



PARLEMENT EUROPÉEN

2009 - 2014

Document de séance

7.3.2012

B7-0147/2012

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

déposée à la suite de déclarations du Conseil et de la Commission
conformément à l'article 110, paragraphe 2, du règlement
sur la lutte contre l'épidémie de diabète dans l'Union européenne
(2011/2911(RSP))

Simon Busuttil, Radvilė Morkūnaitė-Mikulėnienė
au nom du groupe PPE

B7-0147/2012

Résolution du Parlement européen sur la lutte contre l'épidémie de diabète dans l'Union européenne (2011/2911(RSP))

Le Parlement européen,

- vu l'article 168 du traité de Lisbonne,
- vu la déclaration de Saint Vincent sur les soins aux diabétiques et la recherche sur le diabète en Europe, adoptée lors de la première réunion du programme d'action pour le diabète de la déclaration de Saint Vincent, tenue à Saint Vincent du 10 au 12 octobre 1989,
- vu la création par la Commission, le 15 mars 2005, d'une plateforme de l'Union européenne relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé,
- vu le Livre vert de la Commission du 8 décembre 2005 intitulé "Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques", qui analyse les facteurs à l'origine de l'apparition du diabète de type 2,
- vu les conclusions de la conférence sur la prévention du diabète de type 2, qui s'est tenue les 15 et 16 février 2006 à Vienne sous les auspices de la Présidence autrichienne,
- vu la déclaration écrite du Parlement européen du 27 avril 2006 sur le diabète,
- vu les conclusions du Conseil du 1^{er} juin 2006 sur la promotion de modes de vie sains et la prévention du diabète de type 2,
- vu la résolution de l'Organisation mondiale de la santé du 11 septembre 2006 sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans la région européenne de l'OMS,
- vu la résolution des Nations unies du 18 janvier 2007 sur la "Journée mondiale du diabète",
- vu la décision du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), et la décision ultérieure de la Commission du 22 février 2011 relative aux contributions financières aux actions de ce programme,
- vu le Livre blanc de la Commission du 23 octobre 2007 intitulé "Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013",
- vu le septième programme-cadre pour la recherche (2007-2013) et, à l'horizon 2020 – le programme-cadre de recherche et d'innovation (2014-2020),

- vu la communication de la Commission du 20 octobre 2009 intitulée "Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne",
 - vu la résolution des Nations unies du 20 mai 2010 sur "la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles",
 - vu les principaux résultats et les recommandations du Projet FP7 - SANTÉ - 200701 "Une feuille de route pour la recherche européenne sur le diabète: DIAMAP",
 - vu la communication de la Commission du 6 octobre 2010 intitulée "Europe 2020 – Initiative phare "Une Union pour l'innovation", et son partenariat pilote sur le vieillissement actif et en bonne santé,
 - vu les conclusions du Conseil du 7 décembre 2010 intitulées "Approches novatrices à l'égard des maladies chroniques dans le cadre de la santé publique et des systèmes de soins de santé",
 - vu la résolution Modalités des Nations unies du 13 décembre 2010,
 - vu la déclaration de Moscou, adoptée à l'issue de la première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et le contrôle des maladies non transmissibles, qui s'est tenue à Moscou les 28 et 29 avril 2011,
 - vu la résolution du Parlement européen sur la position et l'engagement de l'Union européenne avant la réunion de haut niveau des Nations unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui classe le diabète au rang des quatre maladies non transmissibles les plus fréquentes,
 - vu le sommet des Nations unies sur les maladies non transmissibles de septembre 2011,
 - vu l'article 110, paragraphe 2, de son règlement,
- A. considérant que le diabète est l'une des maladies non transmissibles les plus répandues, dont on estime qu'elle touche plus de 32 millions de citoyens de l'Union, soit près de 10 % de l'ensemble de la population de l'Union, et qu'un nombre similaire de personnes souffrent d'intolérance au glucose et présentent une probabilité très élevée d'évoluer vers le diabète clinique manifeste;
 - B. considérant que le diabète de type 2 réduit de 5 à 10 ans l'espérance de vie et que celui de type 1 réduit l'espérance de vie d'une vingtaine d'années; que chaque année, 325 000 décès sont imputables au diabète dans l'Union, soit un citoyen toutes les deux minutes;
 - C. considérant que la réduction des facteurs de risque identifiés, notamment les modes de vie, est de plus en plus considérée comme une stratégie préventive clé qui peut atténuer l'apparition, la prévalence et les complications du diabète, tant de type 1 que de type 2;
 - D. considérant qu'un complément de recherche reste nécessaire pour identifier avec

certitude les facteurs de risque du diabète de type 1, que les prédispositions génétiques continuent de faire l'objet de recherches, et que le diabète de type 1 est contracté à un âge de plus en plus précoce;

