HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

Actualisation de la recommandation HAS sur le dépistage du diabète de type-2 (DT2) : critères d'entrée dans le dépistage

Adoptée par le Collège le 14 janvier 2026

Demandeur : HAS (auto-saisine)

Inscription au programme de travail : 2025

Responsable(s) du projet : Delaveyne Roselyne, Brahmi Nassim, Lasserre Andrea, SESPEV

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

La HAS s'est autosaisie pour actualiser la recommandation de santé publique relative au dépistage du diabète de type 2 (DT2) publiée en 2003. Cette auto-saisine fait suite à l'actualisation, en 2025, du guide de parcours de soins du patient adulte vivant avec un DT2, pour laquelle les experts du groupe de travail ont demandé une révision de la population cible en termes d'âges et de facteurs de risque (1).

1.2. Problématique

1.2.1. Contexte

1.2.1.1. Le diabète de type 2

Le DT2 concerne 95 % des personnes diabétiques, maladie chronique qui était considérée comme ne touchant que l'adulte, elle est désormais observée chez le mineur post-pubère (incidence de 5,2 % des cas de diabète dans cette catégorie d'âge entre 2001 et 2003[1], qui pourrait augmenter compte tenu l'accroissement de la fréquence du surpoids et de la sédentarité dans cette population[2]). Le DT2 est associé à des complications graves, complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) et macrovasculaires (cardiopathie ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs et accident vasculaire cérébral ischémique). C'est une maladie multifactorielles liée à : des

[1] Dans cette étude monocentrique, le diagnostic de diabète de type 2 avait été posé chez 14 adolescents (2)

[2] À l'hôpital Robert Debré, Paris, un adolescent sur 10 avait un diagnostic de DT2 entre 2007-2012 (3)

facteurs comportementaux (surpoids, obésité[3], sédentarité, alimentation déséquilibrée), des facteurs héréditaires, des facteurs hormonaux et métaboliques (syndrome métabolique[4], stéatose hépatique, inflammation chronique de bas grade) (5). Deux mécanismes principaux sont impliqués dans le développement du DT2 : i) une diminution de la capacité du pancréas à produire de l'insuline; ii) une résistance des cellules à l'action de l'insuline.

1.2.1.2. Les facteurs de risque de DT2

Parmi les facteurs de risque non modifiables, on retrouve : l'âge (lié à l'altération de la sensibilité à l'insuline et de la fonction pancréatique, créant un terrain propice au DT2, même sans autre facteur de risque)[5], les antécédents familiaux de diabète, l'origine ethnique et certains traits génétiques prédisposants. Les facteurs de risque modifiables concernent le mode de vie et l'état métabolique : le surpoids et l'obésité, la sédentarité, une alimentation riche en sucres et graisses saturées, le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et l'insulinorésistance. L'identification et la prise en charge précoce de ces facteurs permettent de réduire le risque de développer un DT2 et ses complications (7).

1.2.1.3. Évolution épidémiologique et poids de la maladie

Selon les données publiées par Santé publique France 3,8 millions de personnes étaient pharmacologiquement traitées pour un DT2 en 2023 (8), soit une prévalence de 5,2 %, en croissance constante depuis le début des années 2000 (en 2010, la prévalence était de 4,7 %). S'y ajoutent, les personnes atteintes de DT2 et qui bénéficient d'un traitement non médicamenteux (prévalence estimée à 1,2 % dans l'étude Esteban 2014-2016 chez les adultes âgés de 18-74 ans (6)), celles qui ne sont pas prise en charge d'un point de vue médical, et celles dont le DT2 n'a pas été diagnostiqué. La fréquence du DT2 augmente avec l'âge : 1 homme sur 5 âgé de 70 à 85 ans et 1 femme sur 7 âgée de 75 à 85 ans sont traités pharmacologiquement pour un DT2 (9). Les données françaises de surveillance 2023 du diabète traité montrent des disparités territoriales marquées avec une fréquence du diabète plus élevée dans les départements et les régions d'Outre-mer et en Seine-Saint-Denis, tandis que les départements situés à l'Ouest de l'Hexagone et notamment en Bretagne enregistrent les fréquences les plus faibles (Figure 1 en Annexe 1).

La France figure dans le parmi les dix pays au monde où les dépenses totales de santé liées au diabète sont les plus élevées en 2024 chez les adultes (20-79 ans) (10). 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[6].

1.2.1.4. Le dépistage du DT2 en France

En 2025, le dépistage du DT2 repose sur un dépistage opportuniste fondé sur les recommandations de santé publique HAS publiées en 2003 (12) (reprise par les productions postérieures de la HAS (13)). Il ne relève pas d'un programme systématique organisé. Les critères d'entrée dans ce dépistage sont l'âge de 45 ans ou plus, associé à la présence d'au moins un des facteurs de risques spécifiques :

[3] 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 (4)

[4] Le syndrome métabolique est caractérisé par l'association d'au moins deux des anomalies suivantes : hypertiglycéridémie, taux bas de HDL-cholestérol, hypertension artérielle, hyperglycémie à jeun ou un diabète)

[5] La prévalence du DT2 passe de 0,6 % chez les 18–39 ans, à 7,7 % chez les 40–59 ans, et 15,6 % chez les 60–74 ans (6)

[6] 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 (11)

- surpoids (IMC ≥ 28 kg/m^2), sédentarité (absence d'activité physique régulière [30 minutes, 3 fois par semaine]) ;
- origine géographique non caucasienne et/ou migrante ;
- antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de poids de naissance > 4 kg ;
- antécédent familial de diabète chez un apparenté du 1er degré (père, mère, fratrie) ;
- traitement en cours ou un antécédent de diabète induit (antipsychotiques atypiques, corticoïdes, etc.), anomalie de la glycorégulation ou prédiabète (glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,26 g/l (7,0 mmol/l)) ;
- hypertension artérielle traitée ou non traitée (PAS > 140 mmHg et/ou PAD > 90 mmHg et/ou une hypertension artérielle connue traitée) ;
- dyslipidémie traitée ou non traitée (HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/l (2,3 mmol/l) ;
- précarité définie par un score EPICES > 30.

Il est à noter qu'à ce jour cette recommandation de la HAS est référencée par la société française d'endocrinologie.

Cependant, d'autres initiatives pour le dépistage du DT2 ont été développées au niveau national ou régional : le parcours de soins publié par la HAS en 2014 a proposé d'introduire le test Findrisc, en test d'évaluation du risque de DT2[7], et depuis 2022 Ameli inscrit le diabète dans un nouveau parcours de prévention et de dépistage, tels que le dispositif « Mon bilan prévention », qui modifie les conditions pratiques d'accès au dépistage (il est différencié selon le sexe et l'âge et élargi aux déterminants sociaux ; Annexe 2). En parallèle, des actions de promotion du dépistage du DT2 ont été régulièrement mises en œuvre entre 2015 et 2025, impliquant médecins (avec une action ciblée sur les 45-50 ans)[8], infirmiers et sage-femmes[9], pharmaciens d'officines[10], ou un dépistage avec utilisation du questionnaire Findrisc[11] (Annexe 3), ou un dépistage du prédiabète. Dans le cadre de l'actualisation 2025 du parcours de soins du DT2, les professionnels du groupe de travail ont exprimé, entre autres, la nécessité d'une révision des critères d'entrée dans le dépistage, afin de mieux cibler les populations à risque et améliorer l'efficacité du dispositif.

