

58^e CONSEIL DIRECTEUR

72^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Session virtuelle, 28 et 29 septembre 2020

CD58/INF/6
10 août 2020
Original : anglais

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES : RAPPORT FINAL

Antécédents

1. Les maladies non transmissibles (MNT)¹ sont les principales causes de décès et d'invalidité dans les Amériques et entraînent environ 5,5 millions de décès chaque année, soit 81 % du nombre total de décès (1). Le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rev.1) (2) a été adopté en 2013 par le 52^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour combattre ce difficile problème de santé publique. Le plan d'action est cohérent avec le *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (3).

2. Le plan d'action visait à réduire de 15 % la mortalité prématurée due aux MNT dans la Région des Amériques à l'échéance de 2019, et ce grâce à quatre stratégies globales : la mise en œuvre de plans nationaux multisectoriels concernant les MNT, la réduction des facteurs de risque de MNT, le renforcement de la réponse des systèmes de santé aux MNT et la mise en œuvre d'une surveillance et d'un suivi systématiques. Il comprenait une série d'indicateurs à satisfaire à l'échéance de 2019, qui étaient conformes aux indicateurs du Cadre mondial de suivi pour les MNT de l'OMS, à satisfaire d'ici à 2025 (4). Ce rapport final présente donc les progrès réalisés en matière d'indicateurs régionaux prévus pour 2019 et les progrès réalisés en matière d'indicateurs mondiaux prévus pour 2025. Un nouveau plan d'action concernant les MNT est proposé pour la période suivante, c'est-à-dire 2021-2025, qui vise à satisfaire les indicateurs mondiaux. Ce rapport final permet également de déclarer caduque la résolution CD48.R9 sur les *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité* (5).

¹ Les MNT comprennent les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, ainsi que leurs facteurs de risque communs : tabagisme, usage nocif de l'alcool, mauvaise alimentation et sédentarité. Le champ d'études des MNT a été élargi pour inclure les maladies mentales et les conséquences de la pollution de l'air sur la santé lors de la troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT en 2018.

Analyse des progrès accomplis

Axe stratégique d'intervention 1 : politiques et partenariats multisectoriels pour la prévention et la lutte contre les MNT

3. Les politiques et les partenariats multisectoriels sont essentiels pour réduire la charge des MNT, du fait que l'impact en matière de prévention des MNT peut être accru en intégrant des politiques, des règlements et des interventions sanitaires qui se situent au-delà du secteur de la santé et font participer tous les secteurs de la société. Toutefois, les progrès dans ce domaine sont lents, la majorité des pays et territoires de la Région n'ayant pas encore établi de commissions multisectorielles pour les MNT. De plus, lorsque ces commissions sont établies, on note des difficultés à maintenir la régularité des réunions, faire pleinement participer tous les secteurs gouvernementaux pertinents et établir une cohérence des politiques entre les secteurs. Il est donc nécessaire d'avoir un champion de haut niveau au sein du gouvernement pour convoquer et diriger une commission multisectorielle sur les MNT, car ce choix s'est avéré être l'un des facteurs qui assurent une approche multisectorielle efficace des MNT.

Objectif 1.1 : Promouvoir l'intégration de la prévention des MNT dans des secteurs extérieurs à la santé, au niveau gouvernemental, et mener des activités en partenariat avec une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, selon qu'il convient, tels que l'agriculture, le commerce, l'éducation, le travail, le développement, les finances, l'aménagement urbain, l'environnement et les transports	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.1.1 Nombre de pays disposant de politiques, multisectorielles de prévention des MNT, de cadres et d'actions dans au moins trois secteurs extérieurs au secteur de la santé au niveau gouvernemental et menés en partenariat avec une série diversifiée d'acteurs non gouvernementaux, selon qu'il convient (par ex., agriculture, commerce, éducation, travail, développement, finances, aménagement urbain, environnement et transports)</p> <p>Référence (2012) : 5 Cible (2019) : 16</p>	<p>Cette cible a été atteinte puisque 17 pays déclarent avoir des politiques multisectorielles de prévention des MNT.</p>
Objectif 1.2 : Renforcer ou développer les plans nationaux de santé en fonction d'approches multisectorielles, à l'aide d'actions et de cibles spécifiques et des indicateurs axés sur au moins les quatre MNT prioritaires et les quatre principaux facteurs de risque	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.2.1 Nombre de pays mettant en œuvre un plan multisectoriel national et/ou des actions pour la prévention et la lutte contre les MNT</p> <p>Référence (2012) : 15 Cible (2019) : 26</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte puisque seuls 19 pays déclarent disposer d'un plan d'action national opérationnel et multisectoriel couvrant les quatre principales maladies et les quatre principaux facteurs de risque.</p>

