

2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France :

Prise en charge des malades et dynamique des dépenses

La plupart des pays développés sont actuellement confrontés à une épidémie de diabète de type 2. La France s'inscrit elle aussi dans cette évolution : en 2007, on compte 2,5 millions de personnes traitées pour diabète, soit 40% de plus qu'en 2001. Cela correspond à un taux de prévalence moyen de 4% et supérieur à 12% pour les personnes de plus de 60 ans. Parallèlement, chaque année, les dépenses d'assurance maladie pour les soins de ces malades augmentent d'un milliard d'euros environ.

Notre système de soins doit ainsi relever un double défi : mieux traiter un nombre croissant de malades, tout en maîtrisant l'accroissement des dépenses qui sont liées à cette pathologie.

L'Assurance Maladie présente dans ce document des données de l'étude Entred 2007, menée par l'InVS en partenariat avec la HAS, l'Inpes, l'AFD, le RSI et la Cnam, ainsi que des études complémentaires propres afin d'analyser les modalités de la prise en charge des patients diabétiques et de mesurer l'évolution des dépenses liées à leurs soins.

Les principaux résultats :

- **En 2007, le nombre de diabétiques traités en France s'élève à 2,5 millions de personnes, contre 1,8 million en 2001.** L'augmentation de la prévalence du diabète, le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie des malades expliquent l'augmentation de ces effectifs.
- **Entre 2001 et 2007, le suivi des diabétiques a enregistré des progrès importants.** Les patients sont régulièrement suivis par leur médecin traitant tandis que les examens de surveillance sont plus fréquemment pratiqués (3 dosages de l'hémoglobine glycosylée : + 10 pts, dosages de lipides : + 8 pts, etc.). Les traitements médicamenteux se sont intensifiés, signe d'un meilleur suivi des recommandations sanitaires. **Conséquence des progrès accomplis, l'état de santé des malades s'est amélioré sur la période, bien que plusieurs indicateurs demeurent insuffisants en matière de prévention notamment.**
- **Chaque année, les remboursements de soins pour les personnes diabétiques progressent d'un milliard d'euros environ.** En 2007, ils atteignent **12,5 milliards d'euros** soit plus de 9% des dépenses de soins de l'Assurance Maladie et une hausse de 80% depuis 2001. La hausse des dépenses s'explique principalement par l'augmentation des effectifs traités et l'intensification des traitements.

Les dynamiques observées dans cette étude, à la fois dans la prise en charge du diabète et la croissance des dépenses, se poursuivront très probablement dans les années à venir. Il semble ainsi impératif d'explorer les marges de manœuvre existantes pour assurer la soutenabilité de ces évolutions pour notre système de soins.

Les actions et initiatives développées par l'Assurance Maladie depuis plusieurs années témoignent de sa volonté forte d'agir dans ce sens, autour d'un axe-clé : continuer à améliorer la prise en charge des diabétiques, tout en gérant au mieux l'efficacité des dépenses.

Il est ainsi primordial de développer la prévention, de la maladie elle-même et de ses complications. L'accompagnement des professionnels de santé pour promouvoir les recommandations sanitaires, le développement du programme Sophia pour les assurés diabétiques tout comme le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) illustrent cette démarche.

I – 2,5 millions de personnes traitées pour diabète en 2007

En 2007, le nombre de personnes diabétiques traitées s'élevait à 2,5 millions de patients¹, contre 1,8 million en 2001, soit une augmentation des effectifs de près de 40% sur la période.

Ces données correspondent ainsi à une prévalence du diabète de 3,95% et à un taux de croissance annuelle de la population traitée de +5,7% par an.

En moyenne, l'âge des patients est de 65 ans et un quart a 75 ans ou plus. L'ancienneté de la maladie est estimée à 12 ans. 92% des malades sont atteints d'un diabète de type 2.

Les hommes sont plus nombreux dans la population considérée (54%). Une très large majorité des patients bénéficie d'une couverture à 100% au titre d'une ALD, 84% contre 77% en 2001.

