d'insulinothérapie et les prestations qui y sont associées.

Dans les dépenses totales des patients⁴² atteints de diabète, qui atteignaient 35,4 Md€ en 2022 (soit une dépense moyenne de 8 180 €), la part des dépenses hospitalières est nettement plus importante, et est restée inchangée entre 2015 et 2022, à hauteur de 43,4 %. La part des dépenses de soins de ville est légèrement majoritaire, avec 50,6 %, et celle des prestations en espèce représente 6 %. Le maintien à un niveau élevé de la part des dépenses hospitalières reflète le poids déjà souligné des patients de niveau 3, pour lesquels les dépenses hospitalières représentent 48 % de la consommation de soins et de prestations.

Parmi les postes de dépenses affectées au traitement des patients diabétiques, celui des médicaments, même si son poids a légèrement régressé depuis 2015, incorpore depuis quelques années de nouveaux traitements – les analogues du GLP1 (a-GLP1)⁴³ et les inhibiteurs du SGLT2 (i-SGLT2)⁴⁴ – qui connaissent une forte croissance, alors que leur coût est élevé par rapport à la metformine, disponible depuis plus de soixante ans et qui reste le médicament recommandé en première intention⁴⁵. Or les nouvelles classes d'antidiabétiques produisent des effets non seulement de régulation de la glycémie mais aussi de réduction des risques cardio-vasculaires et rénaux, ainsi que de perte de poids, qui les exposent à un risque d'utilisation large au-delà des indications thérapeutiques remboursables, voire à un mésusage, notamment pour leurs effets amaigrissants. Des tensions d'approvisionnement se sont d'ailleurs fait jour au niveau mondial, suscitant des mesures de restriction d'initiations de traitement par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). L'assurance maladie déploie quant à elle des mesures de gestion du risque pour promouvoir la metformine et garantir le bon usage de ces médicaments.

⁴² Les différents postes des dépenses totales des patients diabétiques et leur évolution sont également détaillés dans l'annexe 2.

⁴³ Ces médicaments stimulent la production d'insuline par le pancréas et ralentissent la vidange gastrique, créant ainsi une impression de satiété. Il s'agit notamment du liraglutide (Saxenda®, Victoza®), du sémaglutide (Wegovy®, Ozempic®) et du dulaglutide (Trulicity®).

⁴⁴ Les inhibiteurs du SGLT2 ou glifozines entraînent une augmentation de l'élimination urinaire du glucose, permettant de réguler la glycémie et de favoriser la perte de poids. Il s'agit notamment de la dapaglifozine (Forxiga®), de l'empaglifozine (Jardiance®) et du canaglifozine (Invokana®).

⁴⁵ La Cnam a conduit des actions de gestion du risque visant à rappeler que la metformine restait le traitement de première intention, à destination des prescripteurs et des pharmaciens.

Le dispositif d'accompagnement à la prescription des a-GLP1

En 2022, les dépenses remboursées des analogues du GLP1 atteignaient 500 M€⁴⁶, soit une hausse de 20,7 % par rapport à 2021, et concernaient 625 000 bénéficiaires (avec une dépense remboursée moyenne par consommant de 799 euros, plus de 15 fois supérieure à celle de la metformine), soit trois fois plus que la population cible estimée par la HAS dans son avis de réévaluation de l'ensemble des médicaments de cette classe à l'été 2021.

Depuis le 1^{er} février 2025, ces médicaments sont les premiers à être soumis au dispositif d'accompagnement à la prescription instauré par l'article 73 de la LFSS pour 2024 pour certains médicaments présentant un risque de mésusage (la classe des benzodiazépines devrait également être concernée dans un second temps). Le prescripteur devra *via* un téléservice déterminer si sa prescription est conforme à l'indication thérapeutique ouvrant droit au remboursement (ITR) et imprimer un justificatif que le patient devra présenter au pharmacien avec l'ordonnance. Une prescription « hors ITR » peut toujours être maintenue, mais le prescripteur devra alors informer son patient qu'elle ne sera pas prise en charge par l'assurance maladie.

La croissance des dépenses de dispositifs médicaux est quant à elle tirée par l'augmentation des systèmes d'autosurveillance du glucose, ainsi que par des innovations en matière d'insulinothérapie automatisée, surtout utilisées pour le traitement des formes sévères de diabète de type 1.

La lutte contre la surconsommation de bandelettes glycémiques

Parmi les dispositifs médicaux dits du quotidien, les bandelettes glycémiques, qui permettent l'autosurveillance de la glycémie, font depuis plusieurs années l'objet d'une surconsommation. L'arrêté du 25 février 2011, conformément aux recommandations de la HAS, a défini le plafond de prise en charge pour les patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants à 200 unités par an. En 2022, la Cnam a constaté un dépassement de ce plafond par 300 000 patients, entraînant une dépense induite de plus de 30 M€.

Outre les campagnes d'information à l'attention des prescripteurs et des assurés, l'Assurance maladie entend mettre en place un « compteur » sur Amelipro, le téléservice d'aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC), permettant aux pharmaciens, à partir du milieu de l'année 2025, de suivre la consommation par patient du nombre de bandelettes et de vérifier le respect du seuil de 200 unités par an.

⁴⁶ Il s'agit du montant remboursé avant remises reversées selon l'accord conventionnel signé entre le Comité économique des produits de santé et le laboratoire pharmaceutique.

III - Une qualité de suivi des patients qui stagne

Si la mortalité et l'espérance de vie des patients diabétiques tendent à s'améliorer, les indicateurs de qualité de la prise en charge du diabète restent insatisfaisants. Ces résultats peuvent être appréciés à partir de l'évolution des taux de réalisation des examens de suivi et des taux d'hospitalisation pour complications.

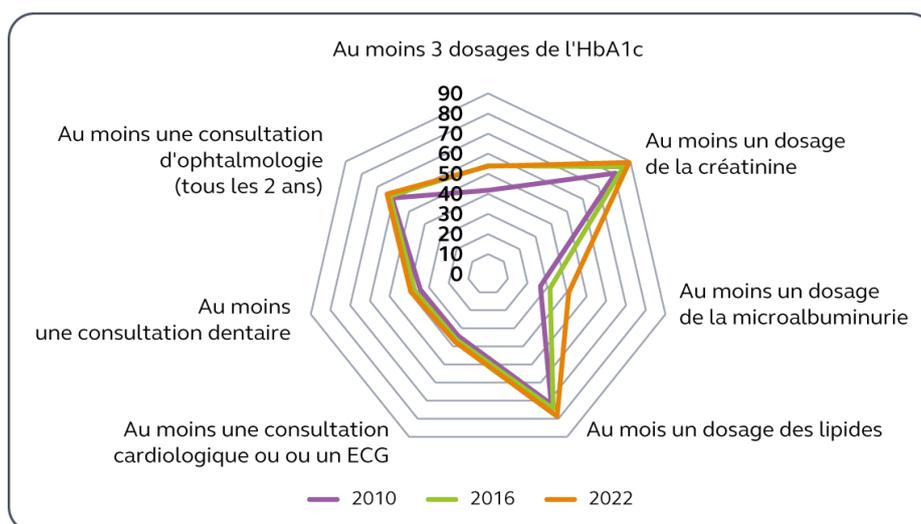
A - Un taux de réalisation des examens qui ne s'améliore pas

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS) déposé en annexe du projet de loi d'adoption des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) présente chaque année le suivi de l'objectif visant à garantir la réalisation des examens de suivi et de prévention conformément aux recommandations cliniques pour 80 % des patients diabétiques. Cet objectif déjà ancien a été fixé par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique (LSP) et a été repris dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) prévue depuis 2011 par les conventions médicales⁴⁷, qui vise à prévenir les complications graves, notamment rétinopathie diabétique, affections cardio-vasculaires et maladie rénale.

Pourtant, comme le récapitule le graphique ci-dessous, à l'exception du dosage de la créatinine, force est de constater que, plus de 20 ans après la promulgation de la loi du 9 août 2004, l'objectif reste loin d'être atteint.

⁴⁷ La convention médicale signée en juin 2024 prévoit, dans le cadre du forfait médecin traitant, une valorisation pour la réalisation du dépistage de la maladie rénale et du diabète des patients atteints de maladie cardio-vasculaire et associée.

**Graphique n° 1 : évolution du respect des recommandations
des examens de suivi et de prévention des patients diabétiques**



Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – maladie, 2023

Note : le taux d'HbA1c ou hémoglobine glyquée est le pourcentage d'hémoglobine des globules rouges ayant fixé du glucose pendant 120 jours environ. Il constitue donc un reflet de la glycémie moyenne pendant deux à trois mois. Un dosage est recommandé tous les trois mois, pour suivre l'équilibre du diabète et l'effet des traitements. La créatinine est normalement éliminée dans les urines, son dosage permet de surveiller la fonction rénale. De même, la microalbuminurie permet de surveiller l'apparition d'une néphropathie.

Ces résultats médiocres au niveau national recouvrent de surcroît d'importantes disparités régionales. Parmi les régions les plus touchées par le diabète, La Réunion a le meilleur suivi cardiologique, la Guadeloupe le meilleur suivi ophtalmologique, et la Martinique enregistre les taux de conformité aux recommandations les plus bas sur tous les indicateurs (sauf pour le dosage de la microalbuminurie). Quant aux régions hexagonales où la prévalence est la plus forte (Hauts de France, Grand-Est et Île-de-France), elles ne diffèrent pas de manière marquée de la moyenne nationale.

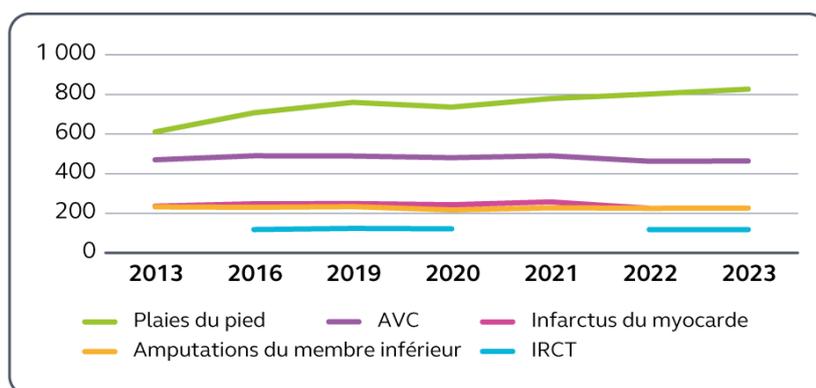
B - Des hospitalisations pour complication qui baissent peu

À la demande de la Cour, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a identifié, au sein de l'ensemble des séjours hospitaliers effectués en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en 2015 et 2022 par les patients atteints de diabète de type 2, les séjours liés directement au diabète et ceux liés à des complications associées, et leur a appliqué les tarifs des séjours en vigueur en 2022 afin de neutraliser les effets des évolutions tarifaires intervenues sur la période⁴⁸.

On constate ainsi, selon cette étude, que le nombre de séjours liés au diabète a augmenté en volume de 13 % et celui pour complications au rythme moins rapide de 5 %, ce qui pourrait résulter de la hausse de la prévalence ; en revanche, le coût de l'ensemble de ces séjours a baissé, si on le valorise aux tarifs de 2022.

Pour autant, selon les données de Santé public France (SpF), les taux d'hospitalisation pour les principales complications du diabète ont eu tendance à augmenter ou, au mieux, à stagner ces dernières années⁴⁹, comme le récapitule le graphique ci-dessous.

Graphique n° 2 : évolution des taux d'hospitalisation pour les principales complications liées au diabète (pour 100 000 personnes diabétiques)



Note : le taux d'hospitalisation pour IRCT en 2021 n'est pas disponible.

Source : Géodes Santé publique France / IRCT : insuffisance rénale chronique terminale ; IDM : infarctus du myocarde ; AVC : accident vasculaire cérébral

⁴⁸ Cf annexe 1.

⁴⁹ [Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques.](#)

Le taux d'hospitalisation pour insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), qui avait augmenté jusqu'en 2019, a légèrement baissé pour retrouver en 2022 son niveau de 2016 (118 pour 100 000 personnes diabétiques) ; il en va de même pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), qui restent en 2022 à un niveau légèrement supérieur à 2013, alors que celles pour infarctus du myocarde sont relativement stables et baissent à partir de 2021 pour atteindre 227 pour 100 000 en 2023⁵⁰. Les hospitalisations pour plaies du pied ont également augmenté sensiblement (803 pour 100 000 en 2022 contre 610 en 2013). Celles pour amputations du membre inférieur, qui apparaissent comme majoritairement évitables par l'examen régulier des pieds, la prévention et la cicatrisation des plaies, n'évoluent guère (236 pour 100 000 en 2022).

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) pour complication de court terme du diabète estimées par la DREES⁵¹, même si elles ne représentent que 2,9 % de l'ensemble des HPE, sont les seules à croître entre 2019 et 2022 (+ 6,4 % en nombre et + 12,1 % en montant), pour une dépense de 27,1 M€.

⁵⁰ L'algorithme de repérage des patients atteints de diabète a été modifié pour tenir compte des extensions d'indication de certains médicaments du diabète (les inhibiteurs du SGLT2). Les patients traités par iSGLT2 en monothérapie sont désormais exclus. Ainsi, selon SpF, des patients qui développeraient une insuffisance cardiaque à la suite d'un infarctus auraient pu être traités par iSGLT2 sans pour autant être diabétiques, ce qui expliquerait la baisse récente des hospitalisations pour infarctus des patients atteints de diabète.

⁵¹ DREES, *Études et résultats*, avril 2023, n° 1262.

CONCLUSION

Le diabète de type 2, qu'on le mesure annuellement à partir du nombre de patients traités par un médicament anti-diabétique ou périodiquement dans le cadre d'enquêtes en population générale, qui permettent d'estimer également le diabète bénéficiant de thérapeutiques non médicamenteuses, ainsi que le diabète non traité et non diagnostiqué, ne cessent de progresser, même si la progression du diabète en France reste faible par rapport à celle des autres pays dans le monde. Cette progression est notamment liée à celle de l'obésité, qui constitue son principal facteur de risque, ainsi qu'au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie des personnes vivant avec le diabète.

Le diabète apparaît comme la maladie chronique qui touche le plus les personnes défavorisées, imposant la prise en compte dans les politiques publiques des inégalités sociales et territoriales, fortement marquées également dans l'obésité.

Le niveau de dépenses de santé imputables au diabète progresse, principalement en raison du vieillissement de la population, qui entraîne à la fois une augmentation du nombre de patients atteints de diabète et du nombre de patients présentant des complications de la maladie. Alors que les facteurs de risque de développer la maladie sont connus et que des recommandations de prise en charge sont établies, les résultats sanitaires ne progressent pas.

Chapitre II

Une nécessaire prise en charge précoce fondée sur la modification des modes de vie

Le diabète de type 2 relève d'abord de la médecine de ville, les établissements hospitaliers n'intervenant que lors de complications graves. Sa prise en charge s'inscrit dans le cadre de recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), récemment actualisées (mai 2024)⁵², qui préconisent la mise en œuvre en première intention, dès le dépistage et avant un éventuel traitement médicamenteux, de thérapies visant à modifier le mode de vie des patients afin de prévenir la survenue des complications puis leur aggravation. Ces thérapies reposent sur trois dimensions : la mise en œuvre d'un programme nutritionnel personnalisé et adapté ; la lutte contre la sédentarité et la promotion d'une activité physique adaptée (APA) ; l'éducation thérapeutique du patient (ETP) réalisée par une équipe pluridisciplinaire pour acquérir, dès le diagnostic, des compétences d'auto-gestion de la maladie, à entretenir ensuite au cours de son évolution.

⁵² [Haute Autorité de Santé - Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2 \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)

La promotion et l'appui au déploiement de parcours de dépistage précoce et de mise en œuvre de modifications thérapeutiques du mode de vie des patients figurent comme objectifs dans la plupart des programmes régionaux de santé (PRS) que chaque agence régionale de santé (ARS) adopte en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS), au titre de l'axe « *repérer, dépister et prendre en charge les pathologies chroniques* »⁵³. Pourtant dans les faits, le dépistage reste aujourd'hui mis en place de manière tardive et ponctuelle (I), tandis que les parcours de soins des patients diabétiques ne sont pas, en dépit de la multiplication d'initiatives et de l'investissement de nombreux acteurs, déployés à l'échelle des besoins⁵⁴ (II).