> La recommandation française relative au dépistage du DT2, publiée en 2003, nécessite donc une actualisation compte tenu de son ancienneté et des évolutions survenues depuis lors dans l'épidémiologie, les pratiques de soins et les connaissances scientifiques ; ce qui permettra par ailleurs d'harmoniser les pratiques de dépistage au niveau national.

1.2.1.5. Dépistage du DT2 à l'international

Le dépistage du DT2 au niveau international est un dépistage ciblé sur les facteurs de risque. L'âge de dépistage, sa fréquence, l'utilisation ou non d'un calculateur de risque (Findrisc, German Diabetes Risk Score, QDiabetes) et le test biologique utilisé (glycémie à jeun, HbA1c) diffèrent selon les pays

[7] Dans le cadre d'actions de repérage ciblées sur les populations à risque (en particulier les populations précaires, également la population des seniors en situation de chômage de longue durée, ne bénéficiant plus de suivi par la médecine du travail) (13)

[8] Action de promotion, auprès des médecins généralistes les moins prescripteurs de glycémies à jeun dans la tranche d'âge 45-50 ans en 2024-2025.

[9] Dans le cadre du dispositif « mon bilan prévention », pour les personnes âgées de 45 à 50 ans, ceci afin d'étendre les possibilités de dépistage à d'autres professionnels que les médecins généralistes (14, 15)

[10] En Bourgogne-Franche-Comté (16), dans les Hauts de France (17), en Ile de France (18, 19) et dans le Grand Est (20).

[11] Dans le cadre du plan national « Priorité prévention » dans trois départements (La Réunion, le Bas-Rhin et la Seine-Saint-Denis) (21).

et les populations à risque, certains incluant l'origine ethnique ou abaissant l'âge du dépistage (avant 45 ans) en présence de facteurs de risque (Annexe 4).

Au Royaume-Uni, faisant suite la politique de dépistage ciblé du DT2 via le programme de prévention du DT2 du *National Health Service* (NHS-DPP)[12] a été renforcée pour répondre à l'augmentation du diabète et des coûts de santé. Le NICE a décidé de cibler les personnes à risque et d'investir dans la prévention avec une incitation à modifier son mode de vie, plutôt que de dépister en population générale. La stratégie du NICE suit les étapes suivantes : 1) identification des personnes à haut risque : questionnaire de risque ou critères médicosociaux (minorités ethniques, personnes socio-économiquement défavorisées), antécédents familiaux de diabète) ; taux d'HbA1c ou glycémie à jeun augmenté mais < critère de DT2) ; 2) confirmation du DT2 chez les personnes à haut risque par un test sanguin (ex.: HbA1c ou glycémie à jeun ; 3) programme intensif de modification des habitudes de vie sur 9-12 mois (conseils diététiques, activité physique, soutien comportemental, suivi régulier). L'objectif est de prévenir ou retarder le développement du DT2[13].

Aux États-Unis, *l'US preventive service task force* (USPTF) (24) recommande le dépistage du DT2 et du prédiabète des adultes âgés de 35 à 70 ans en surpoids-obésité[14], tandis que l'*American diabetes association* (ADA) (26) le préconise au même âge mais pour tous les adultes (y compris ceux sans facteurs de risque)[15]. Ce choix reflète une volonté de capter un maximum de cas précoces, appuyée par des dispositifs comme la prise en charge des tests par le système Medicare ou des campagnes communautaires telles que *Defeat Diabetes*®.

Au Canada, la stratégie est plus ciblée : la *Canadian tastk force on preventive health care* (CTFPHC) (28, 29) recommande un dépistage selon le risque de DT2 évalué par des outils comme Findrisc (ou CANRISK) et un test HbA1c chez tout adulte ; *Diabetes Canada* propose un dépistage systématique dès 40 ans, mais modulé selon le profil individuel (30) ; l'INESSS recommandait en 2024 (31) le dépistage opportuniste du DT2 sur les critères suivants : âge ≥ 45 ans ; indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m² ; un antécédent personnel de glycémie élevée (p. ex. au cours d'une grossesse, d'un bilan de santé ou d'une maladie) ; un antécédent familial de diabète. Mais en 2025 l'INESSS a proposé une évaluation du risque de DT2 à partir de l'âge de 18 ans (31) et de le coupler avec une évaluation du risque cardiovasculaire.

1.2.1.6. Constat des retards diagnostiques et de leurs déterminants sur le fardeau du DT2 en France

L'augmentation du fardeau lié au DT2 est multifactorielle : augmentation du nombre de diabétiques du fait du vieillissement de la population, évolution des habitudes de vie avec plus de sédentarité et de surpoids et une alimentation moins bien équilibrée, et notamment, retard au diagnostic par insuffisance de dépistage et diagnostic de DT2 au stade de complications. Ce retard de dépistage constitue un enjeu majeur : le DT2 demeure longtemps silencieux, et près de 30 % des patients diagnostiqués en

[12] NHS Diabetes Prevention Programme (22)

[13] Plus de 900 000 adultes à haut risque de développer un DT2 ont commencé à utiliser le programme Healthier You du NHS pour améliorer leur santé, depuis son lancement en 2016 (23)

[14] Cette recommandation sur l'âge de 35 ans est fondée sur une modélisation d'un dépistage universel (à partir d'une analyse transversale d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de l'enquête nationale sur la santé et la nutrition, 2007-2010) qui montrait qu'un dépistage universel opportuniste chez les personnes d'âge ≥ 35 ans pourrait réduire la prévalence nationale du prédiabète non diagnostiqué ou du diabète pour un coût relativement faible (25)

[15] Une étude de cohorte rétrospective nord-américaine (296 800 personnes âgées de 18 à 90 ans avec un IMC compris entre 18,5 et 40 kg/m^2) publiée en 2020, rapporte une augmentation de la prévalence du DT2 dès 40 ans, même chez les personnes avec un IMC normal ($p < 0,0001$; régression de Poisson log-linéraire) (27).

2021 avaient déjà une complication liée au diabète, signe d'un diagnostic tardif (qui réduit l'efficacité des interventions non médicamenteuses), aggravant la morbi-mortalité et les coûts de prise en charge.

D'autres éléments peuvent concourir au retard diagnostique et à l'augmentation du fardeau du DT2 :

- de fortes inégalités sociales[16] et territoriales de risque de DT2 sont observées, touchant plus particulièrement les populations modestes, certaines populations spécifiques[17] et certains territoires (Outre-mer[18] et départements métropolitains spécifiques[19]) ;
- le DT2 de l'adolescent et de l'enfant obèse est à questionner : obésité, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires (ex. : alimentation ultra-transformée) apparaissent plus tôt dans la vie et touchent toutes les catégories socio-économiques ;
- plusieurs facteurs de risque non pris en compte ou émergents de DT2 qui sont discutés dans la littérature : antécédents de SOPK[20], les troubles du sommeil, notamment l'apnée obstructive[21], des facteurs environnementaux tels que l'exposition aux perturbateurs endocriniens (37), la dysbiose du microbiote intestinal[22] , ou certains troubles psychiatriques[23].