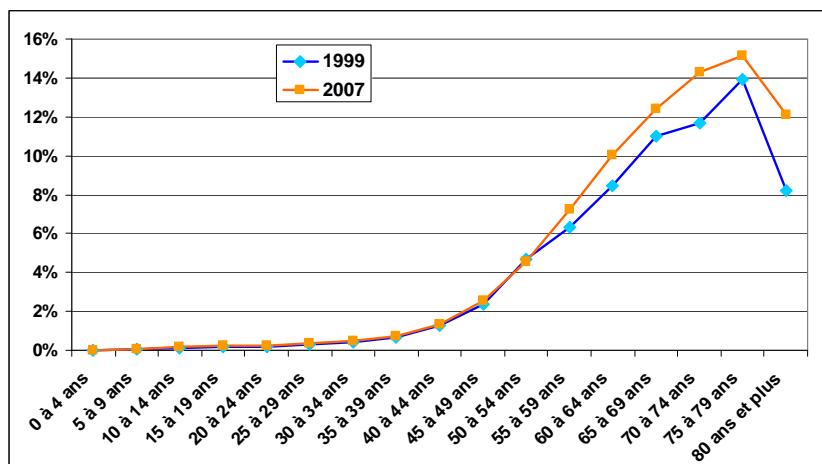
Plusieurs facteurs expliquent l'augmentation continue du nombre de patients diabétiques :

- **La hausse de la prévalence du diabète**

L'augmentation du taux de prévalence du diabète traité explique plus de 2/3 de la croissance totale de la population souffrant de diabète sur la période 2001-2007.

Les courbes ci-dessous témoignent de l'augmentation de la prévalence du diabète pour les tranches d'âge supérieures à 60 ans et notamment chez les plus de 80 ans (+ 4pts).

Evolution de la prévalence du diabète par âge



Sources : SIAM 1999, EPIB 2007

La progression du nombre de personnes en surpoids et/ou en obésité constitue un facteur déterminant : les personnes en surpoids ont 5 fois plus de risques d'être diabétiques que celles de corpulence normale (10 fois plus de risques chez les personnes obèses). Par ailleurs, on estime qu'1 personne obèse sur 10 est diabétique.

Or, on le sait, le surpoids et l'obésité ont fortement progressé dans les pays industrialisés et en France au cours des dernières années : ainsi, à 55 ans et plus, plus de la moitié de la population se trouve en situation de surpoids ou d'obésité, augmentant les risques d'avoir du diabète.

¹ Estimations Tous régimes d'assurance maladie – France métropolitaine – Patients ayant bénéficié d'au moins 3 remboursements de médicaments antidiabétiques oraux et/ou d'insuline au cours des 12 derniers mois. Cf méthodologie en annexe 1

- **Le vieillissement de la population**

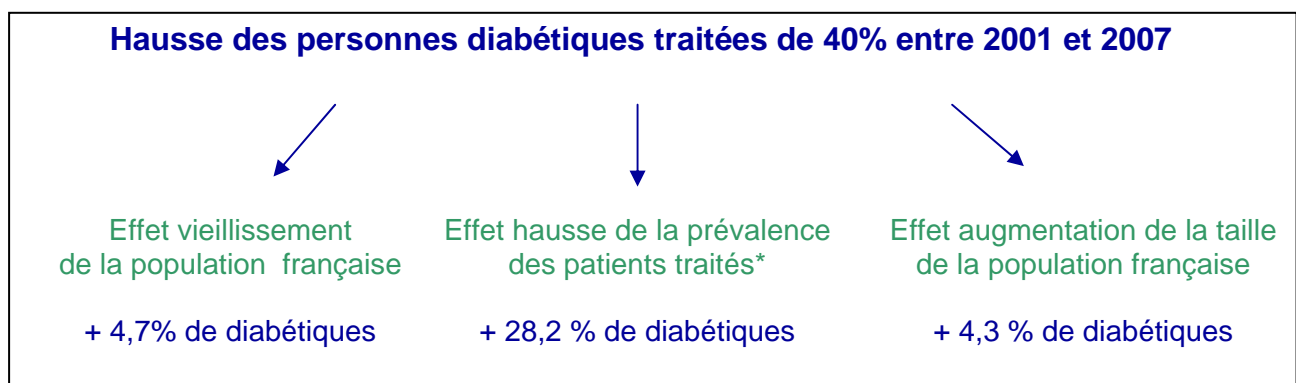
Le vieillissement de la population est un phénomène connu et le diabète est aujourd'hui traité à des âges de plus en plus élevés. Les plus de 80 ans enregistrent ainsi la plus forte progression de patients diabétiques traités : un taux de croissance de plus de 100% entre 1999 et 2007, largement supérieur à celui des autres classes d'âge².

