



RAPPORT SUR LA SITUATION MONDIALE des maladies non transmissibles **2014**

« Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée »

RAPPORT SUR LA SITUATION MONDIALE des maladies non transmissibles **2014**

« Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée »

Remerciements

Ce rapport a été rédigé sous l'égide du Dr Oleg Chestnov, Sous-Directeur général, avec le concours des personnes ci-dessous.

Bureau du Directeur général (orientation générale du rapport et avis) : Anarfi Asamoah-Baah (Directeur général adjoint), Chris Dye, Ian Smith

Auteur principal : Shanthi Mendis. **Responsables de chapitres :** Tim Armstrong, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Jeremy Lauer, Cecile Mace, Shanthi Mendis, Vladimir Poznyak, Leanne Riley, Vera Da Costa E Silva, Gretchen Stevens

Chef de projet : Kwok Cho Tang

Personnel de l'OMS à Genève et à Lyon : Yulia Bakonina, Freddie Bray, Nick Banatvala, Melanie Bertram, Peter Beyer, Monika Bloessner, Alison A'Isha Commar, Edouard Tursan D'Espaignet, Mercedes De Onis, Alexandra Fleischmann, Silvia Franceschi, Etienne Krug, Chizuru Nishida, Colin Mathers, Bente Mikkelsen, Armando Peruga, Dag Rekve, Jane Robertsen, Gojka Roglic, Yasuyuki Sahara, Ruitai Shao, Andreas Ullrich, Meindert Van Hilten, Temo Waqanivalu, Christopher P Wild

Personnel de l'OMS dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays

Directeurs régionaux : Dr Luis Sambo (Région africaine), Dr Carissa F. Etienne (Région des Amériques), Dr Ala Alwan (Région de la Méditerranée orientale), Jakab Zsuzsanna (Région européenne), Dr Poonam Singh (Région de l'Asie du Sud-Est), Dr Young-Soo Shin (Région du Pacifique occidental)

Autres membres du personnel : Ibtihal Fadhil, Renu Garg, Gauden Galea, Anselm Hennis, Branca Legitic, Samer Jabbour, Frederiek Mantingh, Hai-Rim Shin, Susan Mercado, Steven Shongwe, Slim Slama, Elena Tsoyi, Cherian Varghese

Évaluateurs externes et autres contributeurs

George Alleyne, Robert Beaglehole, David Bramley, Joy Carrington, Rajiv Chowdhury, Michael Engelgau, Majid Ezzati, Charlie Foster, Oscar Franco, Valentin Fuster, Gerald Gartlehner, Danaei Goodarz, Vilius Grabauskas, Ian Graham, Murad Hassan, John Harold, Corinna Hawkes, Carl Heneghan, Konstantin Kotenko, Liming Li, Alan Lopez, Gabriel Masset, Jean Claude Mbanya, George Mensah, Rob Moodie, Venkat Narayan, Sania Nishtar, Srinath Reddy, Jurgen Rehm, Mike Rayner, Peter Scarborough, Yackoob Seedat, Surendra Shastri, Priya Shetty, Sidney Smith, Isolde Sommer, Laurence Sperling, David Stuckler, Doug Webb, Kremlin Wickramasinghe, David Wood, Qiao Youlin, Salim Yusuf

Appui administratif : Fabienne Besson, Maritha Osekre-Amey, Joel Tarel, Roelof Wuite

Cette publication a pu voir le jour grâce au soutien financier généreux des Gouvernements de la Norvège et de la Fédération de Russie.

WHO/NMH/NVI/15.1

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Message du Directeur général



Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Le monde est arrivé à un tournant de l'histoire des maladies non transmissibles (MNT) et n'a jamais été aussi bien placé pour modifier son cours. Les États Membres de l'OMS ont adopté un ensemble de neuf cibles mondiales volontaires à atteindre d'ici 2025. Elles consistent à réduire l'usage nocif de l'alcool, le manque d'exercice physique, l'apport de sel/sodium, le tabagisme et l'hypertension ; à arrêter l'augmentation du diabète et de l'obésité ; à améliorer la couverture du traitement préventif des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux ; et à améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des technologies et des médicaments essentiels pour prendre en charge les maladies non transmissibles. Les pays doivent progresser sur tous ces fronts pour atteindre la cible globale qui est de réduire de 25 % la mortalité imputable aux quatre principales MNT d'ici 2025.

