

## **F. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE ET PLAN D'ACTION POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET DE LA LUTTE CONTRE CELLES-CI, Y COMPRIS L'ALIMENTATION, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ**

### **Antécédents**

79. En 2006, le Conseil directeur a approuvé la Résolution CD47.R9, *Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé*. La résolution priait instamment les États membres de mettre en œuvre des politiques et des plans d'action intégrés guidés par la Stratégie Régionale et demandait à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de renforcer les capacités des États membres pour mettre en œuvre des approches intégrales et multisectorielles et renforcer ou établir de nouveaux partenariats. La Stratégie Régionale suit quatre lignes d'action : politiques et plaidoyer, surveillance, promotion de la santé et prévention des maladies et prise en charge intégrée des maladies chroniques et s'inscrit bien dans le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, qui a été approuvé en 2008.

### **Le point sur la situation actuelle**

80. Les maladies chroniques représentent actuellement la principale cause de mortalité avec 3 millions de décès<sup>1</sup> et d'incapacité dans la vaste majorité des pays des Amériques. Environ 250 millions de personnes sur un total de 890 millions (en 2005) dans la Région souffrent de maladies chroniques, essentiellement de maladies cardiovasculaires, des cancers et le diabète. Ces maladies touchent essentiellement les groupes à faibles et moyens revenus. Il est estimé que 139 millions (25%) de personnes âgées de plus de 15 ans, dont 103 millions étaient des femmes, étaient considérées comme obèses (IMC>30) en 2005, et que ce chiffre est en rapide augmentation et pourrait atteindre 289 millions (39%) d'ici 2015, dont 164 millions seront des femmes.<sup>2</sup> La préoccupation est croissante concernant la hausse rapide des taux d'obésité chez les enfants et les adolescents. Les retombées des maladies chroniques, en termes de souffrance humaine et de coût économique, sont énormes. Pourtant ces maladies peuvent être évitées, et peuvent être non seulement évitées de manière efficace au niveau des coûts, mais aussi contrôlées par le biais de politiques publiques, de la réduction des facteurs de risques et de la prestation de services de santé pour le dépistage, la détection

---

<sup>1</sup> HSD/NC base de données sur la mortalité des maladies chroniques non transmissibles

<sup>2</sup> Estimé à partir de la base d'information de l'OMS qui peut être consultée à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/infobase/report.aspx>.

précoce et la prise en charge des maladies. Par exemple, la mise en place de stratégies de base visant à réduire de 20% l'utilisation du tabac et de 15% l'apport en sel ainsi qu'à utiliser des traitements simples avec plusieurs médicaments pour les patients ayant un risque élevé de maladies cardiovasculaires pourrait éviter plus de 3,4 millions de décès imputables aux maladies chroniques dans la Région sur une période de dix ans et à un coût raisonnable.<sup>3</sup>

81. Depuis que le Conseil directeur a adopté la résolution sur les maladies chroniques en 2006, pratiquement tous les États membres ont accompli des progrès substantiels dans la mise en œuvre de plans nationaux pour leur programme national de lutte contre les maladies chroniques, tel que noté dans le Rapport de fin de l'exercice biennal présenté au Comité exécutif (voir tableau 1). Dans la plupart des cas, les pays ont indiqué qu'ils avaient dépassé les indicateurs de Résultats escomptés au niveau Régional se rapportant aux maladies chroniques qui figurent dans le Plan stratégique.

82. Lors de la période biennale 2008-2009, l'OPS a mobilisé environ 21 millions USD sur les 28 millions budgétisés pour soutenir l'Objectif stratégique 3<sup>4</sup> (maladies non transmissibles/NCD, santé mentale et blessures). Au niveau international, le tableau des ressources pour les NCD reste mitigé.<sup>5</sup> Par exemple, en 2008, la Fondation Bill et Melinda Gates et Bloomberg Philanthropies ont engagé 500 millions pour aider 15 pays dans le monde entier à améliorer la lutte contre le tabagisme, deux de ces pays étant dans la Région des Amériques (Brésil et Mexique). Les prêts de la Banque mondiale entre 1995 et 2005 s'élevaient à plus de 300 millions pour les NCD et les traumatismes. On ne connaît pas le niveau d'aide aux NCD accordé par l'Assistance officielle au Développement (ODA) mais les estimations préliminaires le situent à 1-2% du total. La plupart des organismes de développement trouvent que le soutien des NCD représente tout un défi car elles ne sont pas comprises dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Malgré le défi, des organismes d'aide technique ou des donateurs bilatéraux investissent dans la lutte contre ces maladies, tels l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États Unis (CDC) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il faudra toutefois augmenter le niveau de soins et des ressources actuelles au vu de la charge élevée de ces maladies.