I - Un dépistage souvent trop tardif et peu suivi d'effets

Souvent tardive ou fortuite, la découverte d'un diabète gagnerait à bénéficier à l'avenir d'un dépistage plus précoce, grâce à l'identification des facteurs de risque, à l'occasion de consultations de prévention ou grâce à l'outil numérique.

⁵³ Les régions où la prévalence du diabète est la plus forte (Île-de-France, Grand-Est, Hauts de France, Martinique, Guadeloupe et La Réunion) ont quant à elles défini une feuille de route spécifique sur le diabète.

⁵⁴ Il n'existe pas de bilan consolidé des actions inscrites dans les PRS et de leur articulation avec la SNS (sauf pour celles qui contribuent à certains plans thématiques, comme le plan national nutrition santé (PNNS) ou les plans cancers jusqu'en 2019). La Cour avait déjà constaté dans son rapport de 2021 sur la politique de prévention en santé, que les dispositifs de pilotage et de suivi prévus pour la SNS n'avaient pas fonctionné. Le suivi de l'exécution budgétaire du Fonds d'intervention régional (FIR), qui finance les actions des ARS en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, n'offre pas non plus de visibilité fine sur les programmes ainsi financés, et ne constitue d'ailleurs pas un instrument de pilotage de ceux-ci. Dans les développements qui suivent, la Cour a tenté, à partir des évaluations disponibles et des constats dressés lors de son enquête, d'apprécier les actions conduites par les pouvoirs publics pour appuyer les différents acteurs afin d'améliorer l'accès précoce à des parcours de prise en charge intégrant les modifications thérapeutiques du mode de vie.

A - Un dépistage insuffisamment déployé

Le dépistage du diabète est recommandé par la HAS après 45 ans en fonction de facteurs de risques liés au poids et aux antécédents familiaux ou personnels⁵⁵. Le test consiste en une glycémie à jeun, examen très fréquemment pratiqué (près de 41 millions de tests remboursés en 2023).

Or près de 30 % des personnes nouvellement prises en charge pour diabète en 2021 présentent une maladie déjà avancée, avec des complications fréquemment associées au diabète correspondant au niveau 3 tel que défini par la Cnam⁵⁶. L'analyse menée par la Cour sur les données de l'étude Entred (cf. annexe 2) confirme la présence d'une complication pour 30 % des cas lors de la découverte du diabète.

Un taux aussi élevé peut résulter de trois types de causes. La première tient au caractère longtemps asymptomatique de la maladie, qui peut retarder sa découverte. Cela peut également révéler l'insuffisance du dépistage, en particulier pour les personnes et les territoires confrontés à des difficultés d'accès aux soins⁵⁷. Il peut enfin tenir à l'insuffisance de suivi et de prise en charge à la suite de dépistages pourtant effectués (le nombre de glycémies effectuées chaque année est en effet important). La part respective de ces facteurs n'est pas connue, mais il serait intéressant de procéder à des études pour essayer de mieux la cerner.

Afin de favoriser le dépistage, la Cnam mène depuis septembre 2024 une action de promotion auprès des médecins généralistes les moins prescripteurs de glycémies à jeun dans la tranche d'âge 45-50 ans. Cette campagne, encore en cours en 2025, devra faire l'objet d'une évaluation afin d'orienter les actions menées par l'assurance maladie en faveur du dépistage.

⁵⁵ HAS, *Prévention et dépistage du diabète de type 2*, octobre 2014. Le test est recommandé après 45 ans en présence d'un des facteurs de risque suivants : excès pondéral, hypertension artérielle, dyslipidémie, antécédent familial au premier degré, antécédent de diabète gestationnel, origine non caucasienne, prise d'un traitement pouvant induire un diabète, situation de précarité.

⁵⁶ [2023-07 rapport-propositions-pour-2024 assurance-maladie.pdf](#)

⁵⁷ La Cnam ne précise pas la situation socio-professionnelle des patients dont le diabète est découvert au stade d'une complication et l'analyse de la Cour sur les données de l'étude Entred ne permet pas d'établir une corrélation statistiquement significative entre la circonstance de découverte du diabète et la catégorie socio-professionnelle d'appartenance.

Des actions de dépistage sont certes prévues dans la plupart des programmes régionaux de santé, mais elles restent le plus souvent déléguées à des acteurs associatifs (majoritairement les associations locales de la Fédération française des diabétiques) et cantonnées à des événements ponctuels (par exemple à l'occasion de la journée mondiale du diabète ou de la semaine nationale de prévention du diabète).

En outre, les conditions de prise en charge à l'issue du dépistage n'étant généralement pas réunies, ces opérations relèvent davantage de la sensibilisation à la maladie que d'une réelle inclusion dans un parcours de prévention et de traitement. Le devenir des personnes dépistées n'est d'ailleurs pas connu ni même recherché par les promoteurs.

Des expérimentations de dépistage précoce associées à l'entrée dans un programme de prévention ont pourtant été mises en place entre 2018 et 2022 et reprises dans le plan national « Priorité prévention » qui décline la stratégie nationale de santé. Fortement inspiré du programme américain *Diabetes Prevention Program* (cf. encadré *infra*), le dispositif « *Dites non au diabète* » mis en œuvre par l'assurance maladie et le ministère en charge de la santé dans trois départements (La Réunion, le Bas-Rhin et la Seine-Saint-Denis), visait initialement le recrutement de 10 000 personnes, repérées sur facteurs de risque et inscrites par leur médecin traitant, pour bénéficier d'interventions visant une modification des modes de vie. Pour un budget total de 670 000 €, le résultat s'est révélé doublement décevant : du fait d'une insuffisante implication des médecins traitants, le recrutement a été faible (1 167 personnes) ; et seules 264 personnes ont terminé le programme, avec des résultats de perte de poids inférieurs aux objectifs.

Plusieurs ARS se sont appuyées sur les pharmaciens d'officine pour mener des actions de dépistage. Ainsi, en Bourgogne-Franche-Comté en 2016 et dans les Hauts de France, dans le cadre du SRS 2018-2023, une glycémie capillaire était proposée en officine, suivie d'une orientation vers le médecin traitant en cas de résultat anormal. En Île-de-France, l'intégration des biologistes dans le dispositif en 2023 a permis au pharmacien de remettre un bon pour une glycémie veineuse en laboratoire en cas de test capillaire anormalement élevé. En Grand Est, le projet DIA-DEP de dépistage du diabète repose sur la collaboration entre les pharmaciens d'officines, les laboratoires de biologie médicale et les médecins traitants. En dépit d'un taux de perdus de vue de 50 %, DIA-DEP a repéré 17 % de glycémies anormales dans la population ciblée.

Néanmoins, ces expériences restent ponctuelles et garantissent mal la prise en charge ultérieure des personnes qui auraient ainsi été repérées, aucun suivi n'étant réalisé.

B - Les conditions de réussite d'un dépistage à la fois généralisé et mieux ciblé dans le cadre du dispositif « *Mon bilan prévention* »

Le dispositif « *Mon bilan prévention* », instauré par la LFSS pour 2023 et généralisé depuis l'été 2024, peut constituer une opportunité pour favoriser, à certains âges clés de la vie, le dépistage précoce de maladies et la mise en place ou le renforcement de comportements favorables à la santé. Le repérage des personnes à risque de diabète de type 2 y sera intégré sur la base du questionnaire FindRisc (cf. encadré ci-dessous).

Mon bilan prévention

Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, « *Mon bilan prévention* » est un nouveau dispositif de prévention qui prévoit un échange avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien) à quatre moments de la vie : entre 18 et 25 ans, à 45-50 ans, à 60-65 ans et entre 70 et 75 ans. L'objectif est de permettre un bilan des habitudes de vie et de l'environnement de la personne, de favoriser le recours aux dépistages, en fonction des facteurs de risque identifiés, afin de favoriser des comportements favorables à la santé et rendre la personne actrice de sa santé. À l'issue de cet échange, la personne et le professionnel de santé remplissent un « *plan personnalisé de prévention* » qui regroupe les objectifs prioritaires en santé et les actions concrètes à mener, plan qui est transmis au médecin traitant s'il n'a pas lui-même réalisé le bilan. Entièrement pris en charge sans avance de frais, ces bilans de prévention sont prévus pour durer de 30 à 45 minutes et sont rémunérés 30 €, quel que soit le professionnel qui les réalise.

Le bilan prévu pour les personnes de 45-50 ans inclut, dans une approche globale d'identification du risque cardio-vasculaire, un repérage des facteurs de risque de diabète, fondé sur l'utilisation de l'outil Findrisc⁵⁸, recommandé par l'Organisation mondiale de la santé. Cet auto-questionnaire de huit items, repose sur un système de cotations du risque s'appuyant sur des critères d'âge d'antécédents familiaux, de tour de taille (ou d'indice de masse corporelle s'il est connu), de pratique d'activité physique, de qualité de l'alimentation, et de taux de sucre dans le sang si un examen a déjà été effectué. En additionnant les points, le risque de développer un diabète dans les dix ans qui viennent est évalué, selon une échelle allant de risque faible à très élevé.

⁵⁸ [Testez-vous en 3 minutes pour évaluer votre risque de diabète | Fédération Française des diabétiques.](#)

Le déploiement de ce dispositif a été précédé d'un programme pilote dans les Hauts de France dont l'évaluation⁵⁹ permet de dégager plusieurs conditions de réussite. L'engagement des professionnels de santé est déterminant, et requiert une appropriation des outils en s'appuyant sur les ressources locales. Du côté des bénéficiaires, des actions spécifiques d'aller-vers et de médiation sont nécessaires pour éviter le risque d'une moindre participation des personnes éloignées du système de santé ou ne disposant pas des ressources (financières, de connaissance ou sociales) pour s'impliquer dans la prise en charge de leur santé⁶⁰. S'agissant du diabète, maladie particulièrement marquée par des inégalités sociales, l'enjeu est majeur.

C - L'utilisation de l'espace numérique en santé pour identifier les facteurs de risque

Depuis le décret n°2024-468 du 24 mai 2024 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique en santé (ENS), celui-ci peut être utilisé pour mener des actions de prévention ciblées en fonction des facteurs de risque des populations, sous réserve de la disponibilité de ces informations non issues des bases de remboursement (sédentarité, obésité), à la main des assurés et des professionnels de santé.

L'ENS pourrait de ce fait constituer un outil de détection du risque de développer un diabète de type 2, générant des alertes à partir de l'identification de facteurs de risque. L'existence d'un diabète gestationnel, par exemple, pourrait renforcer l'incitation faite aux femmes concernées de procéder systématiquement, lors du Bilan prévention qui leur sera proposé à 45 ans, au dépistage d'un éventuel diabète de type 2.

⁵⁹ C. De Rosis, K. Chevreuil, M. Michel, *Évaluation du programme pilote « Mon bilan prévention » dans les Hauts de France*, Rapport final, volet qualitatif, février 2024.

⁶⁰ Les centres de santé de l'assurance maladie, dont le public prioritaire est constitué de personnes en situation de vulnérabilité ou éloignées du système de santé, mènent une expérimentation pour réaliser ces bilans.

II - Le nécessaire développement de parcours intégrant éducation thérapeutique et activité physique

En dépit d'initiatives souvent menées dans un cadre expérimental, les modifications thérapeutiques des modes de vie, premier traitement du diabète, sont encore loin de bénéficier à l'ensemble de la population. Ce constat incite à faire évoluer les modalités de prise en charge de cette pathologie par l'assurance maladie.

A - Les enjeux d'une modification précoce des modes de vie

La mise en œuvre d'un parcours d'accompagnement pluridisciplinaire du patient diabétique dès le diagnostic posé, et même si possible dès le stade du prédiabète, peut réduire significativement le risque de développer la maladie, comme l'ont montré les premiers programmes d'intervention sur le mode de vie.

Les premiers programmes de prévention du diabète de type 2 par l'intervention sur les modes de vie

Aux États-Unis, une expérimentation menée entre 1996 et 1999 auprès de trois groupes de populations prédiabétiques – groupe « *lifestyle change* » inclus dans un parcours de prévention et de modification des modes de vie, groupe traité à la metformine, et groupe témoin – avait montré une baisse significative de l'incidence du diabète, à hauteur de 58 %, chez les patients inclus dans le groupe prévention. Sur cette base, le *National Diabetes Prevention Program* a été mis en place en 2010 à l'échelle nationale. Le déploiement de ce programme à l'échelle nationale s'est cependant révélé décevant, compte tenu des difficultés d'observance des participants⁶¹.

⁶¹ Cf. Natalie D. Ritchie, Katherine J. W. Baucom, Katherine A. Sauder, "Current Perspectives on the Impact of the National Diabetes Prevention Program", *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2020;13 2949–2957.

Entre 2003 et 2008, un programme avait également été lancé auprès de populations à risque de diabète en Finlande : déployé dans cinq régions et couvrant une population de plus de 10 000 personnes à haut risque de diabète, il avait constitué la première étude à une échelle aussi vaste sur la prévention du diabète par les modifications de vie, et démontré, pour les 17,5 % de patients qui, grâce au programme, avaient perdu au moins 5 % de leur masse corporelle, une réduction de risque de diabète de 69 % par rapport à ceux ayant gardé le même poids.

Au Royaume-Uni, plus récemment, le programme de prévention fondé sur la modification du mode de vie *Healthier You, Diabetes Prevention Programme* mis en place par le *National Health Service* (NHS) en 2016 a donné lieu à des études sur les cohortes de patients ayant participé au programme de 2016 à 2020, qui ont montré une réduction de 20 % du risque d'être diagnostiqué d'un diabète de type 2 par rapport aux non inclus.

Ces parcours reposent en particulier sur l'éducation thérapeutique (ETP), qui est inscrite depuis 2009 dans le code de la santé publique (CSP)⁶² et dont la mise en œuvre peut prendre différentes formes :

- les programmes d'ETP, qui sont définis par l'art L. 1161-2 du code de la santé publique (CSP) et dont le contenu est fixé par un arrêté du 30 décembre 2020. Les programmes d'ETP sont financés en majorité par un financement FIR sur la base d'un forfait par inclusion de patient déterminé par chaque ARS. La HAS a publié des référentiels de bonne pratique (2007) relatifs aux programmes d'ETP et à leur évaluation ;
- les « actions d'accompagnement » définies à l'art L. 1161-3 du CSP. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Le cahier des charges précisant leur contenu n'a pas été publié ;
- les « activités éducatives ciblées personnalisées » telles que définies par la HAS dans son avis de 2015 sur une « démarche centrée sur le patient », et qui recouvrent un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large. Contrairement aux programmes ou aux actions d'accompagnement, les actions éducatives ciblées n'ont pas donné lieu à un article législatif ou réglementaire propre.

⁶² L'article L.1161-1 du code de la santé publique dispose que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. ».

L'éducation thérapeutique du patient est indiquée pour le traitement de toutes les maladies chroniques, *a fortiori* si un changement de mode de vie est requis. Historiquement, le diabète a été une des premières maladies dans la prise en charge lesquelles l'éducation thérapeutique s'est développée.

B - La place insuffisante de l'accompagnement thérapeutique dans les soins de ville

1 - Des dispositifs spécifiques de coordination des soins multiples mais ponctuels

La multiplicité des ressources sanitaires mobilisées pour l'accompagnement thérapeutique et la modification des modes de vie des patients diabétiques requièrent une coordination. De fait, les différents modèles de coopération qui se développent entre professionnels de santé prennent souvent comme axe d'action la prise en charge du diabète, qui a d'ailleurs été historiquement à l'origine de nombreux réseaux de soins.

Ces modèles sont divers et dépendants des dynamiques locales, voire de l'engagement personnel de certains acteurs et équipes médicales. Les ARS, l'assurance maladie et souvent les collectivités territoriales les soutiennent selon des modalités et des ordres de priorité qui gagneraient parfois à être mieux articulés, comme l'a relevé un récent rapport de la Cour⁶³.

Près du quart des communautés professionnelles de territoires de santé⁶⁴ (CPTS), dont la création résulte d'une contractualisation entre les professionnels concernés, l'ARS et l'assurance maladie qui en assure le

⁶³ Rapport public thématique sur l'organisation territoriale des soins de premiers recours, mai 2024.