Sur 38 millions de décès dus aux MNT en 2012, plus de la moitié étaient prématurés, concentrés sur les moins de 70 ans. La majorité des décès prématurés imputables aux MNT sont évitables. Ce rapport présente des données encourageantes qui montrent qu'il est tout à fait possible d'en réduire fortement le nombre au niveau mondial. Dans beaucoup de pays à revenu élevé, le nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires a considérablement reculé grâce à des politiques publiques favorisant des modes de vie plus sains et des soins équitables. Il est impératif de pérenniser cette évolution favorable et, si possible, de l'accélérer dans les pays développés et de faire en sorte qu'elle se produise également dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les MNT subissent l'influence de la mondialisation des échanges, de l'urbanisation rapide et du vieillissement de la population – des facteurs sur lesquels l'individu comme le secteur structuré de la santé n'ont que peu de contrôle. Les changements de comportement individuels sont importants, mais, pour combattre les MNT, il est indispensable que les plus hauts

niveaux de l'État impriment leur leadership, que des politiques soient élaborées avec le concours de tous les ministères et que l'on progresse vers la couverture sanitaire universelle.

Ce rapport est d'abord destiné aux ministères de la santé. Il donne des informations sur les cibles mondiales volontaires et sur les moyens d'amplifier durablement les efforts nationaux déployés pour les atteindre. Il fournit également des estimations sur la mortalité imputable aux MNT et les facteurs de risque, pour l'année de référence 2010, afin que les pays puissent commencer en 2015 à rendre compte à l'OMS des progrès accomplis vers les cibles. Les études de cas sur les succès rencontrés par certains pays en matière de prévention et de lutte pourront être utiles à ceux qui rencontrent les mêmes obstacles.

Comme l'explique le rapport, il existe, pour atteindre les neuf cibles d'ici 2025, un ensemble convenu d'interventions qui présente un très bon rapport coût/efficacité et peut être appliqué à l'échelle mondiale. Chaque pays doit mettre en œuvre ces mesures en tenant compte des conditions et du contexte locaux et en se fondant sur les meilleures données disponibles. Les ministres réunis lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, en juillet 2014, sont convenus que rien ne saurait justifier qu'un quelconque pays – à revenu faible ou à revenu élevé – en diffère l'application. Tout retard aura pour effet d'aggraver la charge des MNT et d'augmenter les dépenses de santé.

Le principal message du deuxième rapport mondial sur les MNT est que la communauté mondiale a aujourd'hui la possibilité de changer le cours de l'épidémie de MNT. Un programme véritablement mondial de lutte contre les MNT est désormais disponible, avec des responsabilités partagées par tous les pays sur la base de cibles concrètes. C'est là une occasion historique d'enrayer l'épidémie de MNT qu'aucun pays ne peut se permettre de manquer.





Préface

Dr Oleg Chestnov

Sous-Directeur général

Maladies non transmissibles et santé mentale

Organisation mondiale de la Santé

Les maladies non transmissibles (MNT) sont l'un des grands défis du XXI^e SIÈCLE dans le domaine de la santé et du développement, du point de vue des souffrances humaines qu'elles entraînent comme de leurs conséquences négatives sur le tissu socio-économique des pays, en particulier ceux à revenu faible ou intermédiaire. Aucun gouvernement ne peut se permettre d'ignorer la charge croissante des MNT. En l'absence de mesures reposant sur des bases factuelles, les coûts humains, sociaux et économiques des MNT continueront d'augmenter et les pays, dépassés par leur ampleur, ne seront plus en mesure de combattre efficacement ces maladies.

Reconnaissant les conséquences dévastatrices des MNT sur la situation sociale, l'économie et la santé publique, les dirigeants mondiaux ont adopté en septembre 2011 une déclaration politique dans laquelle ils ont pris des engagements fermes pour réduire la charge mondiale des MNT et confié à l'OMS plusieurs tâches en vue de soutenir les pays dans leurs efforts. L'une d'entre elles était d'élaborer le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, qui comprend neuf cibles mondiales volontaires et un cadre mondial de suivi. Le Plan d'action et les cibles volontaires ont été adoptés en 2013 par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Les neuf cibles volontaires mondiales soulignent que l'action des pays doit viser prioritairement à réduire l'usage nocif de l'alcool, le manque d'exercice physique, l'apport de sel/sodium, le tabagisme et l'hypertension ; à arrêter l'augmentation du diabète et de l'obésité ; à améliorer la couverture du traitement préventif des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux ; et à améliorer l'accès aux technologies de base et médicaments essentiels.

Pour soutenir la mise en œuvre du Plan d'action mondial contre les MNT, l'OMS a créé un mécanisme de coordination mondial qui améliorera la coordination des activités et favorisera la collaboration de multiples parties prenantes et l'action multisectorielle.

