PARLEMENT EUROPÉEN 2009 - 2014

Document de séance

7.3.2012 B7-0145/2012

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))

Christel Schaldemose, Linda McAvan
au nom du groupe S&D

B7-0145/2012

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 le traitement et la recherche sur le diabète en Europe, adoptée par la 1ère réunion du Programme d'action de la Déclaration de Saint-Vincent sur le diabète, qui s'est tenue du 10 au 12 octobre à Saint-Vincent,

– vu la mise en place par la Commission, le 15 mars 2005, d'une plateforme de l'Union européenne relative à l'alimentation, à l'activité physique et à la santé,

– vu le Livre vert de la Commission du 8 décembre 2005 "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 de la Présidence autrichienne sur "la prévention du diabète de type 2", qui s'est tenue les 15 et 16 février 2006 à Vienne,

– vu la Déclaration écrite du Parlement européen du 27 avril 2006 sur le diabète,

– vu les conclusions du Conseil du 1er juin 2006 "Promotion des styles de vie sains et 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 "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 "Solidarité en matière de

santé: réduction des inégalités en matière de santé dans l'UE",

– 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 "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 le Sommet des Nations unies sur les maladies non transmissibles de septembre 2011,

– vu la résolution du Parlement européen du 15 septembre 2011 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,

– 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 européenne, 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 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;

C. 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 européenne, soit un citoyen toutes les deux minutes;

D. considérant que la réduction des facteurs de risque identifiés, telles que le mode 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;

E. 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;

F. 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;

G. considérant qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement qui guérisse le diabète;

H. considérant que les complications du diabète de type 2 peuvent être prévenues par la promotion d'un mode de vie sain et un diagnostic précoce; que ce diabète est toutefois souvent diagnostiqué trop tard et qu'à l'heure actuelle, 50% de l'ensemble des diabétiques ignorent leur maladie;

I. 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, ainsi que l'a récemment démontré une étude de la London School of Economics;

J. considérant que dans la plupart des États membres, le diabète est responsable de plus de 10% des dépenses de santé, que ce chiffre culmine parfois jusqu'à 18,5% et qu'un citoyen de l'UE souffrant de diabète coûte en moyenne à la collectivité 2.100 EUR par an; que ce coût est appelé à augmenter avec le nombre de personnes souffrant de diabète, avec le vieillissement de la population et avec l'augmentation de la mortalité due aux multiples pathologies associées;

K. considérant que le diabète, s'il est mal géré 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 facteurs déterminants du diabète: le tabagisme, la mauvaise hygiène alimentaire, le manque d'exercice et l'alcool, peuvent contribuer largement à la prévention de cette maladie, 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 a également une dimension psycho-sociale en réduisant la qualité de vie;

N. considérant que sur les 27 États membres, 14 seulement possèdent un cadre ou un programme national pour lutter contre le diabète, qu'il n'existe aucun critère permettant de définir 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 européenne;

O. considérant qu'il n'existe, au niveau de l'Union européenne, aucun cadre juridique relatif aux discriminations à l'encontre des personnes diabétiques, 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 européenne;

P. considérant le manque de financements et d'infrastructures afin de coordonner la recherche sur le diabète dans l'Union européenne, ce qui a des effets négatifs sur la compétitivité de celle-ci 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 "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 "Approches novatrices à l'égard des maladies chroniques dans le cadre de la santé publique et des systèmes de soins de santé", et invite les États membres et la Commission à initier un processus de réflexion en vue d'optimiser la réponse aux défis que posent les maladies chroniques;

2. se félicite de 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 cite le diabète parmi les quatre grandes maladies non transmissibles;

3. 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 de l'Union européenne sur la prévention, le dépistage, la gestion, l'éducation et la recherche sur le diabète;

4. invite la Commission à développer des critères et des méthodes communs et normalisés de collecte des données sur le diabète et à coordonner, recueillir, enregistrer, contrôler et gérer des données épidémiologiques globales sur le diabète, ainsi que des données économiques concernant le coût, direct et indirect, de la prévention et du traitement du diabète;

5. invite les États membres à établir et à mettre en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le diabète, en assurant le suivi de ces programmes 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 de façon à réduire les inégalités et à permettre une utilisation optimale des budgets des soins de santé;

6. invite les États membres à privilégier, comme des domaines d'action clés de leurs programmes nationaux de lutte contre le diabète, la prévention du diabète de type 2 et de l'obésité (en recommandant des stratégies à mettre en œuvre dès le plus jeune âge par l'éducation sur les habitudes alimentaires saines et l'exercice physique dans les écoles), et des stratégies pour un mode de vie sain (avec une approche alimentaire et une approche axée sur l'activité physique), ainsi que le diagnostic précoce;

7. invite la Commission à soutenir l'action des États membres en promouvant les échanges de meilleures pratiques des programmes nationaux de lutte contre le diabète; souligne qu'il importe que la Commission suive attentivement l'avancement de ces programmes nationaux de lutte contre le diabète, mis en place par les États membres, et qu'elle en présente les résultats tous les trois ans sous la forme d'un rapport de la Commission;

8. invite les États membres à établir des programmes de gestion de la maladie basés sur les meilleures pratiques, et des lignes directrices en matière de traitement reposant sur des données probantes;

9. invite les États membres à permettre aux patients d'accéder en permanence aux soins de santé primaires et secondaires dispensés par des équipes interdisciplinaires de haute qualification, aux traitements et technologies relatifs au diabète, notamment aux technologies de la télésanté, et à aider les patients à obtenir et conserver les connaissances et la compréhension nécessaires pour se prendre en charge eux-mêmes, avec compétence, tout au long de la vie;

10. engage la Commission et les États membres à améliorer la coordination de la recherche européenne sur le diabète en encourageant la coopération entre les différentes disciplines de recherche et en créant des infrastructures générales communes pour faciliter les efforts de la recherche sur le diabète en Europe, y compris dans le domaine de l'identification des facteurs de risque et de la prévention;

11. 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;

12. 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;

13. 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 européenne 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;

14. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil, à la Commission et aux parlements des États membres.