Enfin, malgré les politiques successives de promotion de dépistage et de prise en charge du DT2, le fardeau du DT2 continue d'augmenter : entre 2020 et 2021, environ 10 % des diabétiques de type 2 initialement sans complication ou nécessitant des traitements injectables ont évolué vers des formes plus sévères, et près de 30 % des personnes atteignant le stade terminal l'ont fait directement à partir des stades précoces[24]. Au sein d'un même niveau initial, les personnes dont la sévérité a progressé étaient en général plus âgées, plus souvent des hommes et plus souvent bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire, par rapport aux personnes dont le niveau de sévérité était stable entre 2020 et 2021 (40).

> L'ensemble de ces constats invitent à redéfinir les populations cibles à risque afin d'adapter les actions de prévention.

1.2.2. Objectif principal de la production

L'objectif de cette actualisation de la recommandation de santé publique sur le dépistage du DT2 portera sur la modification éventuelle de la population cible du dépistage, que ce soit en matière d'âge ou de facteurs de risque. Cette actualisation prendra en considération les données les plus récentes en vue d'améliorer l'efficacité du programme de dépistage, en identifiant les populations à risque les plus

[16] À âge et sexe comparables les populations les plus modestes ont 2,8 fois plus de risque de développer un diabète que les plus aisées et l'analyse de la prévalence des maladies chroniques déclinées par niveau de vie et par sexe indique que les inégalités sociales sont plus fortes chez les femmes que chez les hommes en ce qui concerne le diabète (rapport de risque de 3,46 entre les plus modestes et les plus aisées, contre 1,90 chez les hommes) (32)

[17] Personnes issues de certains groupes migratoires du fait d'une sédentarité accrue, de conditions socio-économiques difficiles, de leur changement d'habitudes alimentaires (33), personnes issues de certains groupes ethniques avec facteurs génétiques favorisants le risque de DT2.

[18] La prévalence du DT2 dans les DROM est particulièrement élevée et quasiment deux fois supérieure à celle de l'Hexagone (34)

[19] Départements du quart nord-est, du centre, dans les Bouches-du-Rhône, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise

[20] La résistance à l'insuline observée dans le SOPK (syndrome des ovaires polykystiques) favorise l'hyperglycémie et augmente le risque de diabète de type 2, même sans surpoids (35)

[21] Ils seraient associés à une résistance à l'insuline (36)

[22] Elle favoriserait l'inflammation et la résistance à l'insuline à l'origine d'une altération du métabolisme glucidique (38)

[23] Le DT2 serait favorisé par des mécanismes neuroendocriniens, inflammatoires et comportementaux (39)

[24] Quatre stades de sévérité ont été définis, traduisant l'évolution du diabète à moyen et long terme, avec la survenue de complications. Ces stades ont été déterminés à partir des algorithmes de repérage de la cartographie lorsqu'ils correspondaient à des complications spécifiques, ainsi qu'à l'aide des données du SNDS. La sévérité du diabète progresse ainsi d'une situation sans complication, à une situation caractérisée par l'utilisation de traitements injectables, puis par la survenue de complications liées à l'évolution de la maladie (atteintes rénales, neurovasculaires, rétiniennes, cardiovasculaires, respiratoires, sexuelles ou métaboliques), jusqu'à un stade marqué par des complications dites terminales, telles que l'insuffisance rénale chronique terminale.

pertinentes (âge, facteurs de risque, population spécifiques) afin de détecter le plus précocement possible les personnes ayant un DT2.

1.2.3. Bénéfices attendus

Les actions de prévention primaire et secondaire du diabète visent à influer sur l'évolution épidémiologique de la maladie, dans l'objectif d'en prévenir l'apparition, de réduire à terme le nombre de personnes atteintes de DT2, ainsi que les complications qui y sont associées. De ce fait, le dépistage joue un rôle important pour initier la prise en charge de manière précoce et éviter (retarder) l'entrée dans le diabète maladie, puis chez les diabétiques avérés qui n'auraient pas été dépistés précocement la survenue de complications. Il est en cohérence avec la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 et le Plan national de santé publique « Priorité prévention »[25].

1.3. Destinataires prioritaires de la production HAS

☐Professionnels

☒Institutionnels : pouvoirs publiques (Direction générale de la santé)

☐Usagers :

☐Autres :

1.4. Question(s) à traiter

Le DT2 se caractérise par une phase asymptomatique au cours de laquelle peuvent se développer des complications. Cette phase silencieuse d'hyperglycémie évolue sur une période relativement longue, le dépistage a donc le potentiel de détecter et de traiter la maladie et ses complications à un stade plus précoce que ne le permet la détection fondée sur les symptômes évocateurs de DT2. L'actualisation des recommandations de la HAS porte sur l'identification optimale de la population cible, en fonction de l'âge et des facteurs de risque, afin de déterminer la stratégie de dépistage la plus adaptée, qu'elle soit universelle ou ciblée, systématique ou ciblée[26]. Ce travail d'évaluation a les deux objectifs suivants : 1) déterminer la population la plus pertinente à cibler pour le dépistage du DT2, pour laquelle il s'agira d'identifier l'âge seuil le plus approprié pour initier le dépistage en présence de facteurs de risque connus ; 2) identifier la population ayant des facteurs de susceptibilité (populations à vulnérabilité accrue, facteurs de risque émergeants) pour lesquels le dépistage du DT2 serait pertinent ; 3) questionner la pertinence d'un dépistage fondé uniquement sur l'âge.

Trois questions d'évaluation ont été formulées qui ont été structurées a au format PICO (détaillés en Annexe 4), afin de guider la sélection et l'analyse à venir de la littérature identifiée :

- pertinence de dépister le DT2 avant l'âge de 45 ans chez les personnes ayant des facteurs de risque connus (risque élevé de DT2) ;
- pertinence de dépister le DT2 dans les populations ayant des facteurs de susceptibilité de DT2 (populations à vulnérabilité accrue, facteurs de risque émergeants) ;

[25] Deux axes principaux portent la prévention du diabète : 1) promotion de la santé en population générale : faciliter des habitudes de vie saines dans tous les milieux et tout au long de la vie ; 2) repérage, dépistage, et prise en charge précoce des personnes à risque de diabète et de ses complications (41).

[26] Par définition, le dépistage est dit systématique lorsqu'il est réalisé selon un programme organisé, à intervalles réguliers, pour une population définie ; le dépistage est dit opportuniste lorsqu'il est effectué à l'initiative d'un professionnel de santé lors d'une consultation pour un autre motif ; le dépistage est dit universel ou de masse lorsqu'il est proposé à toute la population, indépendamment du risque individuel ; le dépistage est dit ciblé lorsqu'il est réservé à des groupes à risque accru ou présentant des facteurs de risque spécifiques.

– pertinence de dépister le DT2 chez les personnes n'ayant aucun facteur de risque en dehors de l'âge (risque modéré de DT2).