L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, créée par le Secrétaire général pour coordonner l'action des organismes des Nations Unies compétents et des autres organisations intergouvernementales, prêtera également son concours à la mise en œuvre du Plan d'action mondial.

Ce deuxième rapport sur la situation mondiale paraît alors qu'il ne reste plus que 10 ans pour atteindre les cibles volontaires mondiales. C'est également un moment où jamais sans doute, dans la période récente, les motifs d'optimisme n'ont été aussi nombreux concernant l'avenir de la lutte contre les MNT. Pour atteindre les cibles mondiales de la lutte contre les MNT, les gouvernements, les partenaires internationaux et l'OMS devront travailler ensemble, échanger des données factuelles et des informations et faire le nécessaire pour combler le manque de moyens et de ressources.

Aucun pays ne devrait être laissé pour compte alors que le monde s'engage résolument vers l'avenir et s'apprête à relever l'un des plus grands défis de santé publique du XXI^e siècle.

Résumé d'orientation

Ce rapport de situation mondial sur la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) est le deuxième d'une série prévue sur trois ans pour suivre la progression de la lutte contre les MNT dans le monde.

Tous les pays subissent les conséquences humaines, sociales et économiques des MNT mais celles-ci sont particulièrement désastreuses pour les populations pauvres et vulnérables. Réduire la charge mondiale des MNT est une priorité absolue et une condition nécessaire du développement durable. Les MNT sont la première cause de décès dans le monde. En 2012, elles ont été à l'origine de 38 millions (68 %) des 56 millions de décès. Plus de 40 % de ces décès (16 millions) étaient prématurés, c'est-à-dire qu'ils sont survenus avant 70 ans et près des trois quarts des décès dus aux MNT (28 millions) ainsi que la majorité des décès prématurés (82 %) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Si rien ne change dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on estime que, de 2011 à 2025, les pertes économiques cumulées dues aux MNT atteindront US \$7 000 milliards. Le coût énorme de l'inaction est bien supérieur à ce que coûterait chaque année l'application d'une série d'interventions permettant de réduire très efficacement la charge imputable aux MNT (US \$11,2 milliards par an).

En septembre 2011, les dirigeants mondiaux ont convenu de prendre plusieurs engagements concrets, selon une feuille de route, afin de s'attaquer à la charge mondiale des MNT. Ils se sont notamment engagés à établir avant 2013 des plans d'action et des politiques multisectoriels.

Pour accélérer les efforts nationaux de lutte contre les MNT, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2013 neuf cibles mondiales volontaires à atteindre d'ici 2025 et a approuvé une série de mesures organisées autour du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 qui, lorsqu'elles seront mises en œuvre collectivement par les États Membres, les partenaires internationaux et l'OMS, permettront de concrétiser les engagements pris par les dirigeants mondiaux en septembre 2011. Cette série de mesures est organisée autour de six objectifs tendant à augmenter les capacités nationales et à intensifier la coopération internationale pour

réduire l'exposition aux facteurs de risque, renforcer les systèmes de santé et suivre les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs mondiaux.

En juillet 2014, l'Assemblée générale des Nations Unies a procédé à un examen pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration politique de 2011 et a pris acte des progrès accomplis au niveau national depuis septembre 2011. Reconnaissant également que les progrès dans la mise en œuvre des engagements figurant dans la Déclaration politique de 2011 étaient insuffisants et très inégaux, et qu'il était essentiel de poursuivre et d'intensifier les efforts, les États Membres des Nations Unies se sont engagés à appliquer une série de mesures dans quatre domaines prioritaires – la gouvernance, la prévention et la réduction des facteurs de risque, les soins de santé et la surveillance. Ces mesures, dont l'application est limitée dans le temps, prévoient la définition de cibles nationales conformes aux cibles mondiales, l'élaboration de plans multisectoriels nationaux contre les MNT d'ici 2015 et le début de la mise en œuvre de ces plans d'ici 2016 pour atteindre les cibles nationales.

Ce deuxième rapport de situation mondial sur la lutte contre les MNT est structuré autour des neuf cibles mondiales volontaires. Il fournit des données sur la situation actuelle, signale les blocages et les possibilités d'agir, et présente les mesures à appliquer en priorité pour atteindre les cibles. En outre, les estimations initiales pour 2010 concernant la mortalité et les facteurs de risque sont indiquées pour que les pays puissent rendre compte des progrès accomplis, à partir de 2015.