- **L'allongement de la durée de vie des patients**

Parallèlement, l'espérance de vie de ces malades s'est rapprochée de celle des non-diabétiques. Entre 2001 et 2007, le taux de mortalité des patients diabétiques a diminué de près de 12%, une baisse significative sur une période de 6 années seulement.

- **La croissance « naturelle » de la population française**

L'augmentation de la population française contribue naturellement à celle du nombre de malades du diabète.



* dont l'augmentation de l'espérance de vie.

² Cf Annexe 2 – Graphique 1

II – Une amélioration significative du suivi des personnes diabétiques

L'étude Entred 2007, menée par l'InVS en partenariat avec la Cnam, le RSI, l'Inpes, la HAS et l'AFD **montre les progrès réalisés dans le suivi des patients diabétiques de type 2³**. Cependant, de réelles améliorations sont encore nécessaires pour une prise en charge optimale et notamment pour prévenir la maladie et ses complications.

▪ Le rôle central du médecin généraliste

En moyenne, les patients diabétiques ont consulté 9 fois dans l'année un médecin généraliste et plus d'un quart d'entre eux l'ont même fait à un rythme mensuel.

Inversement, le suivi par un spécialiste en endocrinologie s'avère peu fréquent : 10% des patients ont consulté un endocrinologue libéral dans l'année.

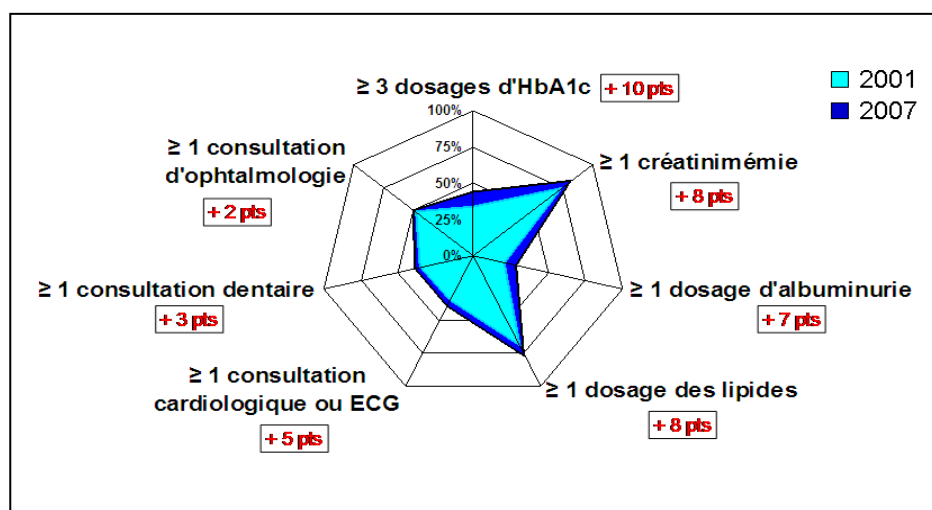
Un quart des diabétiques de l'échantillon a eu un recours « régulier » à une infirmière libérale (plus de 30 € de remboursements dans l'année) tandis que respectivement 20% et 23% d'entre eux ont bénéficié d'une consultation diététique et d'une consultation par un pédicure – podologue.