En complément des données issues des revues systématiques et des essais cliniques sélectionnés conformément selon les critères définis dans les tableaux PICO (incluant les essais cliniques évaluant le dépistage du DT2 tel que l'essai ADDITION-Europe), un état des lieux des recommandations internationales sera réalisé afin de préciser les différentes modalités de dépistage et leur rationnel. Les critères de Jüngner et Wilson seront pris en considération dans le cadre de la recommandation, en précisant les faits documentés et les points restant incertains quant à la pertinence d'un programme de dépistage. Les points suivants seront également pris en considération dans le cadre de la recommandation de santé publique:

- analyse de l'impact du dépistage sur la réduction des inégalités sociales de santé : en intégrant à la fois les dimensions d'accès au dépistage et les effets sur les résultats de santé (contrôle glycémique, complications, hospitalisations, mortalité). L'objectif est d'identifier dans quelle mesure certaines modalités de dépistage (ciblage territorial, médiation, rappel actif) contribuent à une amélioration de l'équité d'accès et de résultats[27], tout en examinant la pertinence des outils de mesure de la défavorisation sociale, notamment la comparaison entre le score EPICES et l'Indice de défavorisation écologique (EDI) ;
- analyse de l'impact organisationnel : charge accrue pour les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, laboratoires) ; besoin de standardiser les parcours (bilans initiaux, confirmation du diagnostic, orientation vers l'éducation thérapeutique) ; importance de garantir une accessibilité équitable des examens et du suivi, notamment dans les zones sous-dotées ;
- analyse de l'impact de la prévention du DT2 et de ses complications, en particulier à travers les stratégies visant à modifier les habitudes de vie (alimentation, activité physique, sevrage tabagique…), ainsi que l'identification des points de vigilance à considérer lors de l'annonce du diagnostic.

1.5. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

En perspective du présent travail d'autres sous-thèmes pourront nécessiter un travail complémentaire ultérieur, notamment :

- le test biologique de dépistage du DT2 par la glycémie capillaire : la glycémie capillaire (via glucomètre) est un test rapide qui a donné lieu à beaucoup d'expérimentations de dépistage dans différents départements français depuis une dizaine d'année (certains en population générale, d'autres en pharmacie). Les protocoles des projets pilotes sont très variables et dans la majorité des cas inexploitables du fait des données manquantes de suivi et de confirmation diagnostique. De plus, le taux de participation (officines, personnes à dépister) est variable et faible, la population concernée est majoritairement féminine En l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de dire si ces projets améliorent le taux de dépistage dans la population générale et s'adresse à des populations spécifiques qui n'iraient pas voir leur médecin (ex. : précaires) ;

[27] Les campagnes d' « aller-vers » et les programmes de prévention du diabète de type 2 participent à la réduction des inégalités sociales de santé en favorisant l'accès à la prévention et à des modes de vie plus sains. Les politiques publiques telles que le PNNS (42), le Nutri-Score (43), la taxation des boissons sucrées (44), la stratégie Sport-Santé ou encore les programmes scolaires et communautaires (Repopp, Icaps, EPODE, Opticourses (45)) illustrent cette approche intégrée. Leur évaluation est essentielle pour mesurer leur efficacité réelle sur l'équité en santé et orienter les actions futures.

- le test biologique de dépistage du DT2 par l'HbA1c : l'hémoglobine glyquée) mesure la glycémie moyenne sur 2 à 3 mois et constitue un outil de surveillance reconnu pour le DT2 traité. Son utilisation comme test de dépistage soulève plusieurs questions méthodologiques et cliniques : le seuil choisi et le risque d'incertitudes d'interprétation a été souligné par l'OMS (46), la glycémie à jeun aurait une sensibilité plus élevée que l'HbA1c pour le dépistage du DT2, et une spécificité légèrement inférieure (47) ;
- le prétest d'identification des facteurs de risque de DT2 par un calculateur de risque : en ce qui concerne le Findrisc, bien qu'ayant été validé dans plusieurs cohortes européennes (notamment en Finlande, en Suède et en Norvège), ce calculateur de risque n'a pas été spécifiquement évalué en population française. D'autres calculateurs de risque ont été développés dans différents pays, par exemple au Danemark, qui intègrent des facteurs légèrement différents. Pour assurer la pertinence du dépistage en France, il est nécessaire de prévoir une évaluation comparative de plusieurs outils, afin de valider leur performance (sensibilité, spécificité, valeur prédictive) dans la population ciblée, notamment chez les individus ayant des facteurs de risque émergeants.

L'apport d'une analyse économique pour éclairer les recommandations de la HAS relatives à l'élargissement de la population cible est limité, au regard des problématiques soulevées dans les paragraphes précédents, des données cliniques et économiques disponibles et des ressources qui seraient nécessaires pour produire une évaluation économique. Les arguments justifiant la non-priorisation, voire l'absence de nécessité, d'une évaluation de l'impact économique d'un élargissement de la population du dépistage sont les suivants :

- le dépistage du DT2 repose sur un examen simple, la glycémie à jeun, dont le coût est faible et déjà largement pris en charge, comme en témoignent les 41 millions d'actes remboursés en 2023. Le surcoût lié à un élargissement du dépistage étant attendu limité, l'arbitrage semble porter moins sur les coûts du dépistage que sur la définition des modalités optimales (âge seuil, fréquence, ciblage des populations) de ce dépistage ;
- une approche économique mettant en regard, d'une part, le coût de dépistage et de prise en charge de nouveaux patients et, d'autre part, les bénéfices attendus d'une prévention initiée grâce au dépistage, implique que l'on soit en mesure de caractériser la dynamique des complications associées au DT2 dans une modélisation, exercice mobilisant des ressources importantes et non réalisable dans les temps impartis de cette actualisation. Cette complexité d'estimer les bénéfices de long terme est à considérer, dans ce cas spécifique, à la lumière de l'intérêt faible d'une valorisation monétaire de ces bénéfices attendus, dès lors qu'ils seront évalués et décrits dans le cadre des autres axes de la recommandation.

Enfin, plusieurs sous-thèmes en relation avec l'actualisation du dépistage du DT2ont été exclus pour les raisons décrites ci-après.

- Le dépistage ciblé du DT2 : sur la base des facteurs de risque constitue une pratique validée par les recommandations françaises et internationales. En effet, cette maladie progresse de manière silencieuse pendant plusieurs années avant son diagnostic, période durant laquelle peuvent apparaître des complications micro- et macrovasculaires. Le dépistage précoce permet de limiter l'exposition à une hyperglycémie non traitée et d'en réduire les conséquences. Mettre en doute la pertinence de ce dépistage reviendrait donc à remettre en cause l'intérêt même de la détection précoce et son rôle essentiel dans la prévention des complications.
- Le dépistage du prédiabète : le DT2 est précédé d'une phase silencieuse de prédiabète (glycémie à jeun légèrement élevée mais inférieure au seuil du diabète), réversible grâce à des mesures hygiéno-diététiques et dont le risque de progression vers un diabète est incertain.

- Le dépistage du diabète gestationnel : les recommandations sur le diabète gestationnel (dépistage et prise en charge) vont être actualisées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens (CNGOF) en collaboration avec la société française de diabétologie (SFD) en 2026.
- Le codépistage du risque cardio-vasculaire et du DT2 : en coordination avec le une actualisation de la recommandation sur le dépistage du risque cardiovasculaire et de sa prise en charge va être faite prochainement par le service des Bonnes pratiques de la HAS (48). Cette recommandation intègrera les différents facteurs de risques dont le diabète, dans une approche centrée sur le patient.
- L'identification sur signes d'appel cliniques ou complications du patient porteur d'un DT2 : cette démarche relève davantage d'une procédure diagnostique que d'un dépistage.
- La prise en charge post-dépistage du DT2 : le traitement initial du DT2 repose sur les modifications du mode de vie (alimentation, perte de poids, activité physique). Bien que des dispositifs d'éducation thérapeutique et d'accompagnement existent, leur mise en œuvre reste hétérogène et souvent expérimentale. La HAS a actualisé en 2025 le parcours de soins du patient diabétique (1), complétant les recommandations de bonnes pratiques pour sa prise en charge (49).