---

<sup>3</sup> Gaziano T, et al. Scaling-up interventions for chronic disease prevention : the evidence. *Lancet*, 2007, 370 : 1939-46 ; extrapolé aux pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

<sup>4</sup> Objectif stratégique 3 : prévenir et réduire les maladies, les invalidités et les décès prématurés dus aux maladies chroniques non transmissibles, aux problèmes mentaux, à la violence et aux traumatismes.

<sup>5</sup> WHO. NCDnet Working Group on Innovative Resourcing Background Paper. Geneva 24 February 2010. [www.who.int/ncdnet](http://www.who.int/ncdnet).

## **Politique et plaidoyer**

83. En 2010, une évaluation de la situation et de la capacité nationale de réponse aux maladies chroniques dans la Région montre que 27 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont rapporté faire des investissements liés aux programmes de lutte contre les maladies chroniques, notamment par l'addition d'un point focal national au sein du ministère de la santé, la formation du personnel et la création de partenariats multisectoriels. Comparé à 2005, lorsque 63% des pays comptaient un point focal et un budget, tous les pays disposent à présent de ces mécanismes. Cependant, il faut redoubler d'efforts puisque seuls 16 pays mettent actuellement en œuvre un plan national de lutte contre les NCD. En 2008, des résolutions concernant le diabète et l'obésité ainsi que la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus ont été approuvées par le Conseil directeur. Nombre de pays ont également pris des mesures essentielles visant à incorporer les NCD, y compris les médicaments, dans les programmes de protection sociale.

84. L'Observatoire de politiques CARMEN est une initiative conjointe de l'OPS et du Centre collaborateur de l'OPS/OMS sur les politiques en matière de maladies non transmissibles de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). L'Observatoire est une plateforme pour le réseau des pays des Amériques engagés dans l'analyse et le suivi systématique des politiques relatives aux maladies chroniques.

85. Une compilation de la législation des pays et territoires de l'Amérique latine et des Caraïbes anglophones sur la prévention et le contrôle de l'obésité, du diabète et des maladies cardiovasculaires a été faite en 2009 et 2010 respectivement, suivie d'une publication électronique ainsi que de la rédaction de directives qui aideront à mettre à jour la législation lorsque ce sera nécessaire. Un plan de travail sur la mise à jour de la législation relative à la prévention et au contrôle de l'obésité dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes débutera au second semestre de 2010 par une réunion Régionale des législateurs.

86. Les implications économiques, budgétaires et sociales des maladies chroniques et du vieillissement ont été analysées lors d'un atelier Régional qui s'est tenu en 2009 avec 10 pays et des représentants de la Banque interaméricaine de développement et de la Banque mondiale. Une étude régionale sur la charge économique commencera en 2010. Les résultats seront utilisés pour susciter l'engagement des décideurs des ministères de la santé et de l'économie lors d'une réunion en 2011 visant à accroître le soutien pour la lutte contre les NCD.

87. Au niveau infrarégional, les chefs d'État de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) ont tenu un sommet spécial sur les maladies chroniques en 2007. Les Chefs de gouvernement participants se sont engagés à faire progresser les politiques et surveiller la mise en œuvre de la déclaration du sommet. Le 13 mai 2010, l'Assemblée

générale des Nations Unies a décidé de convoquer une réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles pour septembre 2011, donnant ainsi suite à une proposition des pays du CARICOM. La RESSCAD/COMISCA<sup>6</sup> a adopté des résolutions sur les maladies chroniques et le cancer et a mis au point un plan d'opération annuel qui regroupe sept activités concernant les maladies chroniques. MERCOSUR<sup>7</sup> a fait de la surveillance des maladies chroniques une priorité pour l'orientation des politiques et des décideurs. Des cours ont été dispensés dans les Caraïbes et en Amérique centrale sur l'analyse et la formulation des politiques, tout particulièrement en ce qui concerne les maladies chroniques.