▪ Des actes et examens de surveillance plus fréquents

D'après les données de l'étude pour les diabétiques de type 2, les actes et examens nécessaires au suivi du diabète et à la prévention de ses complications sont plus fréquemment pratiqués :

- **44% des patients diabétiques de type 2 ont bénéficié des 3 dosages d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) recommandés dans l'année** pour contrôler le niveau de la glycémie (hors consultations hospitalières). Ce résultat montre une progression de **10 points** par rapport à 2001.
 - **Près de 8 patients sur 10 ont eu un dosage de lipides dans l'année (+ 8 pts** par rapport à 2001) et plus de 7 sur 10 un dosage de leur LDL cholestérol dit « mauvais » cholestérol.
 - **Des progrès significatifs sont également enregistrés pour la surveillance de la fonction rénale** : dosage de la créatininémie (+ 8pts), dosage de l'albuminurie (+ 7 pts) même s'il est pratiqué chez 28% des patients seulement.
 - **Enfin, un électrocardiogramme ou une consultation de cardiologie** ont été remboursés à 40% des patients environ, soit une progression de **5 pts** depuis 2001.
- Les suivis ophtalmologiques et dentaires ont, quant à eux, progressé plus faiblement (+ 2 et 3 pts).

Evolution du suivi médical des diabétiques entre 2001 et 2007



Source : Entred 2001-2007

³ Résultats détaillés dans l'étude Entred – cf http://www.invs.sante.fr/publications/entred/entred_2007_2010/index.html

▪ Une intensification des traitements médicamenteux

La monothérapie, c'est-à-dire la prescription d'un médicament antidiabétique oral, est le traitement de première intention pour les patients diabétiques traités (42% d'entre eux). Ce taux est en baisse en 2007 par rapport à 2001 (- 5pts), conformément aux recommandations sanitaires qui privilégient les associations de médicaments lorsque l'équilibre glycémique n'est pas atteint.

La prise de 2 antidiabétiques distincts concerne en 2007 près d'1 malade sur 3 (+ 2 pts depuis 2001) tandis que 10% des diabétiques prennent un traitement associant au moins 3 molécules distinctes.

L'insuline est prescrite chez 2 patients sur 10 environ, le plus souvent en association avec un antidiabétique oral (+ 4 points). A nouveau, cette évolution s'inscrit dans les recommandations sanitaires, favorables à une plus grande agressivité thérapeutique lorsque cela est nécessaire.

Concernant les molécules d'antidiabétiques prescrits, la consommation de biguanides, recommandés en 1^{ère} intention, a progressé de 12 pts sur la période (62% des personnes diabétiques).

Les traitements préventifs des maladies cardiovasculaires se sont également développés entre 2001 et 2007 :

- **Près de 80% des diabétiques de type 2 ont reçu un traitement antihypertenseur** sur l'année 2007 (+ 7 pts).
- **60% d'entre eux ont bénéficié d'un traitement hypolipémiant** pour contrôler leur taux de cholestérol, soit un bond de 18 points (avec + 24pts pour les statines).
- Si la prescription d'anti-agrégants plaquettaires ne concerne que 40% des patients, elle a en revanche progressé de 7 points depuis 2001 et se retrouve chez près de 80% des patients ayant développé une complication cardiovasculaire.

▪ Mais un suivi préventif à renforcer

Selon l'étude Entred 2007, grâce notamment aux efforts engagés, l'état de santé des patients diabétiques s'est amélioré avec un meilleur équilibre glycémique, tensionnel et lipidique.

Pour autant, des progrès importants restent nécessaires, notamment pour prévenir la maladie et son aggravation :

- Ainsi, moins de la moitié des personnes diabétiques bénéficie de la surveillance glycémique recommandée (3 dosages d'hémoglobine glycosylée dans l'année).
- Les suivis ophtalmologiques et dentaires restent insuffisamment effectués : seul 1 patient sur 2 a une consultation chez l'ophtalmologue dans l'année pour un examen du fond d'œil et moins de 40% un bilan dentaire.
- De même, si elle a progressé, la réalisation d'un électrocardiogramme dans l'année concerne encore moins de 40% des patients diabétiques.
- La moitié seulement des diabétiques à hauts risques cardio-vasculaires bénéficie de la prescription de statines (hypolipémiants).