Objectif 1.3 : Élargir les politiques de protection sociale en santé pour fournir la couverture de santé universelle et un accès plus équitable à des services de santé de base, relativement à la promotion de la santé, à la prévention, au traitement curatif, à la réadaptation et aux soins palliatifs, ainsi qu'à des technologies et des médicaments essentiels pour les MNT, sûrs, abordables, efficaces et de qualité	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.3.1 Nombre de pays dotés de dispositifs nationaux de protection sociale dans le domaine de la santé qui abordent l'accès universel et équitable aux interventions en matière de MNT</p> <p>Référence (2012) : 7 Cible (2019) : 22</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Les progrès réalisés sur cet indicateur ont été insuffisants puisque seuls 12 pays ont fait état d'efforts visant à élargir de manière équitable l'accès à des services de santé complets et la couverture par ces services, y compris les interventions en matière de MNT.</p>

Axe d'intervention stratégique 2 : facteurs de risque et facteurs de protection des MNT

4. La réduction des facteurs de risque de MNT exige de diminuer le tabagisme et la consommation nocive d'alcool, tout en favorisant une alimentation saine et une activité physique pour prévenir l'obésité. Sur le plan des progrès dans la réduction du tabagisme, la prévalence régionale estimée du tabagisme chez les adultes était de 15,2 % en 2017 (19,3 % chez les hommes et 11,1 % chez les femmes). La lutte antitabac dans les Amériques a progressé : six pays ont approuvé une législation interdisant le tabagisme à l'intérieur, huit pays ont introduit l'obligation de mettre des avertissements sanitaires très visibles et cinq pays ont adopté une législation interdisant la publicité, la promotion et le parrainage du tabac. Quatre pays imposent une taxe sur le tabac qui représente au moins 75 % du prix de vente au détail.

5. En ce qui concerne la réduction de la consommation nocive d'alcool, la plupart des pays ont des taxes d'accise sur les boissons alcoolisées, mais elles sont généralement trop faibles pour générer des résultats en matière de santé publique. Les règlements sur la commercialisation de l'alcool sont minimes, y compris les restrictions de publicité et de parrainage. Limiter les heures de vente d'alcool a été efficace dans certaines juridictions, en particulier au niveau local.

6. Pour promouvoir une alimentation saine, les pays de la Région ont mis en place des taxes, des restrictions de commercialisation, des règlements d'étiquetage et des règlements pour les écoles et d'autres environnements. Vingt-quatre pays ont des programmes d'alimentation scolaire conformes à leurs lignes directrices nationales en matière de nutrition, et 20 pays ont des normes ou des règlements pour la vente d'aliments et de boissons dans les écoles. L'étiquetage sur le devant du paquet a été adopté au Chili, en Équateur, au Pérou et en Uruguay, et des efforts visant à réduire le sel ou le sodium et à éliminer des aliments les acides gras trans produits industriellement sont en cours dans toute la Région. La taxation des boissons sucrées a également progressé, certains pays ayant augmenté ces taxes à des fins de santé publique.

7. Le surpoids et l'obésité continuent d'être très préoccupants. En 2016, la Région des Amériques a connu la prévalence mondiale la plus élevée de ces affections, soit 62,5 % (64 % chez les hommes et 61 % chez les femmes) (1). Cette situation est aggravée par les taux élevés d'activité physique insuffisante, indiquée par 45,2 % des femmes et 33,1 % des hommes (1). Bien qu'aucun pays n'ait été en mesure de stopper l'augmentation de prévalence du surpoids et de l'obésité, la prévalence de la sédentarité a été réduite chez les adultes dans 13 pays et chez les adolescents dans sept pays. D'autres informations figurent dans le rapport final du *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* (document CD58/INF/5).

Objectif 2.1 : Réduire l'usage du tabac et l'exposition à la fumée secondaire	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.1.1 Nombre de pays qui réduisent la prévalence de l'usage actuel du tabac, à partir du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent à la cible mondiale de la réduction relative de 30 % du taux de tabagisme actuel pour 2025 (mesuré par la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage actuel du tabac dans la population âgée de 15 ans et plus)</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Neuf pays sont sur la bonne voie, sur la base des tendances actuelles, pour atteindre la cible d'une réduction relative de 30 % du tabagisme actuel d'ici à 2025.</p>
Objectif 2.2 : Réduire l'usage nocif de l'alcool	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.2.1 Nombre de pays qui en 2019 obtiennent une réduction de l'usage nocif de l'alcool du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent à la cible mondiale de la réduction relative de 10 % pour 2025</p> <p>Référence (2010) : 2 Cible (2019) : 8</p>	<p>Cette cible a été dépassée, car un nombre de pays plus important que prévu a atteint cet indicateur ; 10 pays ont réduit la consommation nocive d'alcool (consommation d'alcool par habitant réduite d'au moins 5 %).</p>
Objectif 2.3 : Promouvoir une alimentation saine pour la santé et le bien-être	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.3.1 Nombre de pays dotés de politiques pour réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres et en sel</p> <p>Référence (2012) : 2 Cible (2019) : 8</p>	<p>Cette cible a été atteinte, puisque huit pays ont déclaré avoir mis en place des politiques d'alimentation saine pour réduire la commercialisation pour les enfants d'aliments et de boissons non alcoolisées riches en graisses, en sucres et en sel.</p>