### Surveillance

88. L'OPS/OMS soutient les efforts déployés par les États membres pour renforcer leur système d'information sanitaire pour contrôler les maladies chroniques en apportant les directives et les outils permettant de mettre en œuvre la méthodologie PanAm STEPS,<sup>8</sup> de mettre en place une surveillance des facteurs risques et de compiler une liste normalisée des indicateurs minimaux, qui inclut la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et la qualité des soins. Vingt sept pays ciblés dans la Région ont défini l'ensemble des indicateurs fondamentaux des NCD. Treize pays ciblés ont mis en place un système de collecte de ces données en utilisant la méthodologie de l'OPS et en analysant ces données dans la perspective des déterminants sociaux et du genre. Des forums de discussion sur la surveillance des NCD ont été mis en place au moyen de groupes technique du Marché commun du Sud (MERCOSUR), du réseau des épidémiologistes des Caraïbes coordonné par CAREC et de l'assistance de l'Agence de santé des Andes (ORAS) pour les pays andins. Vingt sept pays ciblés ont préparé au minimum un rapport sur la situation des NCD ou l'ont inclus dans le rapport sur la situation sanitaire du pays. L'OPS/OMS soutient la collecte et l'analyse des données désagrégées par sexe, âge et origine ethnique, notamment la participation des utilisateurs et des producteurs des gouvernements et de la société civile.

---

<sup>6</sup> RESSCAD/COMISCA : *Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana/Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica* (Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine/Conseil des Ministres de Santé d'Amérique centrale).

<sup>7</sup> MERCOSUR : Marché commun du Sud.

<sup>8</sup> L'approche PanAm STEPS concernant la surveillance des facteurs de risques des maladies chroniques chez les adultes a été conçue dans le cadre d'un effort déployé à l'échelle de l'OMS pour aider les pays à construire et consolider leur capacités en matière de surveillance. C'est un point d'entrée pour les pays à revenus faibles et intermédiaires de la Région qui souhaitent démarrer une surveillance des maladies chroniques non transmissibles. Pan AM STEPS sert également d'outil permettant d'harmoniser la collecte et la diffusion des données dans l'ensemble de la Région et de manière uniforme.

## Promotion de la santé et prévention des maladies

89. Un régime alimentaire sain, l'activité physique et la lutte contre le tabagisme continuent à être les piliers de la stratégie régionale. La plupart de ces programmes ne disposent pas de ressources humaines et financières suffisantes. Dix pays ont signalé avoir mis en œuvre des approches multisectorielles dans l'ensemble de la population pour réduire les facteurs de risques des maladies chroniques.

90. L'Initiative Amériques exemptes de gras trans a été lancée par l'OPS en 2007 en collaboration avec le secteur privé. Elle met en avant les réglementations, directives et actions volontaires pour éliminer les acides gras trans des aliments transformés. Une telle initiative a le potentiel de réduire les risques de maladies cardiovasculaires dans la population.

91. L'Initiative en faveur de la réduction du sel dans le régime alimentaire dont l'objectif de consommation est 5g/personne/jour d'ici 2020 pour prévenir les maladies cardiovasculaires aux Amériques a été lancée en 2009. Un groupe d'experts en matière de réduction du sel a été créé dont la tâche est de préparer les lignes générales d'actions que devront prendre les gouvernements, l'industrie et la société civile tout en préservant les avantages des programmes de fortification du sel. L'Argentine, la Barbade, le Canada, le Chili et les États-Unis sont parmi les pays qui accordent une priorité élevée à la réduction du sel dans l'alimentation.

92. La création en juillet 2008 de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement a permis de mettre en œuvre des programmes complets et intersectoriels qui sont à la fois durables et cordonnés et s'inscrivent dans le cadre des OMD. L'Alliance traite des déterminants sociaux comme la malnutrition et la pauvreté en tant que moyen de prévention contre l'obésité et les NCD étant donné que, souvent, l'enfant qui est malnutri ou rabougri est plus exposé au risque d'obésité à l'âge adulte. La participation de la société civile dans des débats tels que ceux sur le marketing des aliments pour les enfants et l'obésité chez les enfants a grandement augmenté ces cinq dernières années, notamment au Brésil, au Canada, au Chili, aux États-Unis et au Mexique.<sup>9</sup>

93. Soixante-seize villes de 14 pays<sup>10</sup> sur l'ensemble des Amériques ont mis en place les *Cicloviás Recreativas* (pistes cyclables récréatives). Neuf pays<sup>11</sup> ont mis au point des programmes de transport rapide, qui aident à réduire la congestion de la circulation, réduire les accidents de la route et faciliter les activités physiques récréatives et utilitaires.