Or, pour améliorer la prise en charge de la population diabétique tout en maîtrisant l'évolution des dépenses, le développement de la prévention constitue un axe de progrès primordial.

L'Assurance Maladie conduit ainsi des programmes et actions auprès des personnes diabétiques et des professionnels de santé, afin de faire évoluer les comportements et mieux prévenir la maladie et ses complications (cf partie III - page 8).

En 2007, les remboursements de soins aux patients diabétiques traités s'élevaient à 12,5 milliards d'euros contre 7,1 milliards d'euros en 2001. Ce montant comprend l'ensemble des remboursements versés aux personnes diabétiques, qu'il s'agisse de soins pour le diabète lui-même, pour ses complications ou de soins pour toute autre maladie⁴.

Ce montant représente plus de 9% des dépenses globales de l'Assurance Maladie⁵ contre 7% en 2001. Il souligne ainsi l'importance de cette pathologie dans l'économie du système de soins.

Entre 2001 et 2007, **les remboursements de soins aux patients diabétiques traités ont ainsi progressé de 80%** (en euros constants)⁶. Cela représente environ une augmentation de plus d'1 milliard d'euros chaque année. Cette croissance très significative des dépenses s'explique, à parts quasiment égales, par 2 facteurs-clés : l'augmentation des effectifs traités (+40% sur la période) et la hausse du coût moyen de prise en charge, liée à l'intensification des traitements.

▪ Des dépenses très variées selon l'évolution de la pathologie

Le remboursement annuel moyen des soins est, en 2007, de 5 350 euros par personne diabétique (types 1 et 2), soit une hausse de 30% depuis 2001. L'amélioration du suivi, l'intensification des traitements et les modifications de pratiques expliquent à nouveau cette croissance des dépenses.

On observe une grande variété des montants remboursés selon la gravité de la pathologie : En moyenne, les remboursements s'élèvent à 10 400 € pour une personne diabétique de type 2 traitée par insuline, médicament utilisé lorsque le diabète est aggravé ou en cas de complications associées.

Ce montant est ainsi trois fois plus important que pour une personne diabétique de type 2 traitée par médicaments oraux uniquement (3 600 €), présentant un diabète non compliqué.

Pour les patients avec complications néphrologiques (dialyse et/ou greffe rénale), les dépenses dépassent 65 000 € par an.

Enfin, l'âge est également déterminant : le montant des soins atteint ainsi 8 700 € par an chez les plus de 85 ans, soit deux fois plus que pour les patients de moins de 45 ans (cf graphique 2 en annexe 2).

▪ L'hospitalisation et les médicaments, 1ers postes de dépenses

L'hôpital constitue, en 2007 comme en 2001, le 1^{er} poste de dépenses pour les soins des patients diabétiques, avec 4,7 milliards d'euros au total. Sur la période, il a progressé de plus de 50%, représentant un montant remboursé d'environ 2 000 € par diabétique traité. En effet, entre 2001 et 2007, près d'1 patient sur 3 a été concerné par une hospitalisation. Réalisées très majoritairement dans le secteur public, celles-ci ont pour principaux motifs : maladies cardiovasculaires (1,1 md €), surveillance, équilibre et traitement du diabète (360 M€), traitements du cancer (321 M€), dialyse en centre (264 M€), opérations de la cataracte et de l'œil (164 M€)...

Au second rang, les dépenses de médicaments regroupent plus d'un quart des remboursements aux patients diabétiques, soit 3,4 milliards € en 2007. En moyenne, un patient diabétique bénéficie de plus de 1 400 € de remboursements de médicaments sur l'année. Il est intéressant de noter que les médicaments à visée cardiovasculaire, utilisés pour prévenir les complications secondaires du diabète forment, de loin, le poste le plus important pour les

⁴ Il n'est pas d'un point de vue statistique possible ni opportun de distinguer les remboursements liés exclusivement au diabète en raison de l'intrication des complications spécifiques du diabète et des autres maladies liées à l'âge.

⁵ Hors prestations en espèces et médico-sociales – Tous régimes – En euros courants

⁶ Progression de l'ONDAM de près de 20% sur la même période.

dépenses de médicaments avec 1,25 milliard € (contre 770 millions € pour les antidiabétiques - oraux et insuline-).