- E. considérant qu'il est possible de prévenir le diabète de type 2, dont les facteurs de risque - comme une alimentation mauvaise ou déséquilibrée, l'obésité, le manque d'activité physique et la consommation d'alcool - ont été clairement identifiés et peuvent être combattus par des stratégies préventives efficaces;
- F. considérant qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement qui guérisse le diabète;
- G. considérant que les complications du diabète de type 2 peuvent être prévenues par un diagnostic précoce et la promotion d'un mode de vie sain; que ce diabète est toutefois souvent diagnostiqué trop tard et qu'à l'heure actuelle, 50 % de l'ensemble des diabétiques ignorent leur maladie;
- H. considérant que 75 % des diabétiques maîtrisent mal leur état de santé, ce qui conduit à des risques accrus de complications, à des pertes de productivité et à un coût social très élevé;
- I. considérant que le nombre de malades du diabète devrait augmenter en Europe de 16,6 % d'ici 2030 suite à l'obésité endémique, au vieillissement de la population européenne et à d'autres facteurs à déterminer;
- J. considérant que dans la plupart des États membres, le diabète est responsable de plus de 10 % des dépenses de santé, que ce chiffre atteint parfois jusqu'à 18,5 % et qu'un citoyen de l'Union souffrant de diabète coûte en moyenne à la collectivité 2 100 EUR par an; que ce coût est appelé à augmenter compte tenu du nombre de personnes souffrant de diabète, du vieillissement de la population et de l'augmentation de la mortalité due aux pathologies associées;
- K. considérant que le diabète, s'il est mal traité ou diagnostiqué trop tard, est une cause majeure d'attaques cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de cécité, d'amputations et d'insuffisance rénale;
- L. considérant que la promotion d'un mode de vie sain et la lutte, dans tous les domaines politiques, contre les quatre principaux facteurs déterminants pour la santé: le tabagisme, la mauvaise hygiène alimentaire, le manque d'exercice et l'alcool, peuvent contribuer largement à la prévention du diabète, de ses complications et de son coût économique et social;
- M. considérant que les personnes diabétiques doivent se prendre en charge à 95% et que le poids que fait peser le diabète sur les individus et sur leurs familles n'est pas seulement financier mais revêt également une dimension psycho-sociale et réduit la qualité de vie;
- N. considérant que sur les 27 États membres, 16 seulement possèdent un cadre ou un programme national de lutte contre le diabète, qu'il n'existe aucun critère permettant de définir ce qu'est un "bon" programme ou de déterminer quels sont les pays qui ont

les meilleures pratiques, et qu'il existe des différences et des inégalités considérables dans la qualité du traitement du diabète à travers l'Union;

- O. considérant qu'il n'existe, au niveau de l'Union, aucun cadre juridique relatif aux discriminations à l'encontre des personnes souffrant de diabète ou d'autres maladies chroniques, et que les préjugés à l'égard des malades continuent de jouer un rôle important dans les écoles, les agences pour l'emploi, sur le lieu de travail, ainsi qu'au niveau des polices d'assurance ou des examens du permis de conduire dans toute l'Union;
 - P. considérant le manque de financements et d'infrastructures pour coordonner la recherche sur le diabète dans l'Union, ce qui a des effets négatifs sur la compétitivité de celle-ci en matière de recherche sur le diabète et empêche les personnes atteintes de diabète de bénéficier pleinement de la recherche européenne;
 - Q. considérant qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune stratégie au plan européen pour la lutte contre le diabète en dépit des conclusions de la Présidence autrichienne du Conseil intitulées "Promotion des styles de vie sains et prévention du diabète de type 2", d'une longue liste de résolutions des Nations unies et de la déclaration écrite du Parlement européen sur le diabète;
1. se félicite des conclusions du Conseil intitulée "Approches novatrices à l'égard des maladies chroniques dans le cadre de la santé publique et des systèmes de soins de santé", et de sa demande adressée aux États membres et à la Commission afin qu'ils engagent un processus de réflexion en vue d'optimiser la réponse aux défis que posent les maladies chroniques;
 2. invite la Commission à définir et à mettre en œuvre une stratégie ciblée de l'Union européenne sur le diabète, sous forme d'une recommandation du Conseil sur la prévention, le dépistage, la gestion du diabète et l'éducation et la recherche sur le diabète;
 3. invite les États membres à établir et à mettre en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le diabète, et d'en assurer le suivi, afin de contribuer à la promotion de la santé, à la réduction des facteurs de risque, à la prévision, la prévention, le dépistage précoce et le traitement du diabète, en ciblant à la fois la population en général et les groupes à haut risque en particulier, et à réduire les inégalités et permettre une utilisation optimale des budgets des soins de santé tout en adoptant une approche personnalisée là où cela s'avère nécessaire;
 4. demande aux États membres d'inclure des programmes de contrôle de santé dans leurs programmes nationaux de lutte contre le diabète dont les principaux domaines d'action seraient la promotion de la prévention du diabète et son diagnostic précoce;
 5. recommande la mise en œuvre de stratégies préventives en matière de diabète à un âge précoce; souligne la nécessité d'accroître l'enseignement donné sur de saines habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique dans les écoles;
 6. invite la Commission à procéder au suivi permanent des avancées réalisées dans

l'Union dans la mise en œuvre, par les États membres, des programmes nationaux de lutte contre le diabète, y compris la prévention et le diagnostic précoce, et à en présenter les résultats tous les deux ans sous forme de rapport;

7. invite la Commission à accompagner les États membres en présentant un aperçu régulier des meilleures pratiques qui font un bon programme national de lutte contre le diabète;
8. invite les États membres à élaborer des stratégies d'intervention sur le mode de vie, y compris des approches axées sur le régime alimentaire et sur l'exercice physique, pour prévenir le diabète de type 2 et l'obésité; souligne à cet égard la nécessité d'harmoniser les politiques liées à l'alimentation dont l'objectif consiste à promouvoir une alimentation saine et à permettre au consommateur de faire des choix éclairés et sains;
9. demande aux États membres d'allier un diagnostic précoce à des campagnes de prévention axées sur l'éducation qui s'adressent aux écoles primaires et secondaires, à la population active et aux professionnels de santé;
10. invite les États membres à élaborer des programmes de gestion de la maladie, basés sur les meilleures pratiques et sur des orientations thérapeutiques reposant sur des données probantes, qui se traduiront par l'établissement, d'un commun accord, de priorités personnelles pour chaque personne vivant avec le diabète;
11. invite les États membres à garantir aux patients l'accès permanent aux soins de santé primaires et secondaires dispensés par des équipes interdisciplinaires de qualité, aux traitements et technologies relatifs au diabète, y compris aux technologies de la télésanté, et à aider les patients à acquérir et à entretenir le savoir-faire et les connaissances nécessaires pour se prendre en charge eux-mêmes, avec compétence, tout au long de la vie;
12. demande à la Commission et aux États membres de coordonner et de recueillir, d'enregistrer, de contrôler et de gérer régulièrement des données épidémiologiques complètes sur le diabète, basées sur des critères de mesure communs, ainsi que des données économiques basées sur les coûts directs et indirects liés à la prévention et à la gestion du diabète;
13. demande à la Commission et aux États membres d'améliorer la coordination de la recherche européenne sur le diabète en encourageant les collaborations entre les instituts universitaires européens et les entreprises européennes ainsi que les agences de financement publiques et privées, et en créant des infrastructures communes pour faciliter les efforts de recherche sur le diabète en Europe, y compris dans les domaines de l'identification des facteurs de risque et de la prévention;
14. demande à la Commission et aux États membres d'assurer un soutien continu au financement de la recherche sur le diabète au titre des programmes-cadres de recherche actuels et futurs de l'Union européenne, et de considérer le diabète de type 1 et de type 2 comme des maladies différentes
15. demande à la Commission européenne et aux États membres de donner les suites qu'il

convient aux résultats du sommet des Nations unies sur les maladies non transmissibles de septembre 2011;

16. rappelle qu'il importe, en vue d'atteindre les objectifs liés aux maladies non transmissibles et de relever les défis économiques, sociaux et de santé publique, que l'Union et ses États membres intègrent davantage la prévention et la réduction des facteurs de risque dans tous les domaines politiques et législatifs pertinents, et en particulier dans leurs politiques relatives à l'environnement, à l'alimentation et aux consommateurs;
17. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil, à la Commission et aux parlements des États membres.