---

<sup>9</sup> Données obtenues lors de la consultation AMRO (Marketing des aliments et des boissons auprès des enfants) et provenant des réponses des pays. À ce jour, aucun document concernant cette consultation n'a été publié.

<sup>10</sup> Argentine, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, États-Unis, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Pérou.

<sup>11</sup> Brésil, Canada, Chili, Colombie, Équateur, États-Unis, Guatemala, Mexique, Pérou.

Les pays des Caraïbes ont tous adopté la journée du bien-être insistant sur l'activité physique collective.

94. Vingt sept pays ont ratifié la Convention cadre sur la lutte contre le tabagisme.<sup>12</sup> Bien que plusieurs pays aient augmenté les taxes sur le tabac, seuls trois d'entre eux, le Chili, Cuba et le Venezuela, ont atteint le but d'avoir au moins 75 % du prix de détail des produits du tabac liés aux taxes. Huit pays ont adopté des lois nationales interdisant de fumer dans les endroits publics et les lieux de travail fermés.

95. L'OPS encourage également le concept de la santé urbaine comme moyen de répondre aux besoins des groupes en situation de vulnérabilité les plus vulnérables, par le biais de l'aménagement urbain qui encourage des lieux sûrs pour l'activité physique et de bonnes pratiques d'alimentation, deux facteurs protecteurs essentiels pour la prévention des maladies chroniques. La Journée mondiale de la Santé en 2010 a poussé tous les pays de la Région des Amériques à promouvoir l'activité physique et des styles de vie sains. Les programmes de l'OPS sur les écoles saines et les lieux de travail sains insistent également sur le régime alimentaire sain, l'activité physique et d'autres mesures visant à la prévention des maladies chroniques. Un lieu de travail sain constitue l'objectif principal du plan de travail de l'OMS sur la santé des travailleurs.

### **Prise en charge intégrée des maladies chroniques et des facteurs risques**

96. L'OPS, en étroite collaboration avec les États membres, les associations professionnelles et d'autres partenaires, a soutenu la mise au point et l'application de directives et de protocoles reposant sur des données probantes concernant la prise en charge intégrée des maladies chroniques, avec pour objectifs particuliers le cancer du col, le cancer du sein, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Actuellement, 18 pays mettent en œuvre des stratégies intégrées de soins de santé primaires pour améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes vivant avec des maladies chroniques. Le modèle de soins chroniques pour l'amélioration de la qualité des soins fournis par le biais des services de soins de santé primaires pour les personnes avec des pathologies chroniques a été mis en avant par l'OPS et ce modèle est appliqué actuellement dans 15 pays. Une évaluation rapide dans 24 pays sur la capacité de prise en charge des maladies indique que des directives ou des protocoles pour l'hypertension et le diabète sont disponibles dans 23 pays (97%). Vingt pays (86%) disposent de protocoles sur le cancer mais une très faible proportion compte des directives et des protocoles sur le contrôle du poids et l'activité physique. Il n'existe pas de politiques sur l'accès à certains médicaments et services, en particulier pour les groupes à faibles revenus. Tous les pays de la Région comptent une liste de médicaments essentiels pour les maladies chroniques.

---

<sup>12</sup> OPS. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant son application aux Amériques (Document CE146/INF/6-E, 2 mai 2010).

97. La Sous-région de l'Amérique centrale, avec le soutien de l'AECID, a mis au point une liste de médicaments essentiels, principalement pour le cancer, pour des achats sous-régionaux consolidés. Les maladies chroniques sont liées à des dépenses familiales très élevées qui poussent encore davantage les personnes dans la pauvreté. L'accès au traitement pour les personnes à faibles revenus est entravé du fait que 39-63% de la population doit payer le coût intégral des médicaments de base pour le diabète et l'hypertension.<sup>13</sup> Entre 25-75% des examens et procédures de base, dont le suivi de la glycémie, la radiographie, la mammographie, le frottis pour le dépistage du cancer du col, la colonoscopie, le profil lipidique et la dialyse, ne sont pas mentionnés dans les directives de lutte contre les NCD. Ces tests existent pourtant dans près de 85% des pays de la Région. Les services de dialyse sont accessibles dans 83% des pays. D'après les estimations, environ 40% de la population paye de sa propre poche une moyenne de 99 dollars par séance de dialyse, soit 15 500 dollars par an.