⁶⁴ L'article L. 1434-10 du code de la santé publique dispose que « *l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ». Les communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) définies à l'article L. 1434-12 du même code participent de cette responsabilité en permettant aux professionnels de se regrouper afin d'améliorer leur coordination et la structuration des parcours de soins, et de proposer un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé. Les professionnels de santé qui souhaitent constituer une CPTS doivent définir, au sein d'un territoire donné, les besoins identifiés, les actions envisagées pour y répondre, les engagements des professionnels impliqués et les modalités du travail pluriprofessionnel mis en place dans le cadre d'un projet de santé qui doit *a minima* couvrir quatre « missions socles » : l'organisation des soins non programmés et l'accès à un médecin traitant ; l'organisation de parcours pluriprofessionnels ; la prévention ; la participation à la gestion des crises sanitaires.

financement, avaient ainsi retenu en janvier 2024 la prise en charge du diabète de type 2 au titre de la mission socle relative à l'organisation de parcours pluriprofessionnels⁶⁵.

Les communautés professionnelles de territoire visent à améliorer l'organisation et la coordination des soins sur leur territoire ; elles ne sont pas directement acteurs de santé. Outre les structures hospitalières, elles peuvent s'appuyer en ville sur les équipes de soins primaires, centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ces dernières constituent un cadre d'exercice favorable au suivi des patients atteints de maladie chronique, et en particulier du diabète. Les résultats des indicateurs de suivi du patient diabétique, tels que prévus dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) de l'assurance maladie, montrent en effet que les patients suivis dans ce cadre sont plus nombreux à bénéficier des dosages d'HbA1c (85,7 % contre 80 % pour les médecins hors maisons de santé), de fonds d'œil (72,3 % contre 71 %) ou de dépistage de la maladie rénale (50,5 % contre 45 %).

Le dispositif créé par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 permettant d'expérimenter de nouvelles organisations incluant des modes de financement dérogatoires ne comporte pas de projet portant spécifiquement sur le diabète de type 2, à l'exception d'une expérimentation de dépistage et de prise en charge du prédiabète qui a connu une fin anticipée en raison du manque d'intérêt exprimé par les professionnels comme les patients⁶⁶.

⁶⁵ En janvier 2024, étaient recensées 546 CPTS, couvrant 66,7 % de la population, mais avec une grande hétérogénéité selon les régions, allant de 100 % de couverture à La Réunion et en Martinique à 6,8 % en Corse. La Cnam souhaite s'appuyer sur les CPTS pour déployer, dans le cadre de la Convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2023-2027, cinq parcours prioritaires ciblés sur les maladies chroniques, dont le diabète, en leur fournissant un outil de diagnostic territorial, puis de définition de parcours.

⁶⁶ Projet FNMF Prédiabète, autorisé le 27 décembre 2020 pour trois ans et clos de manière anticipée le 1^{er} septembre 2023.

En revanche, le diabète est inclus dans des expérimentations transversales portant sur les maladies chroniques, et intégrant notamment l'éducation thérapeutique du patient et l'activité physique adaptée. À titre d'exemple, le projet Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) a permis de financer⁶⁷, outre la rémunération du temps de coordination des professionnels libéraux, le recours à des professionnels non conventionnés mais qui concourent à la prise en charge coordonnée des patients (infirmiers, psychologues, médiateurs, orthophonistes, diététiciens, enseignants d'activité physique adaptée). De même, le projet Paiement en équipe de professionnels de ville (PEPS) prévoit la substitution du paiement à l'acte par un paiement collectif forfaitaire pour une équipe pluriprofessionnelle, ce qui a permis là aussi de rendre visibles et de financer des activités hors nomenclature comme l'éducation thérapeutique, l'activité physique ou des ateliers de prévention, qui préexistaient parfois mais sans reconnaissance. Sur la base de premiers résultats qualitatifs encourageants⁶⁸, le dispositif a été prolongé dans le projet PEPS 2, déployé dans des maisons de santé pluridisciplinaires.

2 - Une offre d'éducation thérapeutique limitée et dont l'accessibilité doit être renforcée

En dehors de ces modes d'exercice coordonné, plusieurs dispositifs spécifiques d'accompagnement thérapeutique des patients ont été mis en place.

Le dispositif Asalée, issu de protocoles expérimentaux de coopération entre professionnels déployés à partir de 2014 et entré dans le droit commun en 2021⁶⁹, vise à améliorer la coopération entre médecins traitants et infirmiers pour la prise en charge des patients atteints de maladie chronique en développant l'éducation thérapeutique. Quatre protocoles ont été définis,

⁶⁷ La rémunération collective versée en complément de la rémunération de droit commun de chaque professionnel dépendait d'un intéressement calculé en fonction de l'atteinte d'objectifs de qualité de prise en charge, de maîtrise des dépenses et de satisfaction des patients. Ce mode de financement *ex post*, sans garantie *ex ante*, rend difficile la généralisation de ce modèle, *a fortiori* s'il conduit à recruter des professionnels. Pour autant, et même si seule une évaluation qualitative a été effectuée à ce jour, le fait même que le projet IPEP ait effectivement donné lieu à des calculs d'intéressements constitue un indice en faveur de la réalisation de gains d'efficience dans la prise en charge. Le coût total de l'expérimentation est de 17,7 M€ pour cinq ans, dont 2,1 M€ de crédits d'amorçage et 15,6 M€ d'intéressements.

⁶⁸ [irdes-era2-peps-rapport d evaluation 1ere partie mai24-.pdf](#)

⁶⁹ Cf. le rapport précité de la Cour de mai 2024 sur *l'organisation territoriale des soins de premier recours*.

dont le dépistage et le suivi du diabète de type 2, qui permettent au médecin de proposer au patient une consultation avec un infirmier délégué à la santé publique (IDSP) formé à l'éducation thérapeutique. Les infirmiers sont salariés de l'association Asalée, qui est financée par l'assurance maladie à hauteur de 100 M€. En 2024, Asalée regroupe 1 450 équivalents temps plein d'infirmiers pour 9 155 médecins engagés dans le dispositif, répartis entre 2 963 implantations sur l'ensemble du territoire. L'évaluation réalisée par l'Irdes⁷⁰, bien qu'ancienne, a montré une amélioration du suivi des patients qui sont effectivement inclus dans le protocole de coopération, sans néanmoins atteindre la cible de 80 % des patients bénéficiant des examens de prévention et de suivi recommandés⁷¹. L'engagement des acteurs et l'expérience de coopération du binôme médecin-infirmier⁷² influent sur la qualité du suivi, rendant le dispositif hétérogène en termes d'amélioration de la qualité des soins. Ce dispositif, pionnier dans la structuration des soins primaires, doit aujourd'hui s'articuler avec les autres modalités d'éducation thérapeutique, l'assurance maladie ne souhaitant pas augmenter le nombre d'infirmiers Asalée qu'elle finance.

L'assurance maladie a également mis en place depuis 2013 le programme Sophia, service national d'accompagnement multicanal à distance des patients atteints de diabète, proposé systématiquement aux assurés majeurs diabétiques, ayant déclaré un médecin traitant et inscrits dans le dispositif des affections de longue durée (diabète ou autre). En 2022, sur les 2,6 millions de patients correspondant à la cible ainsi définie, 850 000 adhéraient au programme, soit plus de 30 % des patients éligibles.

Le programme Sophia de l'assurance maladie

Le programme Sophia repose sur 220 infirmiers-conseillers en santé, pour l'accompagnement des patients diabétiques et asthmatiques.

L'objectif de Sophia est de proposer aux patients diabétiques un accompagnement individualisé et gradué en fonction du profil de risque, incluant des courriers, courriels, un journal, un site web et, le cas échéant, des entretiens téléphoniques motivationnels, destinés plus particulièrement aux patients en écart de suivi par rapport aux recommandations ou sur demande du médecin traitant à propos d'un aspect particulier (tabagisme, activité physique, alimentation, examens de suivi, etc.).

⁷⁰ Irdes, La coopération entre médecin généraliste et infirmière améliore le suivi des patients diabétiques.

⁷¹ Cf. *supra*, chapitre I, point III A.

⁷² Rapport public thématique L'organisation territoriale des soins de premiers recours.

Une évaluation réalisée en 2019⁷³ a permis de mesurer l'impact à huit ans du programme Sophia sur le suivi médical, l'état de santé et la qualité de vie des personnes adhérentes. Les effets sur la réalisation des examens de suivi apparaissent assez nets par rapport aux non adhérents, en particulier pour le fond d'œil, mais sans pour autant atteindre le niveau recommandé, sauf pour le bilan lipidique et les dosages d'hémoglobine glyquée.

Par ailleurs, il a été constaté que les patients qui parviennent à se conformer aux recommandations étaient déjà les mieux suivis avant l'adhésion au programme. Les bénéficiaires de Sophia ne sont donc pas toujours les patients ayant le besoin le plus important d'accompagnement. Cela a conduit l'assurance maladie à recentrer les propositions d'adhésion sur les patients moins bien suivis.

Ces résultats mitigés mais tout de même globalement positifs se traduisent dans les dépenses, sans différence significative imputable à Sophia. Après sept ans d'adhésion, les dépenses de ville augmentent (+ 139 €), mais les dépenses d'hospitalisations diminuent (- 379 €), de même que les actes externes à l'hôpital (- 12 €) et les indemnités journalières (- 37 €), soit au total une baisse des dépenses par patient de 289 € par rapport au groupe témoin.

Par ailleurs, toutes les ARS financent des programmes d'éducation thérapeutique du patient, à partir des crédits du fonds d'intervention régional, dont les dépenses à ce titre se sont montées à 83,2 M€ en 2022 (81,7 M€ en 2021). Ces financements se font selon des modalités et des montants hétérogènes, pouvant varier de 250 € par patient dans une structure hospitalière à 545 € en ville (structures libérales, associations de professionnels ou de patients, collectivités territoriales). Il n'existe pas de données au niveau national permettant de suivre l'activité effective au sein des programmes d'éducation thérapeutique ni de recenser les besoins identifiés par les professionnels. Toutefois, une extraction de la plateforme de déclaration de ces programmes auprès des ARS fait état de 862 programmes déclarés⁷⁴ en 2022, dont, parmi une grande majorité visant plusieurs pathologies, 112 mentionnent le diabète de type 2 (9 à titre exclusif) et 119 l'obésité.

⁷³ [Évaluations du service d'accompagnement des patients Sophia | L'Assurance Maladie.](#)

⁷⁴ Tous les programmes ne sont pas déclarés sur cette plateforme, le recensement n'est donc pas exhaustif.

Il serait pourtant nécessaire de recenser précisément l'offre d'éducation thérapeutique et son adéquation aux besoins. Toutes les ARS interrogées dans le cadre de cette enquête n'ont pas pu fournir le décompte des files actives des programmes d'éducation thérapeutique financés dans leur région, et il était rarement possible de distinguer entre les programmes DT1 ou DT2 accompagnant la mise sous insuline et la pose d'une pompe, d'une part, et les programmes d'éducation dédiés aux modifications thérapeutiques du mode de vie, d'autre part. L'insuffisance très probable de l'offre par rapport à des besoins eux-mêmes non quantifiés ne peut ainsi être estimée.

Cette insuffisance quantitative se combine souvent avec un défaut de connaissance et d'accessibilité de l'offre (notamment en zone rurale, la plupart des programmes étant situés à l'hôpital), si bien que beaucoup de patients ne se voient proposer ou prescrire aucune séance d'éducation thérapeutique, ou y renoncent pour des raisons d'éloignement.

L'éducation thérapeutique, lorsqu'elle est disponible, est majoritairement dispensée sous forme de « programmes », au sens de l'article L. 1161-2 du code de la santé publique, qui sont à la fois complexes à mettre en place pour les professionnels et parfois contraignants pour les patients. Les autres formes d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement prévues par la loi (actions d'accompagnement et activités éducatives ciblées personnalisées) mériteraient d'être développées, au bénéfice d'une plus grande simplicité et d'une meilleure accessibilité.

L'analyse des données Entred réalisée par la Cour (cf. annexe 2) montre ainsi que seule la moitié des personnes diabétiques de type 2 interrogées déclare avoir bénéficié d'une information ou éducation sur le diabète. Ce constat est confirmé par les réponses des médecins, qui déclarent que 48,6 % de leurs patients diabétiques de type 2 ont bénéficié d'un temps consacré à l'éducation thérapeutique. Parmi les non-bénéficiaires, 37,6 % ont un niveau d'éducation inférieur au collège, contre seulement 24,1 % des bénéficiaires. À l'inverse, 13,1 % des non-bénéficiaires ont un niveau d'éducation supérieur ou égal à bac+2, contre 21,3 % parmi les bénéficiaires. Cet écart justifie une attention particulière en matière d'équité dans la prescription et l'accès à l'éducation thérapeutique du patient.

Par ailleurs, pour 15,8 % à 25,5 % des diabétiques de type 2 n'ayant pas bénéficié d'éducation thérapeutique, le médecin soignant considère que le dispositif est « trop compliqué » pour son patient.

3 - L'activité physique adaptée, un développement volontariste mais à une échelle encore réduite

Dans le cadre du parcours de prise en charge du patient diabétique, l'activité physique est un facteur déterminant de diminution des risques de complication et de la mortalité (cf. encadré ci-dessous). Pour les patients dont la condition nécessite une adaptation de l'activité et un accompagnement psycho-comportemental spécifique pour leur faire adopter un mode de vie physiquement plus actif, des thérapeutiques spécifiques d'activité physique adaptée (APA) ont été développées.

La HAS a reconnu et recommandé ces thérapeutiques à partir de 2011, et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a introduit la possibilité pour le médecin traitant de prescrire, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, une activité physique adaptée à leurs besoins spécifiques⁷⁵. La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport a étendu la possibilité de prescription à tout médecin et ouvert aux masseurs-kinésithérapeutes la possibilité de renouveler la prescription. Les professionnels habilités à dispenser l'activité physique adaptée ont par ailleurs été définis par décret⁷⁶.

Les bénéfices de l'activité physique sur la santé et la prévention des maladies chroniques – recensement de quelques études et expérimentations étrangères

De multiples études concluent aux effets bénéfiques de l'activité physique en prévention primaire, secondaire et tertiaire sur la santé en général et en particulier pour les personnes atteintes de maladie chronique. En 2019, l'Inserm a conduit à la demande du ministère chargé des sports une expertise collective sur la prévention et le traitement des maladies chroniques par l'activité sportive, actualisant une première expertise conduite en 2008. Les effets bénéfiques sont avérés sur de nombreuses maladies, en particulier maladies cardio-vasculaires et cancers (notamment

⁷⁵ L'article L. 1172-1 du code de la santé publique introduit par la loi de janvier 2016 de modernisation du système de santé définit ainsi l'APA comme « *la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* ».

⁷⁶ Décret du 30 décembre 2016. Les personnes habilitées sont les masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'APA (EAPA : Enseignants en APA), et les éducateurs mentionnés à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles.

du sein, du colon, de l'endomètre, de la vessie, de l'œsophage et de l'estomac). S'agissant du diabète de type 2, une activité physique régulière peut prévenir la survenue de la moitié des diabètes chez des sujets intolérants au glucose, et de 30 % en population générale. Chez les patients ayant un diabète de type 2, l'activité physique régulière réduit le risque de mortalité toutes causes de 30 à 40 %, et de mortalité cardio-vasculaire de 25 à 40 %, grâce à ses effets sur tous les facteurs de risque associés au diabète : amélioration de l'équilibre glycémique, de la pression artérielle, ainsi que du profil lipidique, et diminution de la masse grasse viscérale, permettant la réduction des complications micro et macro-vasculaires.

Ainsi qu'évoqué plus haut, des programmes d'ampleur de promotion de l'activité physique ont été lancés dans certains pays étrangers auprès de populations à risque de diabète, comme en Finlande (programme FIN-D2D déployé entre 2003 et 2008) ou en Angleterre avec le programme de prévention basé sur la modification du mode de vie *Healthier You, Diabetes Prevention Programme* mis en place en 2016 par le *National Health Service (NHS)*.

La HAS a élaboré des outils d'aide à la prescription⁷⁷, où elle se prononce en faveur de l'inscription de l'activité physique ou de l'activité physique adaptée dans un parcours de soins structuré⁷⁸.