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

- Recommandation de santé publique

2.2. Méthode HAS retenue

➔ ☒ **Production HAS ou** ☐ **Partenariat**

- Autre méthode (à préciser)

➔ ☐ **Label**

Éléments justificatifs du choix de la méthode : Néant

2.3. Modalités de travail

☒ **Groupe de travail (GT), groupe de lecture (GL) et parties prenantes : sociétés savantes et collèges professionnels à solliciter :** société française du diabète, société francophone du diabète, société française d'endocrinologie, société française de cardiologie, société française de médecine générale, Collège de médecine générale, Collège national des gynécologues et obstétriciens, société française de biologie clinique, société française d'ophtalmologie, société française dentaire, société française de néphrologie, associations d'usagers du système de soins.

➔ ☒ **Groupe de travail (GT) ou de parties prenantes**

Composition du groupe de travail : médecin généraliste (2), diabétologue-endocrinologue (2), cardiologue (1), ophtalmologue (1), néphrologue (1), médecin de santé publique (1), gynécologie (1), dentiste (1), biologiste (1), gériatre (1), pédiatre (1), pneumologue (1), médecin nutritionniste (1), représentant d'usagers du système de soins (1).

Composition du groupe des parties prenantes : société française du diabète, société francophone du diabète, société française d'endocrinologie, société française de cardiologie, société française de médecine générale, collège de médecine générale, collège national des gynécologues et obstétriciens, société française de biologie clinique, société française

d'ophtalmologie, société française dentaire, société française de néphrologie, société française de physiothérapie, société française de nutrition, associations d'usagers (France Assos Santé, Fédération Française des Diabétiques, Comede (inégalités sociales), Alliance apnée du sommeil, Renaloo).

➔ ☐ **Auditions ou entretiens exploratoires**

- ☐ Experts individuels :
- ☐ Parties prenantes :
- ☐ Institutions (agences, financeurs...) :Santé publique France

➔ ☒ **Phase de relecture**

- ☐ Groupe de lecture (GL)
- ☒ Avis des parties prenantes
- ☐ Consultation publique
- ☐ Autres :

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de début : 15/01/2026
- Principales étapes du calendrier de travail :
  Point d'étape CEESP : mai 2026
  GT1 : juin 2026 ; GT2 : septembre 2026
  Relecture parties-prenantes : octobre-novembre 2026
- Date de fin : 31/12/2026

26/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/201926/07/2019

Annexes

Annexe 1. Prévalence du DT2 traité en France

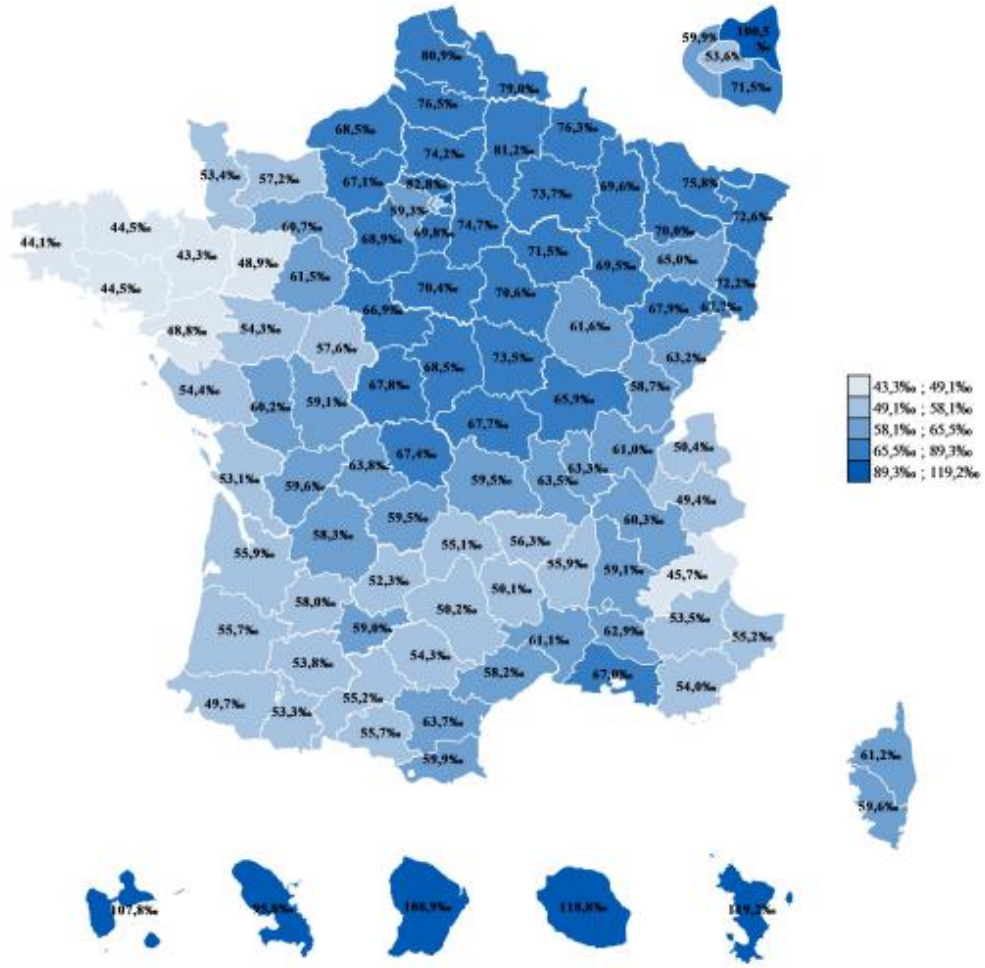


Figure 1 Prévalences standardisées des personnes prises en charge pour un diabète par département en 2023

Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière Source : Cnam (cartographie version de juillet 2025) Méthode : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee (50)

Annexe 2. Dépistage séquentiel du DT2 proposé sur le site de l'Assurance maladie

Niveau de dépistage	Facteurs de risque	Mesure d'évaluation	Intervention mise en place
Niveau 1 : identification de marqueurs de risque	**Quel que soit l'âge** : surpoids, sédentarité, origine non caucasiennes, ATCD de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de poids de naissance de plus de 4 kg, ATCD familial de diabète, état de prédiabète, HTA traitée ou non, dyslipidémie traitée ou non, précarité	Évaluation du risque de diabète par le questionnaire Findrisc	Mise en place de mesures préventives : éducation nutritionnelle, amélioration de l'hygiène de vie, activité physique, perte de poids, équilibre alimentaire)
Niveau 2 : dépistage ciblé du DT2	**Chez l'homme âgé de plus de 45 ans** : origine non caucasienne et ayant adopté un mode de vie occidental, sédentarité, surpoids (IMC ≥ 25kg/m^2), ATCD familial de diabète familial, état de prédiabète, précarité, HTA, dyslipidémie, tabagisme chronique	Glycémie à jeun	Répétition du dépistage, dont le rythme (annuel, tous les 3 ans) dépend de la glycémie à jeun au test n-1 Prise en charge hygiéno-diététiques (première intention) et médicamenteuse (seconde intention) selon les résultats
	Chez la femme âgée de plus de 45 ans : ATCD de diabète gestationnel, ATCD d'accouchement d'un enfant de poids de naissance > 4 kg, ATCD personnel d'ovaires polykystiques, ATCD d'accouchement d'un enfant de faible poids de naissance ou ATCD de grossesse avec retard de croissance intra-utérin		

ATCD : antécédent ; IMC : indice de masse corporelle ; HTA : hypertension artérielle ; kg : kilogramme.