### **Renforcement des réseaux et des partenariats**

98. Le réseau CARMEN des responsables des programmes nationaux de lutte contre les maladies chroniques, des centres collaborateurs de l'OMS et des organisations non gouvernementales a été renforcé et étendu à 32 pays. Des cours régionaux sont dispensés la méthode CARMEN, en collaboration avec des instituts universitaires et techniques, portant sur la médecine factuelle, le marketing social, l'activité physique et les soins liés aux maladies chroniques.

99. En 2009, l'OPS a établi le Forum des partenaires pour l'action sur les maladies chroniques pour servir d'instrument engageant le secteur privé et la société civile, de pair avec les États membres, sachant qu'aucun secteur à lui seul ne saurait résoudre le problème. Ce mécanisme novateur vise à maximiser les rôles et capacités de chaque secteur afin de mener une action conjointe qui aura pour résultat le changement en matière d'environnement et de politiques afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies chroniques. Des réunions à venir et des actions sont prévues en 2010.

### **Prochaines mesures**

100. Malgré le grand pas en avant franchi par les États membres dans leurs programmes nationaux de lutte contre les maladies chroniques, l'attention et les ressources consacrées à ce problème de santé publique ne correspondent pas à l'étendue du fardeau de la maladie et des coûts économiques. L'OPS et les États membres doivent continuer de travailler conjointement pour promouvoir des changements intersectoriels fondamentaux avant, pendant et après la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les NCD en septembre 2011.

---

<sup>13</sup> OPS. Capacité nationale pour la prise en charge des maladies chroniques en Amérique latine et aux Caraïbes. 2009.

101. Les États membres et l'OPS doivent faire un effort concerté pour renforcer les compétences et les capacités pour la prévention et le contrôle intégrés et généralisés des maladies chroniques à tous les niveaux, y compris la surveillance, les politiques, la lutte contre le tabagisme, la réduction de la consommation de sel, les régimes alimentaires sains et l'activité physique, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies et des mécanismes d'engagement de parties prenantes multiples avec un rôle de gérance renforcé pour les ministères de la santé.

102. En outre, avec l'appui de l'OPS, les États membres devraient continuer d'accroître l'accès aux médicaments et aux services de santé de qualité pour le dépistage, la détection précoce et le contrôle des maladies chroniques. Ce dernier inclut l'autonomie du patient en matière de santé, surtout pour traiter les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète dans les populations en situation de vulnérabilité.

103. L'OPS et les États membres continueront d'améliorer la qualité et le caractère ponctuel des informations en santé destinées à guider la formulation des politiques, la planification et l'évaluation, en particulier l'information sur les facteurs de risque, et de poursuivre l'analyse fondée sur le genre et les approches et les technologies novatrices (par exemple utilisation de sondages par téléphone/téléphone cellulaire) pour maximiser la participation.

104. Une coopération technique entre les pays sur les pratiques réussies et le partage d'expériences en matière de NCD continuera d'être encouragée autant que possible. L'OPS facilitera et appuiera des mécanismes et possibilités de partage d'expériences entre les États membres, y compris le Réseau CARMEN et les plateformes électroniques.

105. L'OPS et les États membres continueront de renforcer les efforts intersectoriels, les partenariats et alliances au plan national et sous-régional comme une stratégie transversale essentielle. L'OPS continuera d'appuyer le Réseau CARMEN et le Forum des partenaires comme des mécanismes novateurs pour appuyer les efforts des pays d'engager le secteur privé et la société civile.

106. L'OPS renforcera ses efforts d'appui aux États membres pour qu'ils réexaminent leur législation et leurs règlements concernant les maladies chroniques et la lutte contre le tabagisme, y compris la mise en œuvre des directives de l'OMS sur le marketing des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants, tel qu'approuvé lors de la 63<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé.



**Tableau 1 : Indicateurs des Résultats escomptés à l'échelle Régionale (RER) Cible et listes des pays et territoires notifiant les progrès <sup>14</sup>**

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
3.1.3	Nombre de pays dont les ministères de la santé comptent une unité ou un département des maladies chroniques non transmissibles avec son propre budget.	26	Argentine, Bahamas, Bolivie, Barbade, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
3.1.4	Nombre de pays où une campagne intégrée de lutte contre les maladies chroniques et promotion de la santé a été déployée.	10	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Dominique, Grenade, Guyana, Iles vierges britanniques, Montserrat, Panama, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago
3.2.4	Nombre de pays mettant en œuvre un plan national de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles.	32 (non atteint)	Anguilla, Argentine, Barbade, Belize, Bermuda, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Dominique, Équateur, Etats-Unis, Grenade, Guyana, Haïti, Iles Caïman, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
3.2.5	Nombre de pays dans le réseau CARMEN (une initiative pour la prévention et le contrôle intégrés des maladies chroniques non transmissibles aux Amériques)	27	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Argentine, Bahamas, Barbade, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay

<sup>14</sup> Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (version d'octobre 2007).