Beaucoup d'ARS soutiennent déjà depuis plusieurs années des dispositifs d'activité physique adaptée destinés à certains patients, dont les diabétiques auxquels elles octroient un financement pour permettre le remboursement des séances. En Grand Est par exemple, le programme Prescri'mouv, démarré en 2018 et porté par l'ARS, la région académique, la région Grand Est, l'assurance maladie et le régime local d'Alsace Moselle, permet aux médecins d'orienter des patients diabétiques atteints d'un trouble musculosquelettique ou en situation d'obésité vers une offre d'activité adaptée coordonnée par différents partenaires, dont la maison sport santé de Strasbourg, ou le comité régional olympique et sportif (CROS) Grand Est.

⁷⁷ HAS, *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte*, juillet 2022.

⁷⁸ Dans le cadre des débats du PLFSS 2024, l'Assurance maladie a proposé de prendre en charge des séances d'APA pour les personnes atteintes de diabète ou de cancer, sur la base des recommandations de la HAS. Cf. Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance maladie pour 2024*, juillet 2023.

D'une façon générale, les ARS ont soutenu le développement du sport santé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national nutrition santé et de la stratégie nationale sport santé (SNSS). Il faut noter à ce titre que l'objectif d'ouverture de 500 maisons sport santé en 2024 fixé par le président de la République a été tenu, puisque début juin 2024, 506 avaient été habilitées par les ARS et les directions régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES). Par ailleurs, à l'occasion des jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, l'assurance maladie a mené des actions de sensibilisation en faveur de la prescription d'activité physique auprès de l'ensemble des médecins généralistes.

Pourtant, les pratiques d'activité physique adaptée demeurent mal connues des professionnels comme des personnes qui pourraient en bénéficier. Ainsi, l'analyse faite par la Cour sur la base des données de l'étude Entred montre une faible prescription écrite de l'activité physique par les médecins (cf. annexe 2).

En pratique, ce sont le plus souvent les personnes déjà engagées dans un programme d'éducation thérapeutique ou prises en charge par des structures d'exercice coordonné qui se voient réellement offrir cette possibilité.

Ces constats sont également vérifiés pour l'éducation nutritionnelle, dont la problématique est assez proche de celle de l'activité physique, en ce qu'elle nécessite un accompagnement spécifique s'agissant de contribuer à une modification des comportements. Le temps moyen d'une consultation médicale et les compétences spécifiques requises justifient une prise en charge *ad hoc* par des professionnels formés, comme les diététiciens. Souvent discutée par le passé et bien que recommandée par la HAS, la solvabilisation des interventions diététiques n'est pas entrée dans le droit commun et ne bénéficie aujourd'hui réellement qu'aux patients inclus dans un parcours structuré, majoritairement dans le cadre des expérimentations d'innovation en santé dites « article 51 ».

4 - Le médecin traitant, pivot de la prise en charge

La prise en charge des diabétiques de type 2 est effectuée très majoritairement par le médecin généraliste. L'étude Entred⁷⁹ montre ainsi que, parmi les diabétiques de type 2, 21,5 % avaient été remboursés pour une consultation chez un endocrinologue (libéral, lors d'une consultation externe ou en hospitalisation de jour) au cours des 12 mois précédant l'enquête, les autres étant suivis exclusivement par un médecin généraliste. Le nombre médian de consultations au cours des douze mois précédant l'enquête était de 5,5⁸⁰.

⁷⁹ BEH Diabète, 2023.

⁸⁰ S. Fosse-Edorh, *et al.*, article déjà cité, BEH. 2022, n°22, pp. 383-92.

L'accès au médecin traitant et la bonne articulation de celui-ci avec les autres professionnels impliqués dans le parcours de soins du diabétique constituent donc un enjeu crucial.

Dans cette perspective, le Collège national de médecine générale et la Fédération française des diabétiques déploient une communication vers les généralistes pour améliorer la connaissance et les enjeux des problématiques de dépistage, d'annonce de la maladie et d'adressage vers les autres professions acteurs du parcours de soins du diabétique. Ces actions doivent s'accompagner, en lien avec les CPTS, d'une meilleure structuration des parcours sur les différents territoires, ainsi que de la mise à disposition d'une information exhaustive sur les différents acteurs et leurs implantations, qui fait parfois encore défaut ou reste fragmentée. Plusieurs ARS ont ainsi constitué des annuaires ou des recensements des ressources disponibles, dont l'élaboration se heurte parfois à la méconnaissance des professionnels non conventionnés et non soumis à l'obligation de s'immatriculer au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS). Une extension de cette obligation pourrait être mise à l'étude, afin de faciliter la coordination des parcours de soins s'appuyant sur les ressources disponibles en proximité du patient.

C - Une réforme du régime de l'affection de longue durée intégrant l'éducation thérapeutique et l'activité physique adaptée

Au-delà de cette logique de financement de dispositifs spécifiques d'éducation thérapeutique et d'activité physique, il serait opportun de réfléchir au remboursement, pour les patients diabétiques, d'un parcours de soins qui comprendrait, à l'instar des parcours existants pour le cancer ou les maladies rénales chroniques, la prise en charge de ces prestations. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 avait prévu l'expérimentation d'un tel parcours⁸¹, mais le décret d'application de cette disposition n'a pas été publié. Il paraît nécessaire de relancer l'élaboration de ce texte.

⁸¹ L'article 71 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit la possibilité, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, de financer par le FIR la mise en place de parcours visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte, pouvant comprendre un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnel et psychologique.

Une autre piste devrait être mise en œuvre, dans la continuité des préconisations formulées par un récent rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) consacré à une revue des dépenses relatives aux ALD⁸². Ce rapport préconise en effet, pour plusieurs ALD, de distinguer deux niveaux en fonction de la sévérité des pathologies et de l'intensité des soins requis :

un niveau 1 ouvert aux patients atteints d'une ALD à un stade de moindre sévérité et ne nécessitant pas de soins coûteux, dont la reconnaissance viserait à mettre en place un accompagnement afin d'éviter l'évolution vers une forme grave : la reconnaissance de ce niveau 1 de l'ALD ouvrirait ainsi le bénéfice de l'exonération de ticket modérateur à des thérapies non médicamenteuses de modification des modes de vie (éducation thérapeutique et activité physique adaptée) qui sont aujourd'hui exclues du remboursement de droit commun ; elle s'accompagnerait en contrepartie d'un recentrage de cette exonération sur certains soins préventifs, examens de suivi et bilans réguliers, au lieu de couvrir comme aujourd'hui l'ensemble des soins du patient relevant de ce premier niveau de l'ALD ;

un niveau 2 ouvert aux formes les plus sévères des pathologies et aux traitements particulièrement intensifs ou coûteux et ouvrant droit, comme dans le régime unifié actuel, à l'exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des soins en lien avec la pathologie.

Cette préconisation pourrait être utilement reprise et expertisée par les pouvoirs publics pour renforcer la prise en charge précoce du diabète dans le cadre d'un parcours de soins incluant éducation thérapeutique et activité physique adaptée, sans entraîner de dépenses supplémentaires consécutives au remboursement de ces prestations, compte tenu des moindres dépenses qui résulteraient du recentrage de l'exonération du ticket modérateur pour les patients éligibles au niveau 1.

Elle pourrait s'appliquer dans un premier temps aux cas incidents nouvellement inscrits à l'ALD (soit de l'ordre de 220 000 personnes par an), et dans un deuxième temps au moment de la survenance des complications (passage aux stades 3 et 4 de la stratification établie par la Cnam, soit de l'ordre de 120 000 personnes par an). À plus long terme, il en résulterait une amélioration de la qualité de vie des personnes diabétiques dont les complications seraient évitées ou retardées, et donc de moindres dépenses.

⁸² IGAS – IGF, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable*, juin 2024.

Proposition d'intégrer un panier de soins non médicamenteux dans un 1^{er} niveau de l'ALD 8 en recentrant l'exonération de ticket modérateur sur un 2^{ème} niveau : premiers éléments de chiffrage

Selon les hypothèses de la mission IGAS-IGF, la reconnaissance en ALD 8 « de premier niveau » pourrait être proposée aux patients diabétiques de type 2 classés dans la première strate de sévérité définie par la Cnam, tandis que le niveau 2 de l'ALD concernerait les patients diabétiques de type 2 classés dans les strates 2 à 4, ainsi que l'ensemble des patients diabétiques de type 1.

La mission a chiffré les économies potentielles issues d'une application de cette réforme à 115 M€ pour l'ALD 8 si elle s'appliquait à tous les bénéficiaires, soit selon ses estimations à 934 052 personnes (sur les 3,3 millions de patients en ALD 8). Si la réforme n'était appliquée qu'au flux de cas incidents – soit de l'ordre de 225 000, dont 30 % avec complications –, ce qui paraît plus réaliste, l'économie peut dès lors être estimée à près de 20 M€.

La hausse du reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) serait, selon les estimations de la mission, de 102 € par patient et par an.

Quant aux dépenses nouvelles entraînées par le remboursement de séances d'éducation thérapeutique et d'activité physique adaptée, elles peuvent être estimées, en reprenant les hypothèses avancées par la Cnam dans son rapport Charges produits pour 2024, d'un taux de recours de 30 % à horizon de 4 ans et en valorisant un programme d'activité physique adaptée à 350 € (hypothèse figurant dans le rapporté précité de la Cnam) et d'éducation thérapeutique également à 350 € (moyenne des financements ARS actuels), à un montant d'un peu plus de 20 M€ pour l'assurance maladie obligatoire (dans l'hypothèse d'un remboursement paritairement partagé avec les assurances complémentaires santé). Ce montant paraît équivalent à l'économie potentielle, laquelle ne tient pas compte des moindres dépenses qui devraient résulter à terme de l'amélioration de la prise en charge précoce.

Une telle réforme permettrait en outre de renforcer l'engagement du patient dans son parcours de santé dès le diagnostic de la maladie. Elle devrait probablement se conjuguer avec la mise en place de dispositifs d'accompagnement plus aisés à mettre en œuvre au plus près des patients. Les « *actions d'accompagnement* », que vise l'article L. 1161-3 du code de la santé publique en parallèle des programmes d'éducation thérapeutique du patient et qui sont toujours en attente de cahier des charges, pourraient ainsi trouver une concrétisation⁸³.

La diversification des modalités d'intervention en éducation/accompagnement pourra également s'accompagner d'un élargissement des professionnels en capacité de mener ces actions. L'évolution du décret d'actes des infirmiers vers une approche centrée sur les activités et les compétences pourrait constituer un des premiers leviers pour le renforcement des démarches d'accompagnement des patients.

⁸³ La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a introduit l'article L. 1161-3 du CSP qui dispose que « *Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Ce cahier des charges n'a toujours pas été défini.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le premier traitement du diabète repose sur une modification thérapeutique des modes de vie (alimentation et activité physique) nécessitant une éducation thérapeutique des patients, d'autant plus porteuse d'effets qu'elle est initiée précocement. Or le diabète est souvent dépisté tardivement, parfois même à l'occasion d'une complication. Face à ce constat, de multiples initiatives de dépistage se sont développées en région, mais elles sont souvent ponctuelles, non suivies dans le temps et sans toujours constituer la porte d'entrée dans un parcours de soins construit et structuré avec les acteurs locaux. Le déploiement de Mon Bilan Prévention à certains âges clés de la vie pourrait constituer l'occasion d'un dépistage à la fois plus systématique et ciblé vers les populations à risques, en veillant à accompagner les personnes les moins favorisées, qui sont également les plus touchées par la maladie.

De nombreux dispositifs de parcours de soins intégrant des prestations d'éducation thérapeutique et d'activité physique adaptée ainsi que des programmes spécifiques d'accompagnement thérapeutique sont développés par les acteurs du système de santé et encouragés par les pouvoirs publics. Mais ceux-ci restent ponctuels ou expérimentaux, et hétérogènes entre les régions, et font l'objet d'un financement ad hoc ou par le fonds d'intervention régional (FIR), lui aussi disparate d'une région à l'autre.

Il paraîtrait plus pertinent, pour garantir un accès équitable à l'accompagnement thérapeutique, de proposer à chaque patient, au moment où son diabète est diagnostiqué, un parcours ou un panier de soins intégrant éducation thérapeutique et activité physique adaptée. Une telle disposition avait été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, à l'instar des parcours existant pour le cancer ou les maladies rénales chroniques, mais son décret d'application n'a pas été pris.

Il pourrait également être envisagé une prise en charge de ce type de parcours de soins non médicamenteux dans le cadre de l'ALD 8. Le régime de cette ALD serait alors réformé, selon les préconisations formulées par la revue des dépenses relatives aux ALD menée par l'IGAS et l'IGF en juin dernier. Les implications d'une telle réforme, dont la justification vaut également pour d'autres maladies chroniques, sont certes à évaluer soigneusement quant aux évolutions du reste à charge pour les patients et quant à l'équilibre entre les économies et les dépenses supplémentaires qui en résulteraient pour l'assurance maladie obligatoire – l'amélioration de l'état de santé et les économies qui en découleront étant nécessairement décalées dans le temps, comme pour

toute action de prévention. Pour autant, la Cour encourage les pouvoirs publics à se saisir de cette proposition et formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 1. introduire pour le diabète de type 2 deux niveaux de reconnaissance en ALD selon le niveau de sévérité et de complication (ministère chargé de la santé, Cnam) ;*
 - 2. proposer dès le diagnostic de diabète de type 2 un parcours de soins incluant éducation thérapeutique du patient, intervention nutritionnelle et activité physique adaptée (ministère chargé de la santé) ;*
 - 3. développer toutes les modalités d'éducation thérapeutique du patient, sans se limiter aux programmes actuels définis par arrêté (ministère chargé de la santé) ;*
 - 4. procéder à un recensement de l'offre des différentes formes d'éducation thérapeutique pour vérifier son adéquation aux besoins des patients (ministère chargé de la santé).*
-

Chapitre III

La nécessité d’agir sur les déterminants globaux pour prévenir les causes de la maladie

Au-delà des enjeux d’amélioration de la prise en charge précoce des patients, il apparaît encore plus décisif d’éviter l’apparition de la maladie en agissant sur les déterminants de santé. Dans le cas du diabète de type 2, dont l’obésité est le facteur de risque principal, la promotion de la qualité nutritionnelle et de l’activité physique constitue un levier majeur identifié par la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 et par celle qui doit lui succéder pour la période 2023-2033. La Cour s’était déjà penchée sur la prévention et la lutte contre l’obésité dans son rapport de 2019⁸⁴. Le présent rapport permet de refaire le point sur les modalités de définition et de déclinaison des orientations en ce domaine (I), ainsi que sur certains aspects de la politique de régulation et d’encadrement de l’offre alimentaire qui mériteraient d’être intensifiés (II).

⁸⁴ Cour des comptes, *La prévention et la lutte contre l’obésité*, communication à la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, novembre 2019.

I - Une politique multidimensionnelle et volontariste, mais peu évaluable et mal coordonnée

La lutte contre l'obésité et l'amélioration de la qualité nutritionnelle reposent sur un double pilotage, relevant des ministères en charge de la santé et de l'agriculture, avec une articulation hétérogène en régions.

A - Des orientations nationales plus juxtaposées que coordonnées

La politique de lutte contre l'obésité est aujourd'hui définie et mise en œuvre à travers, d'une part, le programme national nutrition santé (PNNS), piloté par le ministère chargé de la santé, et, d'autre part, le programme national pour l'alimentation (PNA), piloté par le ministère chargé de l'agriculture⁸⁵. Ces deux plans⁸⁶ constituent les deux volets du « programme national de l'alimentation et de la nutrition » (PNAN).

Dans son rapport de novembre 2019, la Cour avait relevé que ces deux volets restaient davantage juxtaposés que réellement articulés. La loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 dite Climat et résilience a certes prévu d'unifier les instruments dans le cadre d'une stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) mais le retard pris dans l'élaboration de ce document a conduit pour l'instant à prolonger d'une année supplémentaire en 2024 le programme national nutrition santé et le programme national pour l'alimentation, dont les dernières générations couvraient la période 2019-2023. Il est essentiel que ces travaux aboutissent rapidement afin de garantir la cohérence de l'action publique en matière d'alimentation et de santé.

⁸⁵ Lancé en 2001, le PNNS a connu quatre générations : 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015, prolongé jusqu'en 2018, et 2019-2023 prolongé en 2024. Créé en 2010, le PNA a quant à lui connu trois générations : 2010-2013, 2014-2017, et 2019-2023, également prolongé en 2024.

⁸⁶ Une évaluation commune des deux plans a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), au conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) et à l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (IGEDD).