Cible mondiale 1 : Réduction relative de 25 %, d'ici 2025, de la mortalité globale par maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques

La progression vers toutes les autres cibles contribue à atteindre cette cible générale relative aux décès prématurés. Le chapitre 1 présente les données de mortalité pour 2012. Celles-ci montrent i) que les MNT concernent tous les pays, ii) que leurs conséquences sont particulièrement graves dans les pays à revenu

faible ou intermédiaire, et iii) que la majorité des décès prématurés imputables aux MNT surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

La capacité à atteindre cette cible variera beaucoup selon les pays. Les pays à revenu faible ou intermédiaire pourraient viser une réduction de 25 %, mais les pays à revenu élevé où l'on constate déjà une baisse de l'incidence des principales MNT souhaiteront peut-être viser une cible supérieure.

Le chapitre 1 présente les mesures et les interventions globales, multisectorielles, ainsi que les capacités des pays, requises pour atteindre cette cible, y compris en ce qui concerne l'enregistrement de l'état civil et les systèmes de surveillance. En raison du manque de ressources dans de nombreux pays, il faudrait donner la priorité absolue à la mise en œuvre des options et interventions d'un très bon rapport coût/efficacité.

Cible mondiale 2 : Réduction d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool d'ici 2025

On estime qu'en 2012, 5,9 % (3,3 millions) des décès dans le monde et 5,1 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) étaient attribuables à la consommation d'alcool et que plus de la moitié de ces décès étaient dus à des MNT.

Selon les estimations, 6,2 litres d'alcool pur (équivalant à 13,5 grammes d'alcool pur par jour) ont été consommés en 2010 par personne de 15 ans ou plus, au niveau mondial. La prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool est associée aux niveaux globaux de consommation d'alcool et c'est dans les Régions européenne et des Amériques qu'elle est la plus élevée.

Il existe des options d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire l'usage nocif de l'alcool : agir sur les prix, limiter la disponibilité et la commercialisation de l'alcool, améliorer les interventions des services de santé et mettre en œuvre des politiques en matière de conduite en état d'ébriété, ainsi que des contre-mesures. Certaines interventions applicables au niveau individuel, telles que le dépistage de la consommation nocive d'alcool et le traitement de l'alcoolodépendance, sont également efficaces mais elles sont plus onéreuses à mettre en œuvre que les mesures appliquées à l'ensemble d'une population.

On a quelque peu progressé dans la lutte contre l'usage nocif de l'alcool depuis que la *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en

2010. Un nombre croissant de pays élaborent ou reformulent des politiques et des plans d'action nationaux concernant l'alcool. Parmi les 76 pays qui ont établi une politique nationale sur l'alcool, 52 ont pris des mesures pour la mettre en œuvre. Quelque 160 États Membres de l'OMS disposent de réglementations fixant un âge limite pour l'achat de boissons alcoolisées.

Cible mondiale 3 : Réduction relative de 10 %, d'ici 2025, de la prévalence de l'activité physique insuffisante

L'activité physique insuffisante contribue à 69,3 millions de DALY et à 3,2 millions de décès chaque année. Les adultes dont l'activité physique est insuffisante ont un risque de décès plus élevé, toutes causes confondues, que ceux qui pratiquent une activité physique modérée pendant 150 minutes par semaine au moins, ou l'équivalent, comme le recommande l'OMS. Une activité physique régulière réduit le risque de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et de cancer du côlon.

En 2014, 23 % des adultes âgés de 18 ans et plus n'avaient pas une activité physique suffisante. Les femmes étaient moins actives que les hommes et les personnes âgées moins actives que les jeunes. Au niveau mondial, 81 % des adolescents âgés de 11 à 17 ans n'avaient pas une activité physique suffisante en 2014. Les adolescentes sont moins actives que les adolescents. En effet, 84 % d'entre eux et seulement 78 % d'entre elles suivent les recommandations de l'OMS.

Plusieurs pays développés ont signalé qu'au cours de la dernière décennie, des politiques et des programmes nationaux avaient permis de faire augmenter la pratique d'exercice physique. Ces dernières années, davantage de pays à revenu faible ou intermédiaire ont également pris des initiatives pour lutter contre l'inactivité physique. L'atteinte des cibles relatives à l'activité physique requiert une collaboration multisectorielle entre les ministères des transports, de l'urbanisme, des loisirs, des sports et de l'éducation afin de créer des conditions propices à la pratique d'exercice physique pour les personnes de tous âges.