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
3.3.4	Nombre de pays avec un système national de notification des données de santé et rapports annuels avec des indicateurs pour les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risques.	28	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Uruguay, Venezuela
3.5.4	Nombre de pays mettant en œuvre la stratégie Régionale sur l'approche intégrée à la prévention et au contrôle des maladies chroniques, y compris le régime alimentaire et l'activité physique.	10 (non atteint)	Équateur, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Trinité-et-Tobago
3.6.4	Nombre de pays mettant en œuvre les stratégies intégrées de soins de santé primaires recommandées par l'OMS pour la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.	17	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Guatemala, Îles britanniques, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela,
3.6.5	Nombre de pays avec des services et systèmes de santé renforcés pour le traitement de la dépendance au tabac, suite aux recommandations de la politique de l'OMS.	12	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Cuba, Guatemala, Guyana, Jamaïque, Mexique, Panama, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
6.2.1	Nombre de pays qui disposent d'un système fonctionnel de surveillance nationale utilisant la méthodologie Pan Am STEPS pour les rapports réguliers sur les principaux facteurs de risques de santé chez les adultes.	10	Anguilla, Antilles néerlandaises, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Costa Rica, Dominique, Grenade, Guyana, Îles vierges britanniques, Montserrat, Panama, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Uruguay
6.2.3	Nombre de pays générant une information sur les facteurs de risques (par le biais des registres et études sur la population) qui sera saisie dans la base de données régionale sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques (NCD INFO base).	15	Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, États-Unis, Guyana, Mexique, Pérou, Trinité-et-Tobago, Uruguay,

<b>Indicateur de RER No</b>	<b>Texte de l'indicateur RER</b>	<b>Cible 2009</b>	<b>Pays et territoires notifiant les progrès</b>
6.3.1	Nombre de pays qui ont adopté une interdiction de fumer dans les établissements d'éducation et de soins de santé, conformément à la Convention Cadre sur la lutte contre le tabagisme.	10	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Iles britanniques, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
6.4.1	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des plans ou des programmes pour prévenir les problèmes de santé publique causés par l'alcool, les drogues et l'utilisation d'autres substances psychoactives.	13	Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Uruguay
6.5.1	Nombre de pays qui ont adopté des directives nationales pour encourager un régime alimentaire sain et l'activité physique comme DPAS (Stratégie de régime et d'activité physique).	10	Argentine, Barbade, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, États Unis d'Amérique, Guatemala, Jamaïque, Mexique, Panama, République dominicaine, Uruguay,
6.5.2	Nombre de pays qui ont démarré ou mis en place des transports collectifs rapides dans au moins une de leurs grandes villes.	10	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, Panama, Uruguay, Venezuela
6.5.4	Nombre de pays qui ont créé des espaces favorisant la marche et la bicyclette, des programmes pour la promotion de l'activité physique et des initiatives de lutte contre les crimes dans au moins une de leurs grandes villes	7 (non atteint)	Brésil, Canada, Chili, États Unis d'Amérique, Mexique
7.2.3	Nombre de pays qui ont mis en œuvre l'initiative "Visages, Voix et Lieux"	12	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay, Venezuela
7.5.1	Nombre de publications de l'OPS qui contribuent à la base de données probantes sur l'impact de l'inégalité entre les genres sur le plan de la santé	12 (non atteint)	Chili, Cuba, Nicaragua, Panama, République dominicaine

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
9.4.3	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des programmes nationaux qui appliquent les stratégies de promotion du régime alimentaire sain afin de prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation.	16	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Grenade, Guatemala, Honduras, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Panama, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Uruguay
12.3.2	Nombre de pays avec une liste nationale de médicaments essentiels et de technologies mises à jour ces cinq dernières années et utilisée pour les achats publics et/ou remboursement.	31	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela
	Les États membres qui ont ratifié la Convention Cadre de l'OMS sur la lutte contre le tabagisme <sup>15</sup>		Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Costa Rica, Chili, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela

<sup>15</sup> Pour de plus amples informations, prière de consulter le document d'information CE146/INF/6-E.