Les soins infirmiers et les remboursements de matériels médicaux ont enregistré des croissances sensibles et atteignent, pour chaque poste, le seuil d'1 milliard d'euros remboursés. Parmi le matériel médical, les dispositifs d'autocontrôle (lecteurs de glycémie, bandelettes, autopiéteurs) ont fortement progressé, les bandelettes totalisant près d'un tiers des dépenses de dispositifs médicaux.

Les honoraires des médecins libéraux⁷ représentent 900 millions d'euros en 2007, soit environ 400 € de remboursements par an et par assuré diabétique.

Remboursement total aux personnes diabétiques par postes de soins

Tous régimes, en milliards d'euros

	2001	2007
Hôpital public et privé*	3,0	4,7
Pharmacie	1,8	3,4
Soins infirmiers	0,6	1,0
Matériel médical	0,4	1,0
Généralistes	0,4	0,5
Spécialistes	0,3	0,4
Biologie	0,2	0,4
Transports	0,2	0,4
Kinésithérapie	0,1	0,2
Total	7,1	12,5

* Incluant les honoraires, le matériel médical

Evolution des montants remboursés, par poste de soins et par patient

En euros constants 2007

	2001	2007	Taux évolution (2001-2007)	Taux évolution annuelle	Contribution à la croissance
Hôpital public et privé *	1 727	2 007	16%	2,5%	22,7
Pharmacie	1 026	1 416	38%	5,5%	31,8
Soins infirmiers	369	497	35%	5,1%	10,4
Matériel médical	254	396	56%	7,6%	11,5
Généralistes	238	229	- 4%	- 0,6%	- 0,7
Spécialistes	155	181	17%	2,7%	2,2
Biologie	115	150	30%	4,5%	2,8
Transports	98	150	53%	7,3%	4,2
Kinésithérapie	70	92	32%	4,7%	1,8
TOTAL	4 130	5 357	30%	4,4%	100

⁷ Consultations de ville – hors honoraires dans le cadre d'un séjour en clinique privée.

▪ **Quelles perspectives pour maîtriser l'évolution des dépenses liées au diabète ?**

La forte évolution des dépenses liées au diabète prend racine dans de multiples facteurs, tels que l'augmentation des problèmes de surpoids et d'obésité au sein de la population, l'allongement de la durée de vie mais aussi l'amélioration des traitements et du suivi des patients.

Néanmoins, le volume de patients concernés, l'augmentation continue de cette pathologie et, dès lors, les montants engagés (1 milliard d'euros de dépenses supplémentaires chaque année) nécessitent de s'interroger sur les pistes existantes pour maîtriser au mieux ces coûts.

L'Assurance Maladie poursuit ainsi un double objectif : améliorer la qualité de la prise en charge des malades diabétiques, tout en préservant l'équilibre financier du système de soins.

Prévenir la maladie et ses complications

La prévention de la maladie elle-même et de ses principaux facteurs de risque comme l'obésité constitue une première étape clé : c'est le sens des actions menées notamment par le Ministère de la Santé et des Sports et l'INPES pour favoriser une pratique sportive régulière, une alimentation équilibrée...

Lorsque la maladie est apparue, il est essentiel de prévenir son aggravation et les complications grâce à un suivi étroit des malades, notamment par une action déterminée sur l'arrêt du tabagisme. D'un point de vue économique, un diabète non équilibré ou aggravé induit en effet des dépenses significativement plus élevées (cf page précédente). Dans ce domaine, l'Assurance Maladie développe ainsi des actions auprès de ses assurés diabétiques et des professionnels de santé.