Cible mondiale 4 : Réduction relative de 30 %, d'ici 2025, de l'apport moyen en sel dans la population

La consommation excessive de sel est associée à un risque d'hypertension artérielle et de maladie cardiovasculaire. À l'échelle mondiale, 1,65 million de

décès dont la cause est cardiovasculaire sont attribués chaque année à l'apport excessif en sodium. D'après les estimations actuelles, la consommation moyenne de sel, au niveau mondial, est d'environ 10 g par jour (3,95 g de sodium par jour). L'OMS recommande de ramener l'apport en sel à moins de 5 g par jour (2 g de sodium par jour) pour faire baisser la tension artérielle et réduire le risque de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral.

Dans de nombreux pays, les aliments préparés et les plats tout prêts sont la principale source de sel alors que dans d'autres la consommation de sel ajouté pendant la préparation des repas et à table est très importante. C'est dans les aliments préparés, qui sont désormais davantage disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, que l'on trouve maintenant les nouvelles sources de sodium.

Comme indiqué au chapitre 4, il est essentiel de calculer la consommation de sel afin, sur cette base, de définir des cibles nationales et de concevoir des campagnes efficaces à l'intention des consommateurs. Il faut définir des cibles concernant la réduction de l'apport en sodium pour chaque catégorie d'aliments et en priorité pour ceux qui contribuent le plus à cet apport dans la population.

Tous les ministères de la santé doivent diriger l'élaboration et la mise en œuvre de politiques destinées à réduire la consommation de sel dans la population. Ces politiques devraient être intersectorielles et pluridisciplinaires et prévoir la participation de toutes les parties concernées. Elles devraient être applicables dans différents contextes et s'appuyer sur tous les instruments disponibles, y compris l'étiquetage, la législation, la reformulation des produits, les mesures d'incitation fiscale qui encouragent la production et la consommation d'aliments pauvres en sodium et l'éducation des consommateurs pour garantir leur mise en œuvre efficace. Dans certains pays, on a constaté que des progrès considérables avaient été accomplis dans la mise en œuvre de ces activités.

Cible mondiale 5 : Baisse relative de 30 %, d'ici 2025, de la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus

On estime qu'actuellement, six millions de personnes environ meurent des conséquences de la consommation de tabac. Un peu plus de 600 000 d'entre elles, dont 170 000 enfants, meurent des suites du tabagisme passif.

Plusieurs mesures permettent de réduire la consommation de tabac : protéger la population du tabagisme passif grâce à une législation nationale « 100 % sans fumée » ; proposer une aide au sevrage tabagique et avertir la population des dangers de la consommation de tabac ; interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage ; et augmenter les taxes sur le tabac jusqu'à ce qu'elles représentent au moins 70 % du prix de vente au détail de n'importe quel produit du tabac.

La lutte antitabac a considérablement progressé dans le monde ces dernières années si l'on considère à la fois le nombre de pays qui protègent leur population et les personnes qui sont protégées par des mesures antitabac efficaces. En 2013, 95 pays avaient déjà mis totalement en œuvre au moins une des quatre interventions antitabac rentables (d'un très bon rapport coût/efficacité) et deux pays avaient appliqué totalement les quatre interventions. Un grand nombre de pays qui ont progressé dans la mise en œuvre de ces mesures sont des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Comme indiqué au chapitre 5, dans de nombreux pays, davantage d'efforts doivent être déployés pour adopter et appliquer des mesures antitabac efficaces. Il faut notamment étendre les activités destinées à mettre totalement en œuvre des mesures rentables pour réduire la demande, lorsque ça n'a pas encore été fait, en renforçant et en pérennisant les programmes existants pour y intégrer un éventail complet de mesures et, finalement, mettre en œuvre l'intégralité de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les bons résultats obtenus par la majorité des pays qui appliquent des mesures en vue de réduire la demande de tabac montrent qu'il est possible de combattre l'épidémie de tabagisme quels que soient la taille et le niveau de développement du pays.

Cible mondiale 6 : Baisse de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, d'ici 2025, selon la situation nationale

On estime qu'en 2010, l'hypertension artérielle a entraîné 9,4 millions de décès et 7 % du fardeau des maladies – mesurés en DALY. Si elle n'est pas maîtrisée, l'hypertension artérielle peut entraîner un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, une démence, une insuffisance rénale ou encore la cécité. Des données scientifiques

fiables indiquent qu'une baisse de la tension artérielle moyennant des interventions auprès de l'ensemble de la population et au niveau individuel (comportementales et pharmacologiques) est bénéfique pour la santé. Au niveau mondial, la prévalence de l'hypertension artérielle (tension systolique et/ou diastolique égale ou supérieure à 140/90 mmHg) chez les adultes de 18 ans et plus était d'environ 22 % en 2014.