En parallèle, la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique ont été affichées comme des politiques prioritaires du gouvernement et reposent sur la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France et sur la stratégie nationale sport santé 2019-2024 portée par les ministères en charge des sports et de la santé. En favorisant les mobilités actives dans le cadre de la transition écologique, le plan « *vélo et marche* » 2023-2027 (qui succède au plan « *vélo et mobilités actives* ») contribue également à cet objectif, sans pour autant bénéficier d'indicateurs de nature sanitaire.

B - Une déclinaison territoriale de la politique nutritionnelle peu suivie et évaluée

Chacun des deux programmes à travers lesquels la politique nutritionnelle est mise en œuvre fait l'objet d'une déclinaison au niveau régional : le programme national nutrition santé (PNNS) dans le cadre des plans régionaux de santé (PRS), et le programme national pour l'alimentation dans le cadre des projets alimentaires territoriaux (PAT). La cohérence des actions menées par les différents acteurs de la politique de l'alimentation repose sur les comités régionaux de l'alimentation⁸⁷ (CRALIM), présidés par le Préfet de région.

Ainsi, l'ensemble des agences régionales de santé (ARS) ont inclus dans leurs plans régionaux de santé la thématique de la prévention du surpoids et de l'obésité, par la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique de la population, en déclinaison des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qu'elles signent avec l'État. Les actions soutenues sont le plus souvent partenariales, notamment en lien avec les collectivités territoriales et leurs groupements, à l'égard desquels les ARS disposent de deux instruments de contractualisation et de soutien : le contrat local de santé (CLS) et la charte d'engagement du PNNS⁸⁸.

⁸⁷ Les CRALIM ont été créés par le décret n°2019-313 du 12 avril 2019.

⁸⁸ Le CLS est régi par l'article L. 1434-17 du code de la santé publique, qui dispose que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». La charte d'engagement du PNNS permet quant à elle de mobiliser les collectivités territoriales et les entreprises dans la promotion d'actions en faveur de l'alimentation et de l'activité physique et sportive de leurs personnels et des habitants.

Les contenus des CLS ne font pas l'objet d'un recensement national, alors qu'ils paraissent fréquemment utilisés par les ARS – celle de La Réunion en a systématisé l'utilisation pour associer les communes à la mise en œuvre de sa feuille de route en matière de diabète. Si le nombre de chartes d'engagement signées est en revanche comptabilisé dans le bilan du PNNS, il s'agit plus d'un inventaire que d'une véritable évaluation des actions réalisées, qui ne sont du reste que partiellement connues⁸⁹ et ne concernent, hormis les espaces sportifs ou de loisirs ou les créations de sites ou plateforme internet, que des échelles restreintes de territoire et de population.

Quant aux projets alimentaires territoriaux (PAT), s'il n'entrait pas dans le champ de la présente enquête d'évaluer leurs modalités d'élaboration et de mise en œuvre, le constat peut être porté d'une insuffisante association des ARS. Ce n'est ainsi que depuis le septième appel à projets, pour 2022-2023, que la Direction générale de la santé est associée à la labellisation des PAT et abonde leur financement⁹⁰.

L'implication des collectivités territoriales

Au-delà des cadres d'actions impulsés et coordonnés par l'État, de plus en plus de collectivités territoriales et en particulier de villes s'engagent dans des politiques locales visant à agir de façon intégrée sur l'environnement et les conditions de vie, afin de favoriser de meilleures habitudes de vie, notamment en matière d'activité physique et d'alimentation.

Certaines de ces collectivités se sont regroupées au sein de l'association Élus santé publique et territoires (ESPT), et certaines villes se sont fédérées dans le réseau français des Villes-Santé OMS. On compte 116 villes ou intercommunalités labellisées Ville-Santé OMS en France en 2024, qui mettent notamment en œuvre des politiques « *d'urbanisme favorable à la santé* », favorisant les mobilités actives et améliorant l'équité d'accès aux espaces verts et sportifs.

⁸⁹ Le bilan du PNNS 4 fait état de 165 signataires de la charte d'engagement en 2021 et 179 en 2024, pour un total de 303 actions recensées entre 2019 et 2022. Le bilan des actions, effectué par l'Institut scientifique et technique en nutrition et alimentation du Conservatoire national des arts et métiers, reste partiel : en 2022, dernier bilan disponible, sur les 147 collectivités et 12 établissements engagés dans une charte, moins de 30 % ont fait état de leurs actions.

⁹⁰ À hauteur de 500 000 € sur une enveloppe totale de 3 M€ en 2022-2023, et de 340 000 € en 2023-2024 pour une enveloppe totale de 4,8 M€.

Les collectivités s'appuient sur les Ateliers santé ville, qui font parfois l'objet d'un CLS ou sont mutualisés avec un CLS et un contrat « politique de la ville ». Mais ces collaborations sont variables et très dépendantes des ARS. Aucun mécanisme ne permet de garantir *a priori* la cohérence entre les objectifs d'un CLS signé par la ville et les projets financés par l'ARS au sein d'une Communauté professionnelle de territoire de santé (CPTS).

Le réseau des Villes-santé recense ainsi plus de 90 actions en 2022, au titre de la priorité « *promotion d'une alimentation saine et de la pratique d'activité physique* »⁹¹, réparties en quatre axes : créer un contexte facilitant pour agir, créer des environnements favorables, renforcer le pouvoir d'agir des habitants et agir par milieux de vie, promouvoir l'activité physique et une alimentation saine à des fins thérapeutiques.

II - L'intensification de la politique relative à la qualité nutritionnelle

Pour agir sur les modes de vie et les habitudes nutritionnelles, les politiques de sensibilisation et d'information des consommateurs, d'encadrement de la publicité et de régulation de l'offre alimentaire doivent être davantage mobilisées, y compris la fiscalité comportementale.

A - Une information des consommateurs à améliorer

1 - Le développement de l'affichage nutritionnel

Le règlement européen EU n° 1169/2011 fixe le contenu de l'information nutritionnelle obligatoire à apposer sur les produits (ingrédients et valeur calorique). Sur la base du volontariat, celle-ci peut être complétée d'autres éléments utiles pour le consommateur.

À la demande du ministère en charge de la santé, Santé publique France a élaboré un algorithme et un logo en cinq niveaux (A, B, C, D ou E) en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments. Le Nutri-Score est ainsi utilisé en 2024 par 1 400 entreprises en France, soit environ 62 % des parts de marché. Il a également été adopté par six pays en Europe⁹².

⁹¹ [Recueil-dactions_Alimentation-saine-et-activite-physique.pdf](#).

⁹² L'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suisse.

En 2023, l'algorithme de classement des produits a été modifié afin de mieux tenir compte des recommandations alimentaires de chaque pays, des connaissances scientifiques et des évolutions de l'offre alimentaire. En France, sa mise en œuvre nécessite un arrêté, qui n'a été signé que le 14 mars 2025⁹³ par les ministres concernés. Les industriels ont désormais deux ans pour se soumettre, toujours sur la base du volontariat, au nouvel algorithme. Au niveau européen, l'adoption obligatoire du Nutri-Score, évoquée par la Cour des comptes en 2019⁹⁴ et récemment recommandée par Santé publique France⁹⁵, se heurte à l'opposition de certains acteurs économiques et États membres, notamment l'Italie.

Pourtant, selon le bilan du PNNS 4, la notoriété du Nutri-Score est importante : en juillet 2021, 95 % des adultes français déclaraient avoir déjà vu ou entendu parler du Nutri-Score ; 73 % des Français en tenaient compte, souvent (33 %) ou parfois (40 %), lors de leurs courses alimentaires. À défaut d'une généralisation obligatoire⁹⁶, une communication renforcée sur le Nutri-Score, notamment par le relais des associations de consommateurs qui y sont favorables, permettrait de renforcer son impact et de conforter les industriels qui s'y soumettent.

2 - L'encadrement de la publicité, un périmètre limité

La loi n°2016-1771 du 20 décembre 2016, dite loi Gattolin, a interdit toute publicité commerciale dans les programmes télévisuels (y compris les sites internet et plateformes liés à ces programmes) diffusés sur les chaînes du service public et destinés aux enfants de moins de 12 ans. Pour les chaînes privées, le principe d'auto-régulation demeure.

⁹³ Arrêté Nutriscore.

⁹⁴ Rapport - La prévention et la prise en charge de l'obésité.

⁹⁵ *Avis d'experts relatif à la prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités sociales de santé.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2024.

⁹⁶ Comme l'a relevé le dernier rapport de suivi des recommandations de la Cour (rapport « Quelles suites aux contrôles des juridictions financières ? » paru en septembre 2024) dans son chapitre consacré à la prévention et la prise en charge de l'obésité, le règlement européen n° 1169/2011 du 25 octobre 2011 dit « INCO », ne le permet pas. La feuille de route de la Commission européenne « *vision sur l'agriculture et l'alimentation* » présentée en 2025 ne prévoit pas de révision de ce règlement permettant de rendre le Nutri-Score obligatoire.

Depuis 2009⁹⁷, une charte d'engagement visant à « *promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision* » a été mise en place entre le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA, devenu l'ARCOM, l'agence de régulation de la communication audiovisuelle et numérique), les ministres en charge de la santé, des sports et de la culture et les acteurs de l'audiovisuel et de l'industrie alimentaire. Or près de la moitié des dépenses publicitaires porte sur des aliments non favorables à la santé, comme le montre l'encadré suivant.

Des dépenses de publicité alimentaire majoritairement consacrées à la promotion des produits gras et sucrés

Dans son étude de 2020 sur l'exposition des enfants et adolescents à la publicité alimentaire, SpF a estimé à 1,1 Md€ les dépenses publicitaires pour l'alimentation sur l'ensemble des médias, dont 60 % à la télévision. Ces dépenses financent pour 48 % la promotion de produits de faible qualité nutritionnelle, trop gras et trop sucrés (nutri-scores D et E).

La restauration rapide, les chocolats et les boissons sucrées représentaient respectivement 13, 12 et 8 % du total des investissements publicitaires, et les fruits et légumes seulement 2 %.

Le champ d'application de loi Gattolin apparaît par ailleurs très restreint puisque les programmes jeunesse ne représentent que 0,1 % des programmes diffusés et moins de 0,5 % des programmes vus par les enfants.

Cette étude a conduit SpF à préconiser l'interdiction de toute publicité pour des produits notés D et E au Nutri-Score selon trois scénarios en fonction des seuils d'audience auprès des enfants et adolescents (interdiction aux heures où plus de 10 %, 15 % ou 20 % des enfants et adolescents regardent la télévision). Selon les estimations de SpF, cette mesure conduirait, en fonction du scénario retenu, à la disparition de 88 %, 61 % ou 48 % des publicités pour des produits de mauvaise qualité nutritionnelle.

En 2019, la Cour avait déjà préconisé d'étendre le champ d'application de la loi Gattolin au secteur privé, et d'élargir le périmètre couvert par l'interdiction de publicité aux tranches horaires les plus regardées, par les plus jeunes comme les adultes. Cette préconisation figure également dans le rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat de juin 2022 sur la lutte contre l'obésité.

⁹⁷ La charte a été renouvelée en décembre 2024, en associant de nouveaux signataires comme l'Union des métiers de l'influence et des créateurs de contenu (Umicc), le syndicat national de la restauration rapide (Snarr) et les plateformes en ligne. Mais le ministère de l'agriculture n'est pas partie à cette charte.

3 - Le renforcement de l'éducation nutritionnelle

L'éducation à l'alimentation et à la lutte contre le gaspillage dispensée dans les établissements scolaires en application de l'article L. 312-17-3⁹⁸ du code de l'éducation ne se traduit pas par un programme scolaire spécifique, mais s'intègre dans les différentes disciplines et activités pédagogiques.

Dans chaque établissement de l'enseignement secondaire est mis en place un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, qui conçoit et met en œuvre un projet éducatif en ces matières ainsi qu'en matière de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Lors du dernier bilan d'activité disponible (2018), 43 % des établissements indiquaient avoir impulsé des actions en lien avec le thème de l'alimentation.

L'Éducation nationale a également engagé en 2020 la démarche « École promotrice de santé », qui vise à mettre en cohérence et inscrire dans la durée les actions conduites en matière de promotion de la santé par les établissements, en les appuyant par une équipe référente à l'échelle académique et une offre de formation, et en leur proposant une labellisation pour valoriser leur engagement et faciliter le partenariat. La future stratégie nationale de santé en cours de consultation prévoit, au titre de l'axe « *développer des environnements favorables à la santé, quels que soient les lieux de vie* », le développement de ce modèle⁹⁹.

⁹⁸ Créé par la loi n°2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'article L.312-17-3 du code de l'éducation dispose qu'« *une information et une éducation à l'alimentation et à la lutte contre le gaspillage alimentaire, cohérentes avec les orientations du programme national relatif à la nutrition et à la santé mentionné à l'article L. 3231-1 du code de la santé publique et du programme national pour l'alimentation mentionné à l'article L. 1 du code rural et de la pêche maritime, sont dispensées dans les établissements d'enseignement scolaire, dans le cadre des enseignements ou du projet éducatif territorial mentionné à l'article L. 551-1 du présent code. Cette information et cette éducation s'accompagnent d'un état des lieux du gaspillage alimentaire constaté par le gestionnaire des services de restauration collective scolaire de l'établissement.* ».

⁹⁹ L'école promotrice de santé vise « *une approche globale de la santé en mettant en place des programmes éducatifs sur la santé et le développement des compétences psychosociales, des activités physiques et sportives, une alimentation saine, la prévention des maladies et des comportements à risque, ainsi que des services de soutien à la santé mentale et émotionnelle* ». [projet_sns.pdf \(sante.gouv.fr\)](#), p. 14.

Des mesures ciblées peuvent néanmoins être mises en œuvre, en lien avec les collectivités locales, par exemple dans les cantines scolaires, mais sont dépendantes du contexte local. L'éducation nationale préconise d'ailleurs aux directeurs d'établissements de s'intégrer dans les projets alimentaires territoriaux, lorsqu'il en existe.

La future stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) devrait renforcer les projets pédagogiques d'éducation à l'alimentation durable et diversifiée dans les projets alimentaires territoriaux, en coordination avec les ministères en charge de l'alimentation, de l'éducation et de la santé.

B - La régulation de l'offre alimentaire

1 - Des dispositifs peu contraignants

À défaut d'accord avec les acteurs du secteur de l'agroalimentaire lors des états généraux de l'alimentation de 2017, le PNNS 4 avait promu le renforcement des engagements volontaires de reformulation en sel, sucre et acides gras saturés par famille d'aliments transformés. Un seul accord a été conclu à ce jour, sur la teneur en sel en boulangerie. Le PNNS 4 prévoyait pourtant la possibilité de recourir à une réglementation contraignante en cas d'engagements insuffisants des industriels.

En février 2025, la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, la ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire et le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins ont annoncé¹⁰⁰ une concertation avec les acteurs, dans l'objectif de conclure de nouveaux accords collectifs d'engagement à respecter des taux maximaux en sel, sucres, gras ou minimaux en fibres. Un bilan à moyen terme de la réalité de ces accords, et de leur respect, permettrait d'évaluer l'évolution de la qualité nutritionnelle des produits. Quant au dispositif spécifique aux régions et départements d'Outre-mer, il présente plusieurs limites qui affaiblissent son efficacité.

¹⁰⁰ [Engagement-collectif-pour-améliorer-la-qualité-nutritionnelle-des-produits-alimentaires-et-la-santé.](#)

Le cas particulier de l'Outre-mer : la loi « Lurel »

La loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en Outre-mer, dite loi « Lurel », prévoit que la teneur en sucres ajoutés des produits vendus en Outre-mer ne doit pas être supérieure à celle des produits identiques ou similaires les plus distribués en métropole. En 2021, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a mené une enquête sur les boissons rafraîchissantes sans alcool, en Martinique, Guadeloupe, Guyane, à Mayotte et à La Réunion. Si peu de cas de non-conformité ont été constatés, la DGCCRF relève cependant plusieurs limites au dispositif. D'une part la notion de « teneur en sucres ajoutés » exclut du périmètre de la loi des boissons à base de jus de fruit, pourtant très riches en sucre. De même, les produits locaux qui n'ont pas d'équivalents en métropole échappent à l'application de la loi. Enfin, pour les denrées produites à l'étranger et importées, il n'existe pas de possibilité de faire respecter les seuils.