- **Le programme Sophia** vise ainsi à rendre les patients acteurs de leur santé en leur proposant un suivi personnalisé et adapté. Expérimenté dans 10 départements pilotes depuis mars 2008 ainsi qu'à La Réunion (depuis sept. 2009), Sophia bénéficie de plus de 46 000 adhérents, soit un taux d'adhésion de près de 30%⁸.
- Parallèlement, depuis plusieurs années, **l'Assurance Maladie accompagne les professionnels de santé** pour les sensibiliser au suivi du diabète (promotion des recommandations sanitaires de la HAS notamment).
- **Le CAPI** (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles) comprend un volet dédié au diabète, pour inciter les médecins traitants à mieux suivre encore cette pathologie, au travers de plusieurs indicateurs clés (atteinte des objectifs de santé publique : dosages de l'hémoglobine glycosylée, surveillance ophtalmologique, prescription de statines et d'aspirine à faible dosage pour les patients à haut risque cardiovasculaire).

Gérer au mieux la prise en charge et son coût

Il s'agit là aussi d'identifier les marges de manœuvre existantes pour tout à la fois améliorer la prise en charge et optimiser l'efficacité des dépenses.

- **Les actions de maîtrise médicalisée menées par l'Assurance Maladie et le CAPI (volet optimisation des prescriptions) visent à favoriser les traitements les moins coûteux à efficacité thérapeutique équivalente**, autour de 2 axes :
 - ⇒ Privilégier le recours aux médicaments disposant d'un générique
 - ⇒ Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations sanitaires et l'état de santé du patient : par exemple, recourir à l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires

⁸ Ce chiffre ne tient pas compte des résultats de La Réunion, compte tenu du lancement très récent du service.

- **L'Assurance Maladie souhaite également favoriser le bon usage des soins et développe par exemple une action spécifique sur l'utilisation des dispositifs d'auto-contrôle du diabète** qui connaissent en France une progression très importante (347 M€ remboursés en 2008 contre 294 M€ en 2006⁹). Ces outils, très utiles pour certains patients et dans certains cas¹⁰ (diabète de type 1 et certains diabètes de type 2, équilibre glycémique non atteint...) s'inscrivent dans une démarche thérapeutique définie avec le médecin traitant.

Or, on constate une utilisation souvent inadaptée de ces dispositifs par rapport aux recommandations sanitaires de la HAS : patients n'ayant pas réalisé les dosages glycémiques recommandés dans l'année ou au contraire, patients dont la glycémie est équilibrée. Ainsi, près de 45% des patients disposant d'un appareil d'autocontrôle ont un niveau de glycémie (HbA1c) inférieur à 7%, correspondant à un équilibre optimal de la maladie. Or, pour ces patients, l'utilité de l'auto-contrôle n'est pas établie.

Une action de sensibilisation des patients (lettre d'information) et des médecins traitants (entretiens confraternels) va ainsi être menée pour favoriser une utilisation à bon escient de l'auto-surveillance glycémique.

- **L'organisation du recours aux soins constitue également un volet-clé pour améliorer la prise en charge du diabète et son coût.**

Ainsi, dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique, complication grave du diabète, deux traitements existent : la greffe et la dialyse rénale. La France se caractérise par un faible recours à la dialyse à domicile qui présente pourtant des avantages en matière d'autonomie du patient, de qualité de vie mais aussi de coûts. Le coût annuel moyen de la dialyse à domicile était en 2005 de 50 000 €, de 60 000 € pour l'auto-dialyse en centre et de 80 000 € pour l'hémodialyse en centre.

⁹ Régime général hors SLM

¹⁰ Cf Recommandations de la HAS – Janvier et octobre 2007

Présentation de l'étude Entred

L'étude Entred 2007-2010 (« Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques ») a pour objectif d'approfondir les connaissances sur l'état de santé des personnes diabétiques en France, leur prise en charge médicale, leur qualité de vie, les besoins en démarche éducative et le coût du diabète.