De nombreux facteurs modifiables contribuent aux forts taux de prévalence de l'hypertension artérielle : la consommation d'aliments contenant trop de sel et de graisses, la consommation insuffisante de fruits et légumes, le surpoids et l'obésité, l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité, le stress, les déterminants socio-économiques et les difficultés d'accès aux soins de santé. Au niveau mondial, la détection et le traitement de l'hypertension artérielle, ainsi que les mesures de lutte, sont insuffisants en raison des faiblesses du système de santé, en particulier au niveau des soins primaires.

Afin d'atteindre cette cible, il faut mettre en œuvre des politiques et des interventions dans l'ensemble de la population pour agir sur ces risques modifiables. Il faut également mettre sur pied des programmes intégrés au niveau des soins primaires afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité de la détection et de la prise en charge de l'hypertension artérielle et des autres facteurs de risque cardiovasculaire, en tenant compte du risque total, comme le recommande l'OMS.

Cible mondiale 7 : Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité d'ici 2025

L'obésité accroît la probabilité de survenue d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une cardiopathie coronarienne, d'un accident vasculaire cérébral et de certains types de cancer. À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque doublé depuis 1980. En 2014, 10 % des hommes et 14 % des femmes âgées de 18 ans ou plus étaient obèses. Plus de 42 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans présentaient une surcharge pondérale en 2013. La prévalence du diabète au niveau mondial était estimée à 10 % en 2014.

Il est possible de prévenir l'obésité et le diabète en prenant des mesures touchant simultanément les différents secteurs qui participent à la production, à la distribution et à la commercialisation des denrées alimentaires, et en créant parallèlement un environnement qui favorise la pratique suffisante d'exercice physique.

Chez les personnes à haut risque, il est possible de réduire la probabilité d'apparition d'un diabète moyennant une perte de poids et une activité physique quotidienne modérée. Dans un petit nombre de pays à revenu élevé, cette intervention a été généralisée à l'ensemble de la population. Toutefois, il est difficile de mettre en œuvre cette intervention à grande échelle dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment car les méthodes actuelles permettant d'identifier les personnes à risques sont peu commodes à appliquer et plutôt coûteuses.

Il faut entreprendre d'urgence davantage de recherches pour évaluer l'efficacité des interventions destinées à prévenir l'obésité et le diabète.

Cible mondiale 8 : Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficiant d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, d'ici 2025

En 2012, les maladies cardiovasculaires ont provoqué 17,5 millions de décès, soit 46 % des décès par MNT ; et étaient à ce titre la première cause de décès par MNT ; 7,4 millions de ces décès étaient dus à des infarctus du myocarde (cardiopathies ischémiques) et 6,7 millions à des accidents vasculaires cérébraux.

Pour parvenir à réduire l'incidence de l'infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux, il faut améliorer la couverture de la chimiothérapie et des conseils pour les personnes présentant un risque cardiovasculaire accru ou déjà atteintes d'une pathologie. Il s'agit d'une intervention abordable qu'il est possible de mettre en œuvre dans le cadre des soins de santé primaires, même lorsqu'on dispose de peu de ressources.

La couverture de cette intervention est très lacunaire, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les difficultés d'accès aux services de base dans le cadre des soins primaires, le prix élevé des tests de laboratoire et des médicaments, les pratiques cliniques inappropriées et la mauvaise observance des traitements sont quelques-unes des principales raisons de ces lacunes.

Cette intervention doit faire partie des prestations de base dans le cadre des efforts déployés pour s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle. En outre, il faudra mettre au point des stratégies

spécifiques, selon le contexte, afin de remédier à plusieurs lacunes des systèmes de santé liées à l'accès aux technologies et médicaments de base, aux personnels de santé, à la prestation des services, à l'information sanitaire et à l'orientation des patients, en accordant une attention particulière aux soins primaires.

Cible mondiale 9 : Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des médicaments essentiels, y compris génériques, et des technologies de base nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements des secteurs public et privé, d'ici 2025

Cette cible prévoit que des technologies et des médicaments de base doivent être disponibles pour mettre en œuvre des interventions rentables relevant des soins primaires afin de prendre en charge les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'asthme. Les médicaments essentiels sont l'aspirine, une statine, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un diurétique de type thiazide, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, la metformine, l'insuline, un bronchodilatateur et un agent stéroïdien en inhalation. Les technologies de base sont, au moins, un dispositif de mesure de la tension artérielle, une balance, des dispositifs de mesure de la glycémie et de la cholestérolémie avec bandelettes, et des bandelettes pour doser l'albumine dans l'urine.