2 - Une mobilisation du levier fiscal à renforcer

Les boissons sucrées et les boissons édulcorées non alcoolisées sont assujetties à une contribution instaurée par la loi de finances pour 2012, et dont le barème, initialement uniforme, a été indexé en 2018 sur la teneur en sucres ajoutés¹⁰¹. À la suite de cette révision, le rendement de la taxe, affectée à la branche maladie du régime agricole, a augmenté, passant de 322 M€ de recettes en 2016 à 418 M€ en 2019 ; il progresse plus lentement depuis lors, pour atteindre 453 M€ en 2022.

Le barème de cette taxe vient d'être resserré et alourdi par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, passant de seize tranches progressives à seulement trois à compter du 1^{er} mars 2025 :

- en dessous de 5 kg de sucre ajouté, taxe de 4 € par hectolitre, contre 3,79 € en moyenne ;
- entre 5 et 8 kg de sucre ajouté par hectolitre, taxe de 21 €, contre 7,30 € en moyenne ;
- au-delà de 8 kg de sucre ajouté, taxe de 35 € par hectolitre, contre 17,70 € en moyenne.

¹⁰¹ Le taux initial uniforme était de 7,53 centimes € par litre. Indexé depuis 2018 sur la quantité de sucres ajoutés, le taux progresse selon un barème relativement lisse, constitué de paliers tous les kg par hectolitre (à partir de 3,17 €/hl en 2023 pour une quantité de sucres ajoutés inférieure à 1 kg/hl, jusqu'à 24,78 €/hl pour une quantité inférieure à 15 kg/l, puis 2,1 € par kg supplémentaire pour un hl). Cela revient à environ 0,05 € pour une cannette de boisson au cola classique. Pour les boissons édulcorées, le taux reste uniforme à 0,03 €/litre, soit 0,01 € pour la même canette.

À titre d'exemple, sur un litre de soda, contenant une quantité moyenne de 100 grammes de sucre, la taxation était de 15,7 centimes et passera à 35 centimes.

À compter du 1^{er} janvier 2026, la taxe sur les boissons contenant des édulcorants sera également alourdie.

La mise en place de cette taxe est encore trop récente (même avant sa réforme de 2025) pour en mesurer l'impact sur la consommation totale de sucre, et *a fortiori* sur l'état de santé des français, d'autant que les boissons sucrées ne sont qu'une des sources de sucre ajoutée dans l'alimentation. Ses effets sur les reformulations de produits par les industriels et sur les prix et volumes de vente des boissons ont fait toutefois l'objet de premiers éléments d'évaluation dans le cadre du bilan du PNNS 4.

Taxe sur les boissons sucrées : premiers éléments d'évaluation comparés en France et à l'étranger¹⁰²

Prévue par le PNNS 4, l'évaluation de la taxe sur les boissons sucrées a été confiée à un consortium de recherche, coordonné par l'École des hautes études en santé publique (HESP). Son rapport de recherche « Soda-Tax » a été publié en mai 2024¹⁰³.

Le bilan est mitigé. L'impact de la taxe sur les reformulations des boissons par les industriels ne concerne que 5 % des produits, mais dans le même temps les nouveaux produits lancés sur le marché sont en moyenne moins sucrés (de 6 %) que les années précédentes ou que les produits lancés dans des pays européens n'ayant pas instauré de taxe. L'impact de la taxe sur les prix et les volumes d'achat est plus délicat à mesurer, les volumes ont peu baissé (- 0,3 litre par ménage et par mois, mais sans atteindre la significativité statistique). S'agissant des prix, l'impact est différencié selon qu'il s'agit de marques nationales ou d'autres marques (y compris les marques distributeurs).

¹⁰² En 2020, il existait des taxes sur les boissons sucrées dans plus de 40 pays, au niveau national ou local, dont onze en Europe (Belgique, Royaume-Uni, Irlande, France, Espagne – pour la Catalogne uniquement –, Portugal, Norvège, Finlande, Estonie, Lettonie, Hongrie).

¹⁰³ [Rapport-recherche Consortium-Sodatax 2024.pdf](#).

La taxe instaurée en 2018 au Royaume-Uni ne prévoit quant à elle que deux tranches de taxation (un premier palier à partir de 50 g de sucre ajouté par litre et un second à partir de 80 g) et apparaît plus incitative que la française : une boisson de cola classique contenant 10,6 g de sucres/100 ml est ainsi taxée à hauteur de 16 centimes par litre en France contre 21 centimes par litre au Royaume-Uni. De fait, alors que la progressivité très lente du barème français est théoriquement plus incitative à la reformulation des produits et à la baisse de leur teneur en sucre, on a observé au Royaume-Uni un impact plus important, avec 34 % de reformulations – l’annonce de l’instauration de la taxe deux ans à l’avance ayant permis aux industriels d’anticiper. *In fine*, l’évaluation a pu estimer la réduction de la consommation de sucre à 300 g par ménage et par mois, imputable à 84 % aux reformulations des boissons ciblées, et à 16 % aux variations de prix.

Le Mexique a, quant à lui, instauré en 2014 une taxe d’un *peso* par litre de boisson sucrée (ainsi qu’une taxe de 8 % sur les aliments de densité énergétique supérieure à 275 kcal par 100 g), qui a été suivie d’une baisse des ventes de boissons sucrées de 6 % à la fin de la première année et de 10 % après deux ans.

Une modélisation canadienne¹⁰⁴ de 2017 évalue qu’une taxe de 20 % sur les boissons sucrées éviterait, à horizon de 25 ans, 700 000 cas d’obésité et 200 000 cas de diabète de type 2, pour une population de 39 millions de personnes, permettant d’économiser jusqu’à 11,5 milliards de dollars canadiens.

En dépit de ce bilan en demi-teinte, les motifs ayant justifié la mise en place de cette taxe restent présents : en moyenne, 10 % des Français consomment quotidiennement des sodas, mais cette proportion est très variable selon les catégories sociales. Elle atteint 15 % pour les 20 % de la population les moins favorisés, contre 1 % pour les 20 % de Français ayant le niveau de vie le plus élevé. Le principe d’une telle taxe est d’ailleurs relativement bien accepté – le taux d’adhésion global mesuré par le rapport « Soda-Tax » est de 64,7 % et monte à 76,1 % si son rendement est affecté à des mesures de santé publique.

L’extension et l’intensification de l’usage du levier fiscal pour lutter contre les habitudes alimentaires défavorables à la santé font ainsi l’objet depuis quelques années de nombreuses recommandations. Plusieurs propositions de renforcement de la taxe et d’élargissement de son assiette à l’ensemble des produits avec du sucre ajouté ont été formulées récemment : c’est dans ce contexte que le barème de taxation a été modifié par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2025, ainsi qu’ évoqué plus haut.

¹⁰⁴ A. Jones, J. Veeman, D. Hammond, *The health and economic impact of a tax on sugary drinks in Canada*, Heart and Stroke Foundation of Canada, 2017.

En revanche, l'extension de cette mesure aux produits alimentaires transformés contenant du sucre ajouté, bien que discutée au Sénat, n'a pas été retenue.

Propositions récentes relatives à l'usage du levier fiscal pour lutter contre les habitudes alimentaires défavorables à la santé

En 2017, dans son rapport « Pour une politique nationale nutrition santé en France¹⁰⁵ », le Haut Conseil de la santé publique a préconisé la mise en place d'une taxation indexée sur le Nutri-Score.

Dans son rapport déjà cité de 2019¹⁰⁶, la Cour appelait également à une action plus résolue en matière fiscale.

Deux rapports d'information présentés au nom de la commission des affaires sociales du Sénat se sont également prononcés en ce sens – celui de juin 2022, déjà cité, sur la lutte contre l'obésité¹⁰⁷, et le rapport plus récent de mai 2024 sur la fiscalité comportementale¹⁰⁸. Le rapport du Sénat sur la lutte contre l'obésité préconisait également de mettre fin au taux réduit de TVA sur les boissons sucrées, qui en bénéficient pour le moment comme tous les produits alimentaires et boissons.

Le conseil des prélèvements obligatoires a également adopté une note sur la fiscalité nutritionnelle en juillet 2023¹⁰⁹, qui recommande d'étudier l'extension du champ de la fiscalité nutritionnelle aux autres produits sucrés.

¹⁰⁵ Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021, HCSP, septembre 2017.

¹⁰⁶ La prévention et la prise en charge de l'obésité | Cour des comptes.

¹⁰⁷ Surpoids et obésité, l'autre pandémie, rapport d'information sur la lutte contre l'obésité de Mmes Chantal DESEYNE, Brigitte DEVÉSA et Michelle MEUNIER au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, n° 744 (2021-2022), 29 juin 2022.

¹⁰⁸ La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, rapport d'information sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé de Mmes Élisabeth DOINEAU et Cathy APOURCEAU-POLY au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales, Sénat, n° 638 (2023-2024), 29 mai 2024.

¹⁰⁹ La fiscalité nutritionnelle | Cour des comptes.

Cette convergence d'expressions et le renforcement des exigences prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 créent un contexte favorable à l'approfondissement de la réflexion sur le renforcement et l'élargissement de la fiscalité nutritionnelle¹¹⁰. Ainsi, les effets du durcissement de la taxe soda sur les comportements d'achat et sur la composition des boissons devront être précisément évalués. Dans le même temps, les pouvoirs publics devront mobiliser les industriels, comme ce fut fait pour obtenir l'accord sur la réduction de la quantité de sel dans le pain, afin de limiter les sucres ajoutés dans l'ensemble des produits alimentaires, tout en envisageant la définition d'une future taxe comportementale à périmètre élargi.

¹¹⁰ Cette réflexion devra tenir compte des effets potentiellement régressifs et anti-redistributifs de ce type de taxe. En effet, si la composition des produits n'est pas modifiée ou si les consommateurs ne s'en détournent pas alors que le prix augmente, ils seront d'autant plus pénalisés que leur niveau de revenu est faible.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'amélioration de la détection et de la prise en charge précoce axée sur les modifications thérapeutiques du mode de vie, bien qu'essentielle, ne permettra pas de faire face aux enjeux de progression de la maladie, alors qu'elle est, au moins pour partie, évitable. C'est donc bien sur les déterminants de santé qu'il convient de concentrer les efforts, au premier rang desquels se situe l'alimentation.

Si la France a mis en place un affichage nutritionnel, un encadrement de la publicité et une taxe sur les boissons sucrées, ces dispositifs reposent encore largement sur le volontariat des acteurs et mériteraient de devenir plus contraignants, pour peser sur la formulation des aliments et faciliter un accès équitable à une alimentation favorable à la santé.

Quant au levier de la fiscalité comportementale, son utilisation reste encore limitée au champ des boissons sucrées, alors que l'élargissement de son assiette à tous les produits à sucres ajoutés est préconisé par de plus en plus d'acteurs et d'institutions. Sur ces deux dimensions, une action plus volontariste de la part des pouvoirs publics apparaît dès lors indispensable aux yeux de la Cour, qui formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 5. élargir le périmètre des programmes audiovisuels (télévision et réseaux sociaux) soumis à l'interdiction de publicité des produits gras, sucrés ou salés, équivalents au NutriScore D et E (ministère chargé de la santé, ministère chargé de l'alimentation) ;*
 - 6. évaluer les effets sur la consommation et la recomposition des produits de l'augmentation de la taxe sur les boissons sucrées et inciter les industriels à réduire les sucres ajoutés dans l'ensemble de leurs produits alimentaires (ministère chargé de la santé, ministère chargé de l'alimentation, ministère chargé de l'économie).*
-

Conclusion

Le diabète de type 2 connaît une forte progression, notamment liée à la croissance du surpoids et de l'obésité et au vieillissement de la population. Il touche majoritairement les personnes les moins favorisées. Il reste pourtant insuffisamment dépisté et pris en charge, en particulier en matière d'accompagnement aux modifications thérapeutiques des modes de vie, qui constituent pourtant le traitement de première intention.

Les actions publiques à mener pour améliorer la prise en charge du diabète de type 2 sont de deux ordres.

À court terme, une adaptation du régime des affections de longue durée paraît nécessaire pour favoriser la mise en œuvre d'un parcours de soins incluant les modifications thérapeutiques des modes de vie des patients (accompagnement et éducation thérapeutique, activité physique).

Néanmoins, à plus long terme, l'amélioration de la prise en charge, bien qu'essentielle, ne permettra pas de faire face à l'accroissement du nombre de patients concernés, résultant du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'obésité.

C'est donc bien sur les déterminants de santé qu'il convient d'agir, en améliorant la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et en limitant la promotion de ceux qui sont défavorables à la santé.

Liste des abréviations

ACS.....	Aide à la complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ANSES.....	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS.....	Agence régionale de santé
ATIH.....	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CH(U)	Centre hospitalier (universitaire)
CLS	Contrat local de santé
CMG	Collège de médecine générale
CMU-C	Couverture maladie universelle – complémentaire
CNAM.....	Caisse nationale d'assurance maladie
CSS	(assurance) Complémentaire santé solidaire
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DGCCRF.....	Direction générale de concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGOS.....	Direction générale de l'organisation des soins
DGS.....	Direction générale de la santé
DRAJES	Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
DROM.....	Département et région d'Outre-mer
DSS	Direction de la sécurité sociale
DT1	Diabète de type 1
DT2	Diabète de type 2
EPCI.....	Établissement public de coopération intercommunale
FFD	Fédération française des diabétiques
FID	Fédération internationale du diabète
HAS.....	Haute autorité de santé
IDE(L).....	Infirmier diplômé d'État (libéral)
IPA	Infirmier de pratique avancé
Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances

INSERM..... Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MCO Médecine, chirurgie, obstétrique
OMS Organisation mondiale de la santé
PAT Projet alimentaire territorial
PLFSS Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PNA..... Plan national de l'alimentation
PNAN..... Programme national de l'alimentation et de la nutrition
PNNS Plan national nutrition santé
PRS Plans régionaux de santé
RPPS Répertoire partagé des professionnels de santé
SNANC Stratégie nationale alimentation, nutrition, climat
SNDS Système national des données de santé
SNS Stratégie nationale de santé
SpF Santé publique France

Annexes

Annexe n° 1 : structure des dépenses des personnes atteintes de diabète de type 2	86
Annexe n° 2 : analyse des résultats de la cohorte Entred	90

Annexe n° 1 : structure des dépenses des personnes atteintes de diabète de type 2

1. Une structure de dépenses assez stable en euros courants

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution des principaux postes de remboursements au sein des dépenses affectées au traitement du diabète d'une part, et au sein de l'ensemble des soins et prestations des patients diabétiques d'autre part.

Il n'est pas possible de distinguer les dépenses selon le type de diabète, 1 ou 2, bien que les caractéristiques des populations et les traitements soient très différents.

Tableau n° 3 : évolution de la structure des dépenses affectées au traitement du diabète (type 1 et type 2 confondus) entre 2015 et 2022

Poste	Dépenses (K€)		Structure (%)		Dép. moyennes par patient diabétique(€)		Évol. dép. moyennes (en %)
	2015	2022	2015	2022	2015	2022	
<i>Hospitalisations</i>	722	811	9,6	8,0	201	187	- 6,9
<i>Dont ACE</i>	129	206	1,7	2,0	36	48	32,6
<i>Dont séjour MCO</i>	454	474	6,0	4,7	126	109	- 13,4
<i>Soins de ville</i>	6 373	8 648	84,4	85,0	1 776	1 997	12,4
<i>Dont consultations généralistes</i>	317	380	4,2	3,7	88	88	- 0,9
<i>Dont consultations spécialistes</i>	290	461	3,8	4,5	81	106	31,4
<i>Dont soins dentaires</i>	87	163	1,2	1,6	24	38	54,8
<i>Dont soins infirmiers</i>	1 414	1 900	18,7	18,7	394	439	11,3
<i>Dont kinésithérapeutes</i>	111	194	1,5	1,9	31	45	44,3
<i>Dont biologie</i>	226	288	3,0	2,8	63	66	5,3
<i>Dont pharmacie</i>	2 490	2 986	33,0	29,3	694	689	- 0,6
<i>Dont transport</i>	94	176	1,3	1,7	26	41	54,2
<i>Dont dispositifs médicaux et prestations associées</i>	1 307	2 037	17,3	20,0	364	470	29,1
<i>Dont autres dép. de ville</i>	32	63	0,4	0,6	9	14	61,0
<i>Prestations en espèce</i>	459	720	6,1	7,1	128	166	29,8
Total	7 554	10 179	100	100	2 104	2 350	11,7

Source : Cnam – SNDS

ACE : actes et consultations externes, MCO : médecine, chirurgie obstétrique.