Annexe 3. Calculateur de risque Findrisc

Critère		Valeur du critère	Critère		Valeur du critère
Âge	Moins de 45 ans	0	Indice de masse corporelle (kg/m²)	< 25	0
	45-54 ans	2		25-30	1
	55-64 ans	3		> 30	3
	Plus de 64 ans	4			
Tour de taille (cm)* Hommes	< 94	0	Tour de taille (cm)* Femmes	< 80	0
	94-102	3		80-88	3
	> 102	4		>88	4
Activités physique (30 min/j)	Oui	0	Part des légumes verts dans l'alimentation	Non	2
	Non	2		Tous les jours	0
				Pas tous les jours	1
ATCD de traitement anti-HTA	Non	0	ATCD de glycémie supérieure à la normale	Non	0
	Oui	2			
ATCD familial de diabète	Non	0		Oui	5
	Oui (grands parents, tante, oncle, cousins)	3			

Calcul du score de risque de diabète dans les 10 ans

→ somme = 7 ; risque faible (= 1 %) ➞ 1 personne sur 100 développera un diabète.
→ somme = 7-11 ; risque légèrement élevé (= 4 %) ➞ 1 personne sur 25 développera un diabète.
→ somme = 12-14 ; risque modéré (= 17 %) ➞ 1 personne sur 6 développera un diabète.
→ somme = 15-20 ; risque élevé (= 33 %) ➞ 1 personne sur 3 développera un diabète.
→ somme > 20 ; risque très élevé (= 50 %) ➞ 1 personne sur 2 développera un diabète.

* mesuré sous les côtes, au niveau du nombril ; ATCD = Antécédent ; HTA = Hypertension artérielle.

Annexe 4. Le dépistage du DT2 à l'étranger

Pays	Type de dépistage
Allemagne	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (≥35 ans, facteurs de risque) Opportuniste (médecine générale) + Organisé (Check-up 35 tous les 3 ans) (51)
Australie	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (≥40 ans avec facteurs de risque, ou ≥18 ans si origine aborigène ou facteurs de risque) Opportuniste (médecins généralistes) (52)
Canada	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (≥40 ans ou plus tôt si facteurs de risque) Opportuniste (médecins généralistes) (53)
Chine	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé Opportuniste (soins primaires) + Organisé (programmes régionaux, ex. Da Qing)
Corée du Sud	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (≥35 ans, ou ≥ 19 ans si facteurs de risque) Organisé (National Health Screening Program) (54)
Danemark	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé Opportuniste (médecins généralistes) (55)
États-Unis	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (USPSTF : adultes 35–70 ans en surpoids/obèses) Opportuniste (soins primaires) (56)
Japon	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (≥40 ans, facteurs de risque dont syndrome métabolique) Organisé (examen de santé annuel pour les 40-74 ans) (57)
Pays-Bas	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (IMC ≥ 27, antécédents familiaux, hypertension, dyslipidémie, origine ethnique à risque, etc.) Opportuniste (soins primaires) (58)
Royaume-Uni	Pas de dépistage systématique, dépistage ciblé (personnes à risque) Opportuniste (soins primaires) + Organisé (NHS DPP – Healthier You) (22)
Singapour	Pas de dépistage universel, dépistage ciblé (≥40 ans, ou plus tôt si IMC élevé ou antécédents familiaux) Organisé (programme Healthier SG à partir de 40 ans ; outil gratuit d'évaluation du risque de diabète en ligne sur HealthHub pour les personnes âgées de 18 à 39 ans) (59)

Annexe 5. Les questions d'évaluation structurées au format PICO

PICO-1 : Pertinence de dépister le DT2 avant l'âge de 45 ans chez une personne ayant des facteurs de risque connus (risque élevé de DT2)

Q	À partir de quel âge faut-il dépister les personnes ayant un ou plusieurs facteurs de risque ? À quelle fréquence répéter le dépistage ?
P	Adultes ≤ 45 ans avec au moins un facteur de risque connu de DT2
I	Dépistage systématique du DT2 par glycémie à jeun
C	Dépistage selon les recommandations actuelles (âge ≥ 45 ans associé à au moins 1 des facteurs de risque prédéfinis*)
O	Taux d'identification précoce des personnes atteintes de DT2, réduction du nombre de personnes diagnostiquées au stade des complications, réduction de la morbi-mortalité liée au DT2

Q : question d'évaluation ; P : population ; I : intervention ; C : comparateur ; O : outcome ; ATCD : antécédent ; PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique ; HTA : hypertension artérielle ; PdeN : poids de naissance ; Tt : traitement ; DTG : diabète gestationnel

(*) : surpoids (IMC ≥ 28 kg/m2), sédentarité ; origine géographique non caucasienne et/ou migrante ; ATCD personnel de DTG ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de PdeN > 4 kg ; ATCD familial de diabète chez un apparenté du 1er degré (père, mère, fratrie) ; Tt en cours ou un antécédent de diabète induit (antipsychotiques atypiques, corticoïdes, etc.), anomalie de la glycorégulation ou prédiabète (glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,26 g/l (7,0 mmol/l)) ; HTA traitée ou non traitée (PAS > 140 mmHg et/ou PAD > 90 mmHg et/ou une HTA connue traitée) ; dyslipidémie traitée ou non traitée (HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/l (2,3 mmol/l) ; précarité définie par un score EPICES > 30.

PICO-2 : Pertinence de dépister le DT2 dans les populations ayant des facteurs de susceptibilité (populations à vulnérabilité accrue, facteurs de risque émergeants)

Q	Quelles populations ou quels facteurs de risque sont insuffisamment ou non pris en compte dans les recommandations actuelles de dépistage du DT2 ? Quel serait l'impact d'un dépistage ciblé les incluant ? À partir de quel âge et à quelle fréquence répéter le dépistage dans ces populations ?
P	Personnes appartenant à des groupes à risque de DT2 non pris en compte dans les recommandations françaises actuelles ; groupes à risque particuliers (ex. : minorités ethniques, mineurs post-pubères obèses, précarité socio-économique, personne âgée), facteurs de risque émergeants (syndrome d'apnée obstructive du sommeil, maladie rénale chronique, traitements favorisant le risque de DT2‡, femmes ayant un SOPK, population ayant une symptomatologie pouvant favoriser un DT2§)
I	Dépistage ciblé du diabète de type 2 dans des populations spécifique et/ou ayant un facteur de risque émergent
C	Dépistage basé uniquement sur les facteurs de risque traditionnels (âge ≥ 45 ans et au moins un des facteurs de risque suivants : surpoids ou obésité, ATCD familial de diabète, HTA, dyslipidémie, ATCD de diabète gestationnel ou d'enfant de poids de naissance 4 kg) et les personnes en situation de précarité (score EPICES)
O	Taux d'identification précoce des personnes atteintes de DT2 appartenant aux populations cibles définies dans ce PICO, réduction du nombre de personnes diagnostiquées au stade des complications, réduction des inégalité sociales de santé, impact sur les parcours de soins

Q : question d'évaluation ; P : population ; I : intervention ; C : comparateur ; O : outcome ; SOPK : syndrome des ovaires polykystique

(§) : troubles du sommeil, microbiote intestinal, exposition aux perturbateurs endocriniens, tabagisme chronique, antécédents de dépression, schizophrénie ; (‡) : chimiothérapie et thérapies ciblées, Immunosuppresseurs et anti-immunitaires

PICO-3 : Pertinence de dépister le DT2 chez les personnes n'ayant aucun facteur de risque en dehors de l'âge (risque modéré de DT2)

L'objectif est de questionner l'hypothèse que l'âge pourrait être un facteur de risque ou d'infirmer cette hypothèse.

Q	Faut-il considérer l'âge comme un facteur de risque de DT2 et prendre en compte l'âge indépendamment de tout facteur de risque ? ; Si oui à partir de quel âge le dépistage du DT2 devient-il pertinent ? À quelle fréquence répéter le dépistage ?
P	Adultes asymptomatiques, en population générale, sans antécédent personnel de diabète ni facteurs de risque identifiés*
I	Dépistage systématique du diabète de type 2 basé uniquement sur un critère d'âge (par exemple ≥ 50 ans), indépendamment de tout autre facteur de risque, dépistage par glycémie à jeun
C	Dépistage selon les recommandations actuelles (âge ≥ 45 ans associé à au moins 1 des facteurs de risque prédéfinis*)
O	Taux de détection précoce du DT2 (avant complications), réduction de la morbi-mortalité liée au DT2 ; acceptabilité et faisabilité du dépistage par âge seul.

Q : question d'évaluation ; P : population ; I : intervention ; C : comparateur ; O : outcome ; ATCD : antécédent ; PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique ; HTA : hypertension artérielle ; PdeN : poids de naissance ; Tt : traitement ; DTG : diabète gestationnel

(*) : surpoids (IMC ≥ 28 kg/m2), sédentarité ; origine géographique non caucasienne et/ou migrante ; ATCD personnel de DTG ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de PdeN > 4 kg ; ATCD familial de diabète chez un apparenté du 1er degré (père, mère, fratrie) ; Tt en cours ou un antécédent de diabète induit (antipsychotiques atypiques, corticoïdes, etc.), anomalie de la glycorégulation ou prédiabète (glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,26 g/l (7,0 mmol/l)) ; HTA traitée ou non traitée (PAS > 140 mmHg et/ou PAD > 90 mmHg et/ou une HTA connue traitée) ; dyslipidémie traitée ou non traitée (HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/l (2,3 mmol/l) ; précarité définie par un score EPICES > 30.

Références Bibliographiques

1. Haute Autorité de santé. Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634754/fr/parcours-de-soins-du-patient-adulte-vivant-avec-un-diabete-de-type-2

2. Tubiana-Rufi N, Szerman-Nathan N, Ramos E, Bubuteishvili L, Chevenne D, Lévy-Marchal C, Czernichow P. Augmentation de l'incidence du diabète de type 2 dans une large cohorte pédiatrique française, 2001-2003. BEH 2007;44-45:381-4.

3. Bismuth-Reisman E. Le diabète de type 2 chez l'enfant et l'adolescent. Méd Mal Métab 2020;14(5):401-7.
https://dx.doi.org/10.1016/j.mmm.2020.06.007

4. Fosse-Edorh S, Pifarretti C, Saboni L, Mandereau-Bruno L, Bénézet L, Raimond V*, et al.* Études ENTRED : Un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en france – premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019. BEH 2022;22:383-92.

5. Collège des enseignants d'endocrinologie diabète et maladies métaboliques. Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques. 6th ed. Paris: Elsevier Masson; 2024.

6. Santé Publique France. Prévalence et incidence du diabète [En ligne] 2021.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete

7. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur le Diabète. Genève: OMS; 2016.
https://iris.who.int/bitstream/10665/254648/1/9789242565256-fre.pdf?ua=1

8. Santé Publique France. Le diabète en France continue de progresser [En ligne] 2024.
https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/le-diabete-en-france-continue-de-progresser

9. Santé Publique France. Diabète [En ligne] 2023.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/

10. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Brussels: IDF; 2025.
https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025-1.pdf

11. Cour des Comptes. Prévention et prise en charge précoce du diabète. Entités et politiques publiques. Rapport publique thématique. Paris: CC; 2025.
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-07/20250708-Prevention-et-prise-en-charge-precoce-du-diabete.pdf

12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes de dépistage du diabète de type 2. Mis à jour 2006. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2003.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_464100/fr/principes-de-depistage-du-diabete-de-type-2

13. Haute Autorité de santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf

14. Assurance Maladie. Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention [En ligne] 2025.
https://www.ameli.fr/seine-et-marne/sage-femme/sante-et-prevention/bilan-prevention-ages-cles

15. Assurance Maladie. Diabète de type 2 : le dépistage est important chez les patientes à partir de 45 ans et à risque [En ligne] 2024.
https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/diabete-type-2/diabete-de-type-2-ameliorer-le-depistage-chez-les-patients-partir-de-45-ans-et-risque

16. URPS Pharmaciens Bourgogne Franche-Comté. Campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine [En ligne] 2018.
https://urps-pharmaciens-bfc.com/campagne-de-depistage-du-diabete-de-type-2-en-officine/

17. Agence régionale de santé Hauts-de-France, OR2S, Santé publique France. Schéma régional de santé 2018-2023. Bilan final. Lille: ARS Hauts-de-France; 2023.
https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/115805/download?inline

18. Dépistage du diabète en officine : objectif 8000 en Ile-de-France ! [En ligne] 2019.
https://www.revuepharma.fr/2019/09/depistage-du-diabete-en-officine-objectif-8000-en-ile-de-france

19. URPS Parmaciens Ile-de-France. Fiche de procedure d'assurance qualité pour la réalisation du test capillaire d'évaluation de la Glycémie [En ligne] 2023.
https://www.expertisepharmadiabete.fr/pdf/Doc2-Procedure-assurance-qualite-v2.pdf

20. Agence régionale de santé Grand Est. Dépistage du diabète de type 2 par les pharmaciens d'officine en région Grand Est. Exploitation des données de l'étude 2017. Nancy: ARS Grand Est; 2018.
Dépistage du diabète de type 2 par les pharmaciens d'officine en région Grand Est

21. Agence régionale de santé Océan Indien. "Dites non au diabète" Un programme de prévention en santé innovant. Information presse [En ligne] 2018.
https://www.cgss.re/sites/default/files/documents/info_presse_non_diabete_.pdf

22. National Health Service. NHS Diabetes Prevention Programme (NHS DPP). Preventing type 2 diabetes [En ligne] 2025.
https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/

23. National Health Service England. NHS initiative helps thousands more tackle their diabetes risk. News [27 may] [En ligne] 2025.
https://www.england.nhs.uk/2025/05/nhs-initiative-helps-thousands-more-tackle-their-diabetes-risk/

© Haute Autorité de santé – janvier 2026

24. US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, *et al.* Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2021;326(8):736-43. https://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.12531

25. Chung S, Azar KM, Baek M, Lauderdale DS, Palaniappan LP. Reconsidering the age thresholds for type II diabetes screening in the U.S. Am J Prev Med 2014;47(4):375-81. https://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.012

26. American Diabetes Association Profes-sionnal Practice Commitee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in Diabetes-2024. Diabetes Care 2024;47(Suppl 1):S20-S42. https://dx.doi.org/10.2337/dc24-S002

27. Fazelli PK, Lee H, Seinhauser ML. Le vieillissement est un facteur de risque puissant pour le diabète sucré de type 2, indépendamment de l'indice de masse corporelle. Gerontologie 2020;66(2):209-10.