Sans ces médicaments et technologies, il est impossible de mettre en œuvre ne serait-ce que les interventions de base contre les MNT dans le cadre des soins primaires. On constate actuellement d'importantes lacunes liées au prix et à la disponibilité des technologies sanitaires et des médicaments essentiels, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ayant difficilement accès aux soins, les patients retardent le moment où ils vont consulter et voient même apparaître des complications évitables de leur maladie, ou doivent assumer des dépenses élevées qui ont des conséquences financières désastreuses pour leur foyer. Il est nécessaire de financer durablement la santé pour assurer l'existence de systèmes d'achat et de distribution adéquats et fiables permettant de garantir la fourniture de technologies et de médicaments essentiels contre les MNT à tous les niveaux de soin, y compris les soins primaires. Par conséquent, les politiques nationales qui favorisent la disponibilité des technologies sanitaires de base et des médicaments essentiels doivent être au

cœur des efforts déployés pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Les médicaments doivent aussi être utilisés de façon appropriée et il faut donc respecter les lignes directrices établies sur des bases factuelles et apprendre aux professionnels soignants et aux patients à utiliser les médicaments de façon rationnelle.

Les politiques et les interventions destinées à atteindre les neuf cibles (chapitres 1 à 9) doivent être prioritaires et budgétisées dans les plans d'action multisectoriels nationaux contre les MNT. Le chapitre 10, qui traite de l'élaboration d'un plan multisectoriel national contre les MNT, signale les principaux domaines qui devraient être couverts, à savoir la gouvernance, la prévention, les soins de santé, la surveillance et le suivi. Afin de pouvoir être mis en œuvre efficacement, le plan doit nécessairement être élaboré avec la participation de toutes les parties intéressées dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs, y compris la société civile et le secteur privé.

Le dernier chapitre présente les mesures à prendre pour atteindre les neuf cibles mondiales volontaires d'ici 2025 ainsi que les principaux messages figurant dans le rapport.

Message 1. Les MNT sont l'un des principaux freins au développement durable

Les données présentées dans ce rapport montrent que les MNT touchent tous les pays et que la charge de mortalité et de morbidité pèse lourdement sur les pays à revenu faible ou intermédiaire. La perte de productivité due aux décès prématurés et le coût de la lutte contre les MNT, au niveau individuel et au niveau national, sont des obstacles importants au recul de la pauvreté et au développement durable. Il est donc vital d'atteindre les cibles fixées en matière de lutte contre les MNT pour parvenir aux objectifs de développement durable.

Message 2. Si certains pays progressent, la majorité des pays n'est pas en bonne voie pour atteindre les cibles mondiales relatives aux MNT

Comme le montrent de nombreuses études de cas encourageantes, les pays où les dirigeants politiques

se sont fermement engagés font déjà des progrès considérables en matière de lutte contre les MNT, mais ces progrès restent inégaux et insuffisants. Les données présentées dans ce rapport montrent que l'on manque de nombreuses occasions de renforcer la gouvernance, la prévention, les soins de santé, la surveillance et le suivi, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Message 3. Les pays peuvent passer de l'engagement politique à l'action en donnant la priorité à des mesures abordables et très efficaces.

Il est évident que l'absence d'interventions n'est pas le principal obstacle expliquant l'insuffisance des progrès dans la lutte contre les MNT. Les taux de mortalité et de morbidité élevés, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, reflètent l'insuffisance des investissements en faveur d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité contre les MNT. Les ressources devraient être utilisées de manière stratégique pour améliorer les résultats concernant les MNT. Tous les pays peuvent passer de l'engagement à l'action en donnant la priorité à la mise en œuvre des options et interventions d'un très bon rapport coût/efficacité.

Message 4. Tous les pays doivent fixer une série de cibles nationales concernant les MNT et rendre compte de leur atteinte

Les neuf cibles mondiales volontaires montrent clairement dans quelle situation pourra se trouver le monde d'ici 2025 en ce qui concerne les MNT. Tous les pays doivent définir des cibles nationales et établir un cadre pour suivre les progrès accomplis en vue de les atteindre. Comme les cibles mondiales concernent un nombre limité de résultats, en fixant des cibles nationales et en mettant en œuvre des politiques et des interventions pour les atteindre, les pays pourront utiliser les ressources de manière optimale. Afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles, les enseignements tirés de la mise en œuvre devraient être rapidement intégrés dans la prise de décisions par le biais de la recherche opérationnelle.