Objectif 2.3 : Promouvoir une alimentation saine pour la santé et le bien-être	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.3.2 Nombre de pays qui ont adopté des politiques nationales pour limiter les graisses saturées et virtuellement éliminer les huiles végétales partiellement hydrogénées dans la nourriture, selon les contextes et programmes nationaux</p> <p>Référence (2012) : 6 Cible (2019) : 12</p>	<p>Cette cible a été atteinte, puisque 12 pays ont indiqué avoir des politiques nationales visant à éliminer les acides gras trans produits industriellement (c'est-à-dire les huiles partiellement hydrogénées) dans l'alimentation.</p>
<p>2.3.3 Nombre de pays qui en 2019 ont réduit la consommation de sel/sodium du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative de 30 % de la consommation de sel/sodium de la population, mesurée par la consommation moyenne ajustée selon l'âge de sel (chlorure de sodium) en grammes par jour chez les personnes âgées de 18 ans et plus</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 10</p>	<p>Les données nationales sur la consommation de sel ne sont pas mises à disposition pour 2019. Les dernières données disponibles ne concernent que l'année de référence (2010), et il n'est donc pas possible d'évaluer les progrès réalisés à ce stade pour cet indicateur.</p>
Objectif 2.4 : Promouvoir une vie active pour la santé et le bien-être et pour prévenir l'obésité	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.4.1 Nombre de pays qui en 2019 réduisent la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adultes, du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent ainsi à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 10 % de la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les personnes âgées de 18 ans et plus (définie comme moins de 150 minutes d'activité d'une intensité modérée par semaine ou équivalent)</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 8</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque 13 pays déclarent que la prévalence de la sédentarité chez l'adulte a été réduite en ce sens, de l'année de référence (2010) à la dernière année de données disponibles (2016).</p>

Objectif 2.4 : Promouvoir une vie active pour la santé et le bien-être et pour prévenir l'obésité	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.4.2 Nombre de pays qui en 2019 réduisent la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adolescents, du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 10 % de la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adolescents (définie comme moins de 60 minutes d'activité d'une intensité modérée à vigoureuse par jour chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire)</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 5</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque sept pays déclarent que la prévalence de la sédentarité chez les adolescents a été réduite en ce sens, de l'année de référence (2010) à la dernière année de données disponibles (2016).</p>

Axe d'intervention stratégique 3 : Réponse du système de santé face aux MNT et aux facteurs de risque

8. Pour améliorer la réponse du système de santé aux MNT et aux facteurs de risque, il faut renforcer l'accès aux services relatifs aux principales MNT, et la qualité de ces services, en particulier au niveau des soins primaires. Toujours la principale cause de décès dans la Région, les maladies cardiovasculaires (MCV) sont à l'origine d'environ 1,9 million de décès par an (1). L'hypertension artérielle est leur principal facteur de risque et touche 14,8 % des femmes et 20,3 % des hommes (1). Des lignes directrices sur les maladies cardiovasculaires ont été établies dans 17 pays (48 %), mais seuls 11 pays ont rapporté que les médicaments essentiels sont largement disponibles (6).

9. On estime que, dans les Amériques, 62 millions de personnes souffrent de diabète de type 2, et que 8,1 % des femmes et 8,5 % des hommes ont une glycémie élevée (1). Dans la Région, la prévalence la plus élevée de diabète est celle des pays caribéens (13,7 % chez les femmes, 9,9 % chez les hommes) (1). Les directives pour la prise en charge du diabète ne sont pleinement mises en œuvre que dans 18 pays seulement (47 %), alors que la mesure de la glycémie est généralement offerte dans tous les établissements de soins primaires sur l'ensemble de la Région, la mesure du taux d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) étant par ailleurs mise à disposition dans 20 pays (53 %) (6). En ce qui concerne les médicaments essentiels, 34 pays indiquent que la metformine et l'insuline sont généralement mises à disposition dans les établissements publics de soins de santé primaires (6).