28. Public Health Agency of Canada. Diabetes : for health professionals [En ligne] 2023. https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/diabetes/health-professionals.html

29. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, Dickinson J, Bell N, *et al.* Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. CMAJ 2012;184(15):1687-96. https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.120732

30. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Ekoe JM, Goldenberg R, Katz P. Screening for diabetes in adults. Can J Diabetes 2018;42 Suppl 1:S16-S9. https://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.004

31. Institut national d'excellence en santé et en service sociaux. Dépistage du diabète de type 2 et évaluation du risque cardiovasculaire. Protocole médical national. Québec: INESS; 2024. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Diabete_2/INESSS_Evaluation_RCV_depistage_diabete_PMN.pdf

32. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Allain S, Costemalle V. Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. Etudes et Résultats 2022;1243.

33. Santé Publique France, Lot F, Quelet S, Rey S, Hamers F, Verrier A. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. BEH 2017;19-20.

34. Hernandez H, Pifarretti C, Gauthier A, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, martinique, guyane et la réunion. Résultats du baromètre de santé publique france de 2021. BEH 2023;20-21:424-31.

35. Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, *et al.* Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol 2023;189(2):G43-G64. https://dx.doi.org/10.1093/ejendo/lvad096

36. Huang H, Chen Z. Association between obstructive sleep apnea syndrome and type1/type2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. Journal of diabetes investigation 2025;16(3):521-34. https://dx.doi.org/10.1111/jdi.14354

37. Lind PM, Lind L. Endocrine-disrupting chemicals and risk of diabetes: an evidence-based review. Diabetologia 2018;61(7):1495-502. https://dx.doi.org/10.1007/s00125-018-4621-3

38. Gurung M, Li Z, You H, Rodrigues R, Jump DB, Morgun A, Shulzhenko N. Role of gut microbiota in type 2 diabetes pathophysiology. EBioMedicine 2020;51:102590. https://dx.doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.11.051

39. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. Diabetologia 2006;49(5):837-45. https://dx.doi.org/10.1007/s00125-006-0159-x

40. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024.Paris: Assurance Maladie; 2023. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf

41. Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Diabète [En ligne] 2025. https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete/

42. Ministère du travail de la santé des solidarités. Programme national Nutrition santé 2019-2023. Bilan de sa mise en oeuvre. Paris; 2024. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/240618_bilan_pnns_4_impression.pdf

43. Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Nutri-score. Evaluation à trois ans du logo natritionnel Nutri-score. Paris; 2021. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/nutriscorebilan3ans.pdf

44. Le Bodo Y, Etilé F, Julia C, Friant-Perrot M, Breton E, Lecocq S, *et al.* Public health lessons from the French 2012 soda tax and insights on the modifications enacted in 2018. Health Policy 2022;126(7):585-91. https://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.012

45. Santé Publique France. Avis d'experts relatif à la prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités sociales de santé. Saint Maurice: SPF; 2024. https://www.codes06.org/centre-documentaire/centre-documentaire/avis-dexperts-relatif-a-la-prevention-de-lobesite-dans-le-contexte-des-inegalites-sociales-de-sante

46. World Health Organization European Region, Health Evidence Network, Stinton C, Herath D, Parr J, Mansbridge A, *et al.* Can type 2 diabetes and its associated complications be prevented or delayed in people with intermediate hyperglycaemia ? WHO Health Evidence Network synthesis report, 80. Copenhagen: WHO; 2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378142/WHO-EURO-2024-10170-49942-75075-eng.pdf

47. Duong KNC, Tan CJ, Rattanasiri S, Thakkinstian A, Anothaisintawee T, Chaiyakunapruk N. Comparison of diagnostic accuracy for diabetes diagnosis: A systematic review and network meta-analysis. Frontiers in medicine 2023;10:1016381. https://dx.doi.org/10.3389/fmed.2023.1016381

48. Haute Autorité de santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco404_cadrage_risque_cardiovasculaire_premier_recours_vf.pdf

49. Haute Autorité de santé. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634754/fr/parcours-de-soins-du-patient-adulte-vivant-avec-un-diabete-de-type-2

50. Caisse nationale d'assurance maladie. Carte de prévalence de la prise en charge pour un diabète. Prévalence standardisées des personnes prises en charge pour diabète par département en 2023: CNAM; 2025. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023_carte-prevalence_diab%C3%A8te.pdf

51. Nationale VersorgungsLeitlinie. NVL Typ-2-Diabetes. Langfassung – Version 3.0 : NVL; 2023. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf

52. Royal Australian College of General Practitionners, Diabetes Australia. Management of type 2 diabetes: a handbook for general practice : RACGP; 2025. https://www.racgp.org.au/getattachment/7c05e922-ab1f-4301-aab7-f4f9b638cb66/Management-of-type-2-diabetes-A-handbook-for-general-practice.aspx

53. Diabetes Canada. Quick Reference Guide. Clinical practice guidelines [En ligne] 2025. https://guidelines.diabetes.ca/getmedia/5c0e12a5-8f2d-49ce-9a86-00bfcf7c89f6/Quick_Reference_Guide_WEB_10_24.pdf

54. Kang S, Kang SM, Choi JH, Ko SH, Koo BK, Kwon HS*, et al.* 2025 Clinical Practice Guidelines for Diabetes Management in Korea: Recommendation of the Korean Diabetes Association. Diabetes Metab J 2025;49(4):582-783. https://dx.doi.org/10.4093/dmj.2025.0469

55. Danish Health Autority. Den Nationale Diabeteshandlingsplan 2017-2020. København: DHA; 2022. https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Diabetes/Den-Nationale-Diabeteshandlingsplan-2017-2020

56. US Preventive Services Task Force, Jonas DE, Crotty K, Yun JDY, Middleton JC, Feltner C*, et al.* Screening for prediabetes and type 2 diabetes: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2021;326(8):744-60. https://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.10403

57. Kohro T, Furui Y, Mitsutake N, Fujii R, Morita H, Oku S*, et al.* The Japanese national health screening and intervention program aimed at preventing worsening of the metabolic syndrome. Int Heart J 2008;49(2):193-203. https://dx.doi.org/10.1536/ihj.49.193

58. Nederlands Huisartsen Genootschap. Diabetes mellitus type 2 [En ligne] 2025. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2

59. Ministry of Health Singapore, Mong BY, Tiwari S. Speech by mdm rahayu mahzam, minister of state, mddi and moh, at world diabetes day 2024 [En ligne] 2024. https://www.moh.gov.sg/newsroom/speech-by-mdm-rahayu-mahzam--minister-of-state--mddi---moh--at-world-diabetes-day-2024/