Message 5. Des structures et des processus de collaboration multisectorielle et intersectorielle doivent être mis en place

La collaboration avec d'autres secteurs que celui de la santé (la collaboration multisectorielle) et la collaboration entre les pouvoirs publics et les acteurs non étatiques (la collaboration intersectorielle) sont essentielles pour lutter équitablement contre les MNT et atteindre les cibles nationales. Les mécanismes et processus destinés à faciliter la collaboration multisectorielle et intersectorielle doivent être intégrés au moment de la planification des programmes de lutte contre les MNT et doivent continuer à être appliqués pendant la mise en œuvre, l'application des politiques publiques, le suivi et l'évaluation.

Message 6. Il est crucial d'investir dans les systèmes de santé pour améliorer les résultats concernant les MNT

L'analyse des systèmes de santé montre que l'absence de certains éléments essentiels empêche de prodiguer équitablement des soins aux personnes atteintes de MNT. Le renforcement des systèmes de santé – y compris en ce qui concerne le financement de la santé, la gouvernance, les personnels de santé, l'information sanitaire, les produits et technologies médicaux et la prestation de services de santé – doit être un aspect très important de l'élargissement de la lutte contre les MNT. Le mouvement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle offre la possibilité d'accorder explicitement la priorité aux interventions très rentables contre les MNT dans les prestations de base.

Message 7. Il faut renforcer les moyens institutionnels et humains pour lutter contre les MNT

Pour atteindre les cibles nationales, il faut renforcer les moyens institutionnels et humains compte tenu de la complexité des questions relatives à la lutte contre les MNT, telles que l'interaction avec les systèmes

agroalimentaires, le droit, le commerce, les transports et l'urbanisme. Il faudra également renforcer les compétences et les capacités des personnels de santé, y compris en intégrant les aspects de la lutte contre les MNT qui touchent à la santé publique dans les programmes des études médicales, des études en soins infirmiers et des études menant aux autres professions de santé, et en assurant une formation continue.

Les gouvernements ne doivent pas oublier que c'est à eux qu'il incombe avant tout de relever le défi des MNT, de fixer les cibles nationales et d'élaborer des plans d'action nationaux, mais l'atteinte des cibles mondiales exigera des efforts et une participation de la part de tous les secteurs de la société aux niveaux national, régional et mondial. Il existe de nouveaux mécanismes mondiaux permettant d'agir plus vite contre les MNT à l'échelle nationale. L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a créée en 2013 et a placée sous la direction de l'OMS, coordonne les activités des organisations compétentes des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales concernées, en vue d'aider à la réalisation des engagements pris par les dirigeants mondiaux dans la Déclaration politique des Nations Unies sur les MNT (2011), en particulier par la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Le mandat de l'Équipe spéciale a été adopté par le Conseil économique et social des Nations Unies en juillet 2014. En septembre 2014, l'OMS a créé le Mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles afin de faciliter et d'améliorer la coordination entre les États Membres, les organisations des Nations Unies et les acteurs non étatiques en vue de contribuer à la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

L'OMS doit jouer un rôle de direction et de coordination dans la promotion et le suivi des mesures prises pour combattre les MNT. En tant que principale institution spécialisée des Nations Unies dans le domaine de la santé, l'OMS continuera à soutenir les efforts nationaux déployés pour mettre en œuvre le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. En 2015 et après, les États Membres continueront à bénéficier d'une assistance technique pour fixer des cibles nationales, élaborer et mettre en œuvre des politiques et

plans nationaux pour atteindre ces cibles, évaluer les tendances et suivre les progrès. En 2015, l'OMS prévoit d'achever l'élaboration d'un cadre afin de promouvoir l'action des pays dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs, ainsi que d'une méthode pour l'enregistrement et la publication des contributions des acteurs non étatiques à l'atteinte des neuf cibles mondiales volontaires.

L'architecture mondiale et l'engagement des pays à lutter efficacement contre l'épidémie de MNT n'ont jamais été aussi bons. L'atteinte des neuf cibles mondiales d'ici 2025 aidera à contrer l'avancée rapide des MNT et leurs effets sanitaires et économiques dévastateurs. C'est une tâche immense pour laquelle il nous faudra surmonter de nombreuses difficultés. Cependant, les générations futures ne nous pardonneront pas de n'avoir rien fait. Si nous laissons passer la possibilité de modifier le cours de l'histoire, elles pourront demander, à juste titre, pourquoi aucune mesure décisive n'a été prise.



Baisse relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques



Baisse relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool, selon qu'il convient dans le contexte national



Réduction relative de 10% de la prévalence du manque d'exercice physique



Réduction relative de 30 % de l'apport moyen de sel/sodium dans la population



Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel



Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale



Arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité



Au moins 50 % des personnes remplissant les critères bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux



Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés