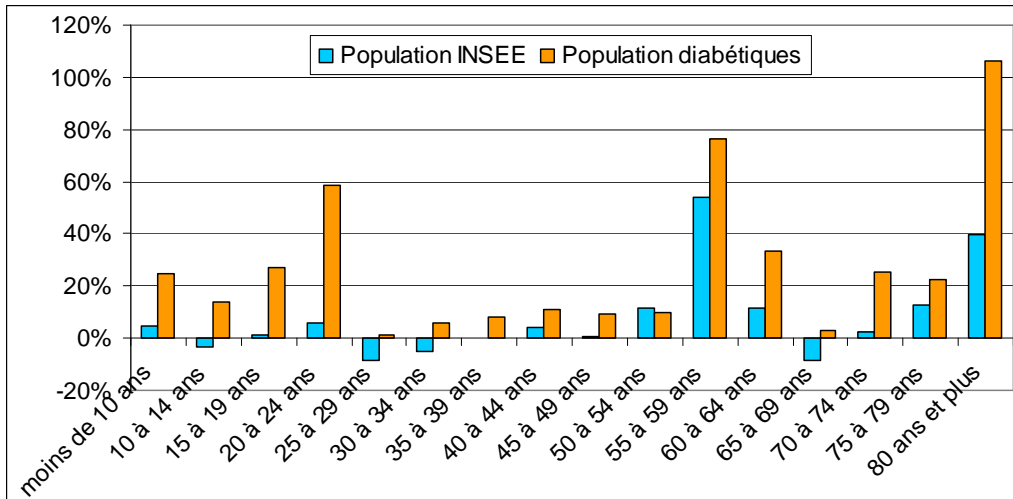
Entred 2007-2010 est promue par l'Institut de veille sanitaire, qui finance l'étude en partenariat avec l'Assurance maladie (Cnamts et RSI), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la Haute autorité de santé.

Entred 2007-2010 a reçu le soutien de l'Association française des diabétiques (AFD), du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (Alfédiam), de la Fédération nationale des associations régionales d'endocrinologie-diabétologie-métabolisme (Fénarédiam), du Syndicat national des médecins spécialistes en endocrinologie, diabète, maladies métaboliques et nutrition (Sedmen) et de l'Association nationale de coordination des réseaux diabète (Ancred).

Une première étude Entred avait été menée sur la période 2001-2003, montrant notamment une prise en charge médicale insuffisante et un risque vasculaire élevé en 2001.

**Graphique 1 –
Taux d'évolution de la population et des effectifs traités
selon les tranches d'âge entre 1999 et 2007**

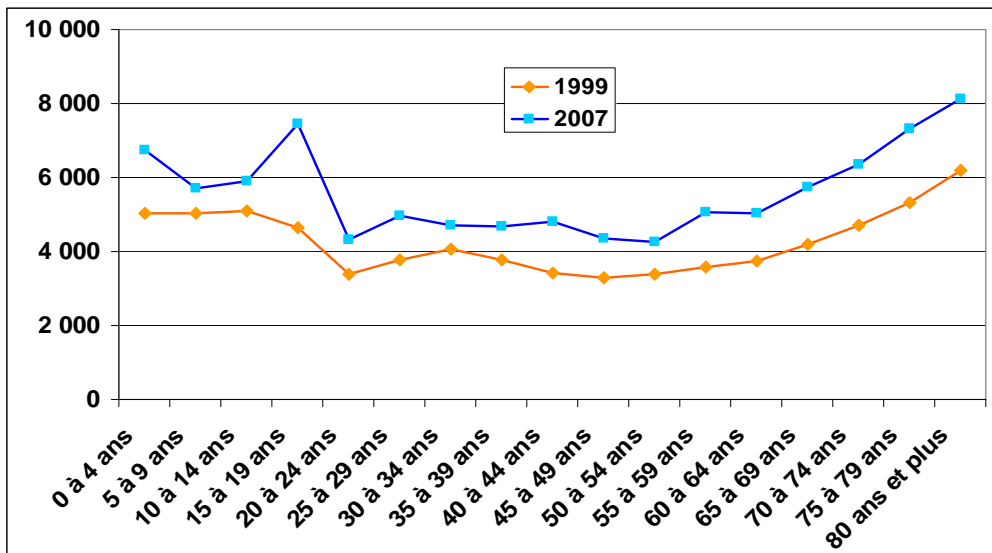
En pourcentage



Sources : SIAM 1999, EPIB 2007, INSEE

**Graphique 2 –
Evolution des montants moyens remboursés par patient diabétique et par tranche d'âge**

En euros



Sources : SIAM 1999, EPIB 2007