S'agissant de l'évolution des dépenses affectées au traitement du diabète, on observe une diminution des dépenses moyennes par individu de soins hospitaliers (- 6,9%, soit 187 € en 2022) ainsi que de leur part relative, qui régresse à 8 % en 2022 contre 9,6 % en 2015. La part des soins de ville et celle des prestations en espèce augmentent en contrepartie. En 2022, les soins de ville représentent 85 % du total des dépenses, et leur dépense moyenne par patient, qui augmente de 12,5 % entre 2015 et 2022, s'établit à 1997 € en 2022.

Les principaux postes composant les dépenses de soins de ville évoluent de façon contrastée :

les médicaments, principal poste de dépenses, représentent une part de dépenses en légère régression, passant de 33 % des dépenses à 29 %, la dépense moyenne par individu baissant de 0,6 % ;

les dispositifs médicaux quant à eux représentent des dépenses en augmentation de 29,1 %, pour devenir le 2^{ème} poste de dépenses du total des dépenses de ville en 2022 avec 20 %, contribuant pour 43 % à la hausse de l'ensemble des dépenses ;

les soins infirmiers, troisième poste, conservent une part relative dans les dépenses totales de 18,7 %, même si les dépenses correspondantes augmentent de 11 % et contribuent pour 18 % à la croissance globale ;

les honoraires de généralistes voient leur part relative dans l'ensemble des dépenses régresser légèrement (à 3,7 %) et passer derrière celle des honoraires de spécialistes (4,5 %).

Tableau n° 4 : évolution de la structure des dépenses totales et moyennes remboursées aux personnes atteintes de diabète entre 2015 et 2022

Poste	Dépenses (K€)		Structure (%)		Dépenses moyennes par patient diabétique (€)		Évol. dép. moyennes (en %)
	2015	2022	2015	2022	2015	2022	
<i>Hospitalisations</i>	10 876	15 169	42,9	42,8	3 030	3 502	15,6
<i>Dont ACE</i>	415	649	1,6	1,8	116	150	29,7
<i>Dont séjour MCO</i>	7 577	9 800	29,9	27,7	2 111	2 263	7,2
<i>Soins de ville</i>	12 989	18 103	51,3	51,1	3 619	4 180	15,5
<i>Dont consultations généralistes</i>	686	799	2,7	2,3	191	184	- 3,6
<i>Dont consultations spécialistes</i>	848	1 336	3,3	3,8	236	309	30,5
<i>Dont soins dentaires</i>	188	326	0,7	0,9	52	75	43,6
<i>Dont soins infirmiers</i>	2 596	3 525	10,2	9,9	723	814	12,5
<i>Dont kinésithérapeutes</i>	492	678	1,9	1,9	137	157	14,2
<i>Dont biologie</i>	498	686	2,0	1,9	139	159	14,3
<i>Don pharmacie</i>	4 799	6 403	18,9	18,1	1 337	1 478	10,6
<i>Dont transport</i>	905	1 351	3,6	3,8	252	312	23,6
<i>Dont dispositifs médicaux et prestations associées</i>	1 872	2 813	7,4	7,9	522	650	24,5
<i>Dont autres dép. de ville</i>	102	184	0,4	0,5	29	42	48,9
<i>Prestations en espèce</i>	1 478	2 158	5,8	6,1	412	498	21,0
Total	25 343	35 430	100	100	7 061	8 180	15,8

Source : Cnam - SNDS

Si l'on complète cette analyse par celle de l'évolution de la structure des dépenses totales des diabétiques, on constate que celle-ci reste très stable sur la période 2015-2022, et que la part des dépenses hospitalières, nettement plus importante comme déjà évoqué ci-dessus, reste quasi inchangée à hauteur de 42,8 % de l'ensemble des dépenses en 2022, les

dépenses de soins de ville, toujours majoritaires, représentant 51,1 % de l'ensemble, et les prestations en espèce 6,1 %. Les dépenses d'hospitalisation et celles des soins de ville augmentent en effet globalement au même rythme que l'ensemble des dépenses (respectivement + 15,6 % et + 15,5 % pour une hausse moyenne d'ensemble de + 15,8 %), seules les prestations en espèces progressant un peu plus vite (+ 21 %), mais à partir d'une part relative plus faible (6,1 % en 2022).

2. L'évolution des dépenses hospitalières valorisées aux tarifs 2022

À la demande de la Cour, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a identifié, au sein de l'ensemble des séjours hospitaliers effectués en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en 2015 et 2022 par les patients atteints de diabète de type 2, les séjours liés directement au diabète et ceux liés à des complications associées, et leur a appliqué les tarifs des séjours en vigueur en 2022 afin de neutraliser les effets des évolutions tarifaires intervenues sur la période.

Pour pouvoir comparer les montants 2015 et 2022, ce sont les données du programme de médicalisation des systèmes d'information des établissements de santé (PMSI) qui ont été utilisées, afin de reconstituer le groupage des séjours de 2015 selon les critères en vigueur en 2022 afin de leur appliquer les tarifs de 2022. Il en résulte des différences de périmètre avec les données issues du SNDS présentées ci-dessus, l'extraction issue des bases PMSI des séjours présentant le code « E11 : diabète sucré de type 2 » en diagnostic principal, relié ou associé, étant plus restreinte que l'extraction dans le SNDS à partir des patients classés comme diabétiques.

Tableau n° 5 : évolution des dépenses d'hospitalisation MCO des patients diabétiques entre 2015 et 2022 valorisées aux tarifs 2022

Séjours	Nombre de séjours (en milliers)			Valorisation économique (en K€)		
	2015	2022	Évol.	2015	2022	Évol.
<i>Directement liés au diabète</i>	99,9	113,0	13 %	208,3	206,9	- 1 %
<i>Complication certaine ou probable</i>	132,9	139,5	5 %	387,4	340,7	- 12 %
<i>Non liés au diabète</i>	952,7	993,9	4 %	3 935,8	4 447,8	14 %
Total	1 185,5	1 246,5	5 %	4 531,6	5 015,4	11 %

Source : ATIH

Annexe n° 2 : analyse des résultats de la cohorte Entred

1. Présentation de la cohorte Entred

L'enquête nationale Entred 3 vise à mieux connaître les besoins et le suivi des personnes diabétiques. L'étude porte sur les personnes bénéficiaires de l'assurance maladie ou de la sécurité sociale des indépendants, âgées de 18 ans ou plus et traitées pharmacologiquement pour un diabète. En métropole, l'enquête auprès des personnes diabétiques et auprès du médecin qui les suit pour leur diabète s'est déroulée entre 2019 et 2020. Les données de l'enquête sont appariées au Système national des données de santé (SNDS) pour suivre la consommation de soin des personnes diabétiques de l'échantillon.

2. Méthodologie

Les analyses sont réalisées à partir des données de l'enquête Entred 3 pour les patients en métropole avec un diabète de type 2. Les indicateurs sont calculés à partir :

- des 2312 diabétiques ne s'étant pas opposés au suivi par le SNDS et ayant répondu au questionnaire long (papier ou web) ;
- des 762 médecins soignants ayant répondu au questionnaire long (papier ou web).

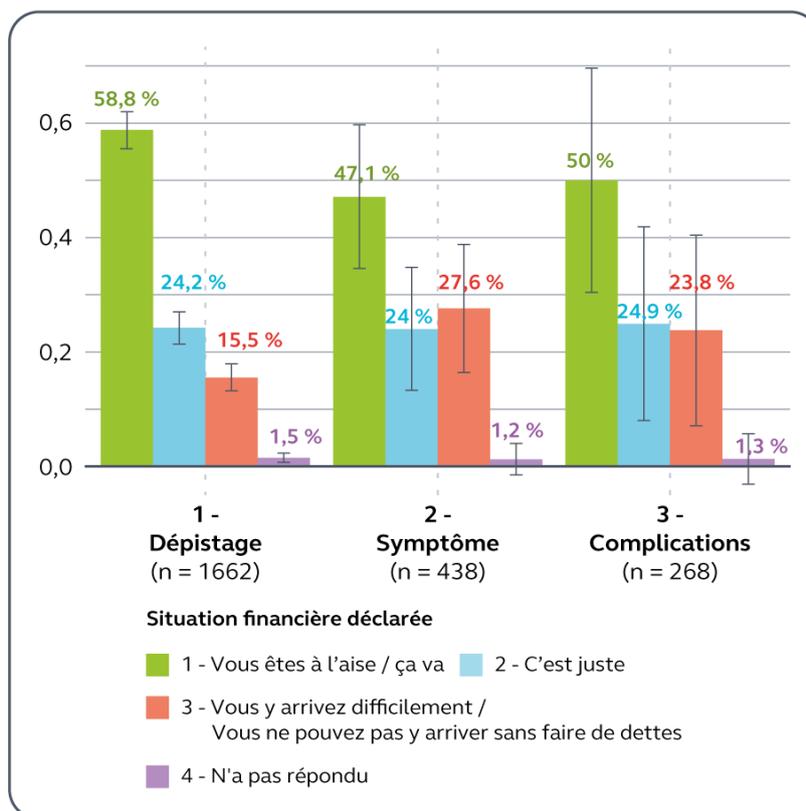
La pondération calculée par Santé Publique France est appliquée pour que les résultats soient représentatifs des diabétiques en France en 2019. Les estimations sont présentées sous forme de pourcentage pondérés, avec un intervalle de confiance à 95 % associé.

3. Principaux résultats

3.1 Circonstance de découverte du diabète et situation financière

L'enquête Entred 3 permet de connaître la situation financière des diabétiques de type 2 ainsi que la circonstance de découverte de leur diabète. Toutefois, l'analyse ne permet pas de dégager une différence significative de situation financière en fonction des modalités de découverte du diabète, les intervalles de confiance étant largement superposés. Parmi les diabétiques de type 2 ayant découvert leur diabète lors d'un dépistage, 58,8 % estiment que leur situation financière est satisfaisante (« ça va » ou « vous êtes à l'aise »).

Graphique n° 3 : situation financière des personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019 selon la circonstance de découverte du diabète



Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

3.2 L'activité physique adaptée (APA)

L'enquête Entred ne permet pas d'évaluer directement le recours des personnes diabétiques à l'activité physique adaptée, mais permet d'estimer le taux de prescription.

D'après les données d'enquête recueillies auprès des patients, entre 2 et 3,5 % des diabétiques de type 2 ont déjà eu une recommandation prescrite par écrit concernant l'activité physique (intervalle de confiance à 95 %).

Les informations recueillies auprès des médecins permettent de compléter l'estimation de la prescription de l'activité physique adaptée : entre 3,6 % et 7,3 % des diabétiques de type 2 auraient eu une prescription d'activité physique adaptée (intervalle de confiance à 95 %).

Ces chiffres sont néanmoins à interpréter au regard de la date de réalisation de l'enquête, antérieure à la montée en charge des maisons sport-santé et à la campagne de promotion de la prescription d'activité physique menée par la Cnam.

Tableau n° 6 : prescription d'activité physique adaptée d'après le questionnaire médecin pour les personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019

<i>Question médecin 21 : Avez-vous prescrit à votre patient une activité physique adaptée (APA, dispensée par des professionnels de santé formés)</i>	%	Intervalle de confiance à 95 %
<i>Oui</i>	5,4 %	3,6 % - 7,3 %
<i>Non</i>	94,6 %	92,7 % - 96,4 %

3.3. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

3.3.1. Bénéficiaires de l'éducation thérapeutique : définition et modalités

L'analyse vise à comparer les caractéristiques des diabétiques bénéficiant d'éducation thérapeutique à celles des diabétiques ne bénéficiant pas d'éducation thérapeutique.

Les diabétiques bénéficiant d'éducation thérapeutique sont identifiés à partir de la question 3.18 du questionnaire patient. Cette catégorie regroupe les diabétiques ayant, en complément de leur suivi médical habituel, participé à l'une ou plusieurs des activités suivantes :

- entretiens individuels approfondis avec un médecin (ou infirmier, diététicien...) consacrés à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien ;
- séances collectives : cours, conférence, atelier avec plusieurs personnes diabétiques ;
- accompagnement téléphonique ;
- autres types d'activités concernant le diabète.

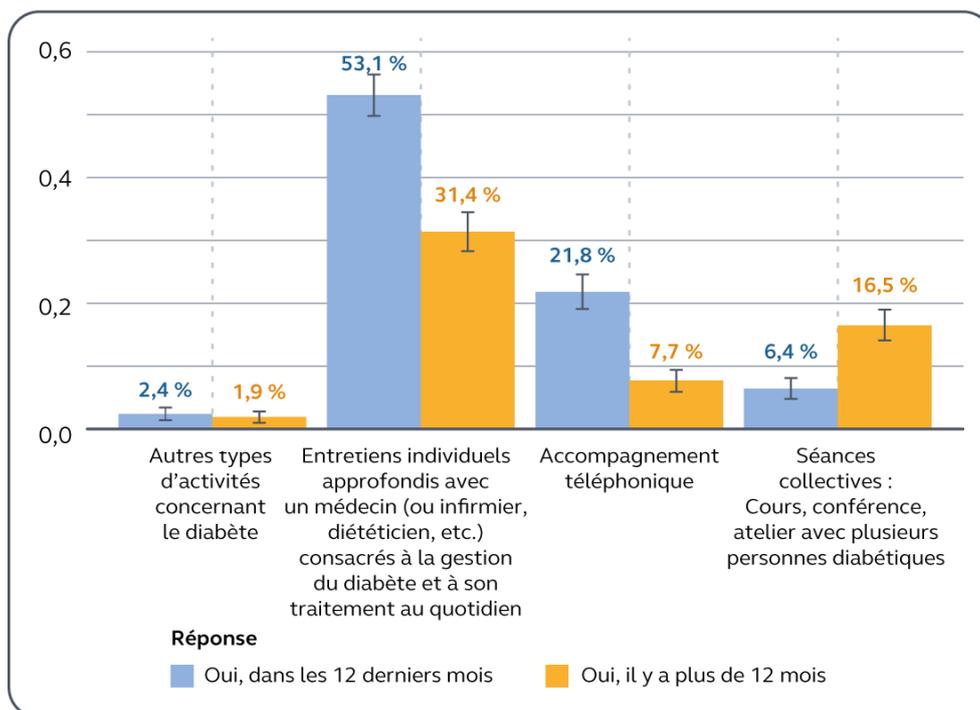
D'après la définition retenue, 45,8 % des diabétiques de type 2 ont bénéficié d'une éducation thérapeutique. Par ailleurs, 31,1 % des diabétiques de type 2 en ont bénéficié au cours de l'année précédant le tirage.

Tableau n° 7 : recours à l'éducation thérapeutique des personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019

	Nombre	%	Intervalle de confiance à 95 %
<i>A bénéficié d'éducation thérapeutique</i>	1 123	45,8 %	43,5 % - 48,1 %
<i>N'a pas bénéficié d'éducation thérapeutique</i>	1 189	54,2 %	51,9 % - 56,5 %
<i>A bénéficié d'éducation thérapeutique au cours de l'année précédant le tirage</i>	757	31,1 %	29,0 % - 33,2 %
<i>N'a pas bénéficié d'éducation thérapeutique au cours de l'année précédant le tirage</i>	1 555	68,9 %	66,8 % - 71,0 %

Selon la définition retenue, les bénéficiaires de l'éducation thérapeutique peuvent avoir participé à une ou plusieurs modalités. Parmi eux, 53,1 % ont bénéficié, au cours de l'année précédant le tirage, d'entretiens individuels approfondis avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, diététicien, etc.) consacré à la gestion du diabète et de son traitement. Par ailleurs, 21,8 % ont eu recours à un accompagnement téléphonique au cours de l'année précédant le tirage.

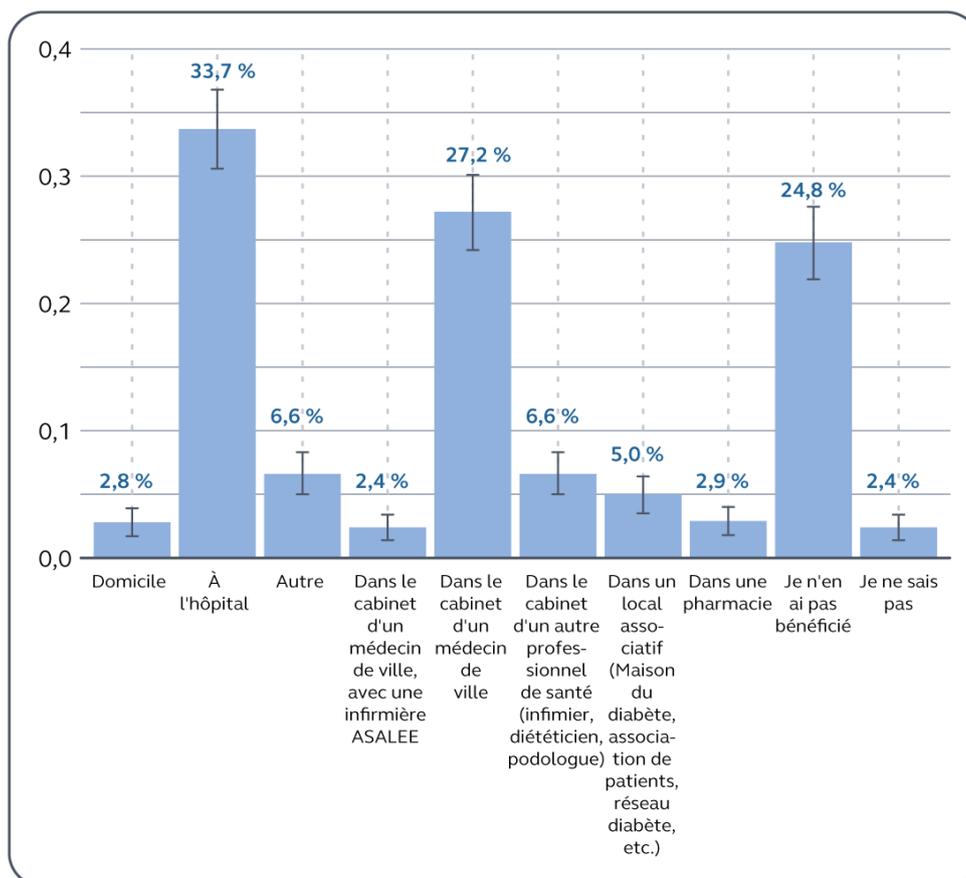
Graphique n° 4 : modalités d'éducation thérapeutique des bénéficiaires d'éducation thérapeutique ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019



Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

En termes de lieux de mise en œuvre, 33,7 % des bénéficiaires de l'éducation thérapeutique ont participé à des entretiens approfondis ou à des séances collectives à l'hôpital, et 27,2 % dans le cabinet d'un médecin de ville.

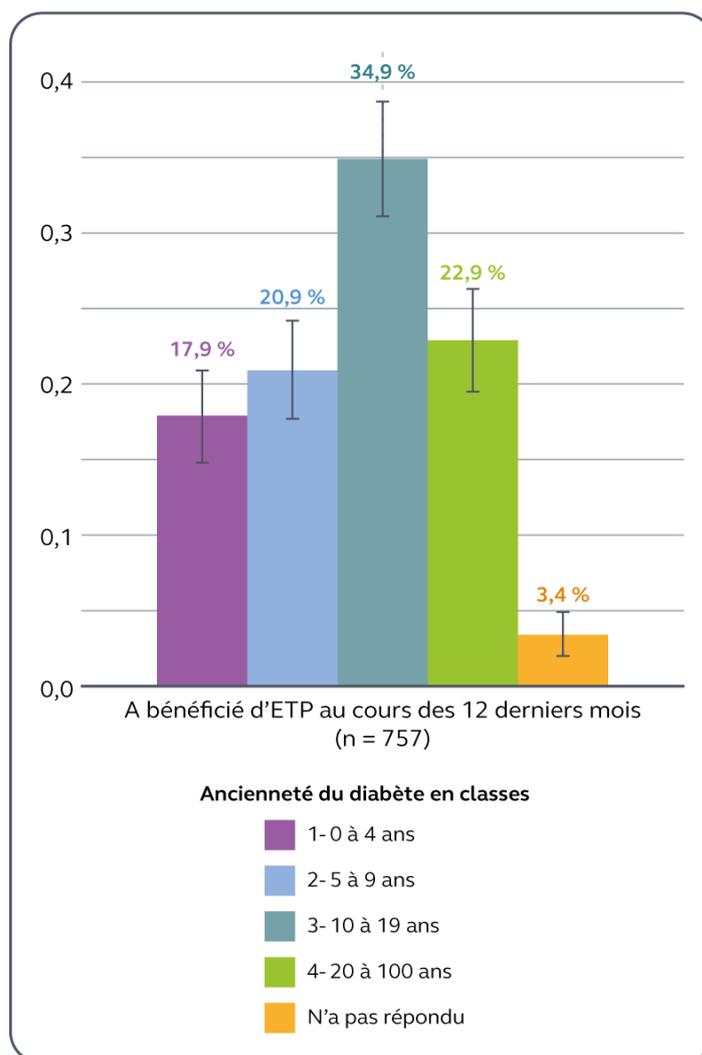
Graphique n° 5 : lieux des entretiens approfondis ou des séances collectives des bénéficiaires d'éducation thérapeutique ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019



Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

Les diabétiques de type 2 recourent à l'éducation thérapeutique quelle que soit leur ancienneté au diabète, mais ce recours semble plus fréquent quand la maladie est installée depuis plus de cinq ans : parmi ceux ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique au cours de l'année précédant le tirage, seuls 17,9 % présentent une ancienneté du diabète comprise entre 0 et 4 ans (intervalle de confiance à 95 % : 14,8 % - 20,9 %).

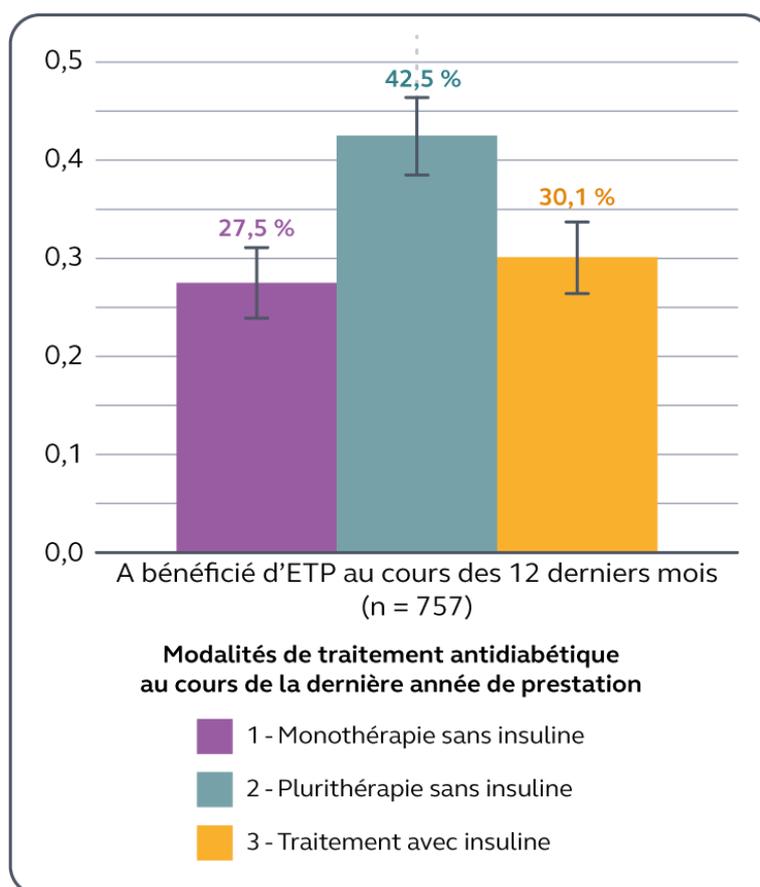
Graphique n° 6 : ancienneté du diabète des bénéficiaires d'éducation thérapeutique au cours de l'année précédant le tirage, pour les personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019



Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

Concernant les traitements, les patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique dans l'année précédant le tirage sont traités à 27,5 % par monothérapie sans insuline, à 42,5 % par plurithérapie sans insuline, et à 30,1 % par un traitement avec insuline.

Graphique n° 7 : modalité de traitement antidiabétique des bénéficiaires d'éducation thérapeutique au cours de l'année précédant le tirage, pour les personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019

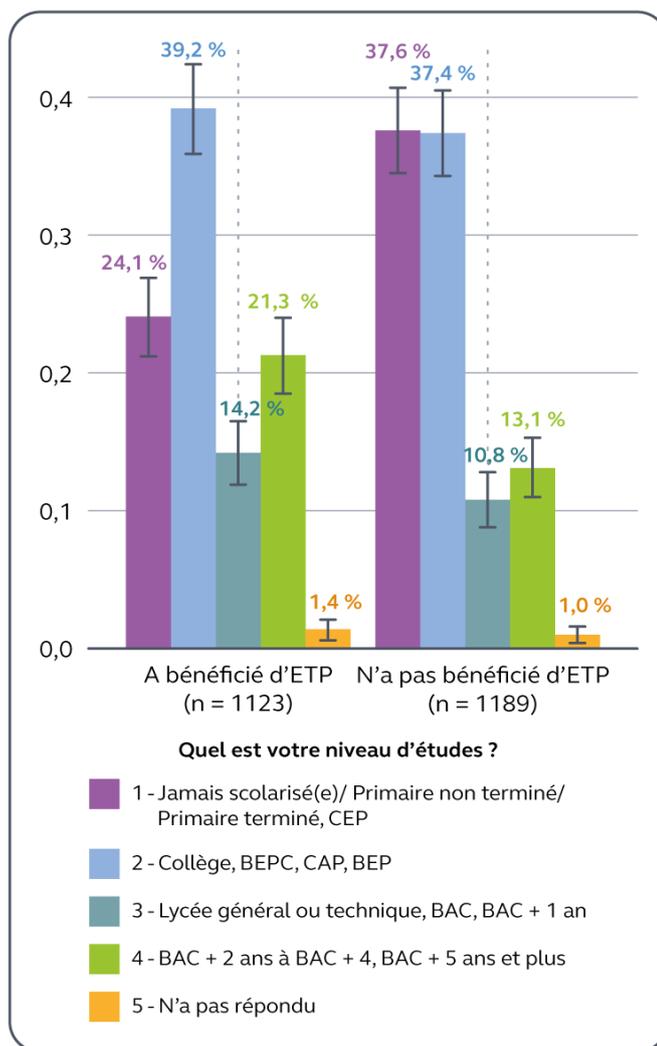


Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

3.3.2. Comparaison des caractéristiques des bénéficiaires et des non-bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'éducation thérapeutique ont en moyenne un niveau d'éducation plus élevé que les non-bénéficiaires. En effet, 37,6 % des non-bénéficiaires ont un niveau d'éducation inférieur au collège, contre seulement 24,1 % des bénéficiaires. 13,1 % des non-bénéficiaires ont un niveau d'éducation supérieur ou égal à bac+2, contre 21,3 % parmi les bénéficiaires.

Graphique n° 8 : niveau d'étude des bénéficiaires d'éducation thérapeutique et des non-bénéficiaires pour les personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019



Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

La consommation de soins des bénéficiaires de l'éducation thérapeutique est plus élevée que celle des non-bénéficiaires. Au cours de l'année précédant le tirage, une proportion plus importante de diabétiques ayant eu une consultation chez un endocrinologue, cardiologue ou ophtalmologue figure parmi les bénéficiaires. La proportion des

diabétiques ayant eu au moins 3 dosages HbA1c au cours de l'année précédant le tirage est également plus élevée parmi les bénéficiaires d'éducation thérapeutique. En revanche, l'analyse ne montre pas de différence significative concernant les consultations chez un dentiste entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires d'ETP.

Tableau n° 8 : recours aux soins des bénéficiaires d'éducation thérapeutique et des non-bénéficiaires pour les personnes ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019

	Bénéficiaires d'éducation thérapeutique (N = 1123)		Non-bénéficiaires d'éducation thérapeutique (N = 1189)	
	%	Intervalle de confiance à 95 %	%	Intervalle de confiance à 95 %
<i>Ayant eu au moins une consultation chez un endocrinologue au cours de l'année précédant le tirage</i>	32,9 %	29,8 % - 36,0 %	12,5 %	10,4 % - 14,6 %
<i>Ayant eu au moins une consultation chez un dentiste au cours de l'année précédant le tirage</i>	42,4 %	39,1 % - 45,7 %	39,1 %	36,0 % - 42,2 %
<i>Ayant eu au moins une consultation chez un cardiologue au cours de l'année précédant le tirage</i>	51,2 %	47,9 % - 54,5 %	42,6 %	39,5 % - 45,8 %
<i>Ayant eu au moins une consultation chez un ophtalmologue au cours de l'année précédant le tirage</i>	58,9 %	55,6 % - 62,1 %	52,3 %	49,1 % - 55,5 %
<i>Ayant eu au moins 3 dosages HbA1c au cours de l'année précédant le tirage</i>	62,0 %	58,8 % - 65,2 %	54,7 %	51,5 % - 57,9 %

Source : Cour des comptes, d'après les données Entred

En revanche, l'analyse n'a pas permis de montrer des disparités entre les profils des bénéficiaires d'éducation thérapeutique et ceux des non-bénéficiaires pour les caractéristiques suivantes :

- sexe ;
- région ;
- type de commune (banlieue, rurale, ville isolée, ville-centre) ;
- indice de défavorisation sociale de la commune et de l'IRIS ;
- accessibilité aux médecins généralistes (territoires bien dotés, moyennement dotés ou sous-dotés) ;
- zone géographique de naissance (France, Maghreb, Autre) ;
- situation financière ressentie ;
- circonstance de découverte du diabète.

Cela peut témoigner d'une hétérogénéité des profils des bénéficiaires de l'éducation thérapeutique, une observation qui reste toutefois conditionnée par les limites liées à la définition du recours à l'éducation thérapeutique retenue pour cette analyse.

3.3.3 Les médecins et l'éducation thérapeutique

Selon le questionnaire médecin, 48,6 % des diabétiques de type 2 ont bénéficié d'un temps consacré à l'éducation thérapeutique. Ce résultat vient consolider l'estimation du recours à l'éducation thérapeutique obtenue à partir du questionnaire patient.

D'après le même questionnaire, l'éducation thérapeutique a été dispensée exclusivement par le médecin soignant pour 30,6 % des diabétiques de type 2 ayant bénéficié de ce dispositif (intervalle de confiance à 95 % : 25,3 % - 35,9 %). Le médecin soignant, répondant au questionnaire, peut être soit un médecin généraliste, soit un spécialiste. Plus précisément, parmi les diabétiques de type 2 qui sont bénéficiaires de l'éducation thérapeutique, 16,5 % ont reçu l'éducation thérapeutique uniquement de la part de leur médecin généraliste (intervalle de confiance à 95 % : 12,2 % - 20,8 %).

Pour 15,8 % à 25,5 % des diabétiques de type 2 n'ayant pas bénéficié d'éducation thérapeutique, le médecin soignant considère que le dispositif est « trop compliqué » pour son patient (intervalle de confiance à 95 %).

**Tableau n° 9 : recours à l'éducation thérapeutique d'après
le questionnaire médecin pour les personnes
ayant un diabète de type 2 en métropole en 2019**

<i>Question médecin 18 : Votre patient a-t-il bénéficié d'un temps consacré à l'éducation thérapeutique (consultation, atelier, etc.) ?</i>	%	Intervalle de confiance à 95 %
<i>Oui</i>	48,6 %	44,5 % - 52,7 %
<i>Non</i>	49,0 %	44,9 % - 53,1 %
<i>N'a pas répondu</i>	2,4 %	1,2 % - 3,7 %
<i>Question : Si non, pourquoi (plusieurs réponses possibles) :</i>		
<i>Il n'en a pas besoin</i>	28,7 %	23,3 % - 34,1 %
<i>Il n'en a pas voulu</i>	23,8 %	18,7 % - 28,9 %
<i>Trop compliqué pour votre patient</i>	20,7 %	15,8 % - 25,5 %
<i>Pas de structure adaptée disponible</i>	16,2 %	11,8 % - 20,7 %
<i>Autre</i>	11,2 %	7,4% - 14,9%
<i>Non proposé ou pas possible de le proposer</i>	7,9 %	4,7 % - 11,2 %

Source : Cour des comptes, d'après les données Entred