10. Le cancer est la deuxième cause majeure de décès dans les Amériques, les types les plus courants étant le cancer du poumon, le cancer de la prostate et le cancer colorectal chez l'homme, et le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus chez la femme (1). Les plans complets contre le cancer qui tiennent compte du continuum de soins (prévention primaire, prévention secondaire, diagnostic, traitement, soins palliatifs) sont promus par l'OMS et d'autres institutions. Environ la moitié des pays de la Région

(23 pays, 61 %) indiquent qu'ils disposent d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national contre le cancer, soit que ces actions soient autonomes, soit qu'elles soient intégrées au plan national contre les MNT (6). Des progrès notables sont faits en matière de prévention du cancer du col de l'utérus, 40 pays ou territoires ayant introduit le vaccin anti-VPH et 33 pays indiquant disposer de services de dépistage. Toutefois, jusqu'ici, seuls six pays font état d'une couverture de dépistage à des niveaux susceptibles d'avoir un impact (70 % ou plus) (6).

11. Les maladies respiratoires chroniques, principalement la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme et les maladies pulmonaires dues à une exposition professionnelle, sont responsables d'environ 372 000 décès par an dans les Amériques (1). Le tabagisme, la pollution de l'air, les produits chimiques professionnels et les poussières sont leurs facteurs de risque les plus importants. Le traitement est indiqué comme étant généralement proposé dans les établissements de soins primaires, et 28 pays (74 %) notifient la mise à disposition d'inhalateurs à stéroïdes alors que 33 pays (87 %) indiquent la mise à disposition de bronchodilatateurs. Toutefois, les directives sur la prise en charge des maladies respiratoires chroniques ne sont appliquées que dans neuf pays (24 %), et seuls huit pays (21 %) indiquent disposer d'une politique, d'une stratégie, ou d'un plan d'action opérationnels propres aux maladies respiratoires chroniques (6).

Objectif 3.1 : Améliorer la qualité des services de santé pour la gestion des MNT	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.1.1 Nombre de pays appliquant un modèle de gestion intégrée pour les MNT (par ex., modèle de soins chroniques avec directives fondées sur des données factuelles, système d'information clinique, soins personnels, soutien communautaire, soins d'équipe multidisciplinaire)</p> <p>Référence (2012) : 9 Cible (2019) : 13</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque 17 pays et un territoire déclarent avoir mis en œuvre un modèle de soins chroniques pour renforcer la lutte contre le diabète et l'hypertension.</p>
Objectif 3.2 : Accroître l'accès aux technologies et aux médicaments essentiels et leur utilisation rationnelle pour le dépistage, le diagnostic, le traitement, la maîtrise, la réhabilitation et les soins palliatifs des MNT	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.2.1 Nombre de pays qui en 2019 ont atteint le niveau de disponibilité de technologies de base et des médicaments essentiels abordables (y compris les médicaments génériques) requis pour traiter les quatre MNT principales dans les établissements publics et privés, niveau par le pays pour le rapport intérimaire au cadre mondial de suivi de l'OMS, et qui contribuent à la cible mondiale de 2025 de 80 % de disponibilité.</p> <p>Référence (2010) : 7 Cible (2019) : 18</p>	<p>Cette cible a été partiellement atteinte puisque seuls 16 pays et un territoire déclarent disposer des technologies de base et des médicaments essentiels dans le secteur public ou privé.</p>

Objectif 3.2 : Accroître l'accès aux technologies et aux médicaments essentiels et leur utilisation rationnelle pour le dépistage, le diagnostic, le traitement, la maîtrise, la réhabilitation et les soins palliatifs des MNT	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.2.2 Nombre de pays qui en 2019 ont amélioré l'accès aux soins palliatifs, évalué par l'augmentation de la consommation d'analgésiques opioïdes (à l'exclusion de la méthadone) mesurée en équivalent de morphine par décès dû à un cancer, sur la base des données de 2010</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 9</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque 13 pays ont des soins palliatifs généralement mis à disposition dans le secteur public. Les données sur les modifications de consommation d'opioïdes, mesurée en équivalent de morphine, par décès dû à un cancer ne sont pas disponibles.</p>
<p>3.2.3 Nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique et le Fonds renouvelable de l'OPS ou d'autres mécanismes d'économie de coûts pour acheter les médicaments essentiels et les technologies de la santé utiles pour la prévention, la maîtrise et les soins palliatifs des quatre principales MNT, comme les médicaments utilisés en chimiothérapie, les médicaments de soins palliatifs, l'insuline, les matériels de dialyse et d'hémodialyse, les vaccins contre le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus du papillome humain (VPH), ainsi que les médicaments pour le traitement de l'hypertension et du diabète</p> <p>Référence (2012) : 0 Cible (2019) : 5</p>	<p>Cette cible a été partiellement atteinte puisque trois pays ont utilisé le Fonds stratégique pour acheter des médicaments contre le cancer ou des médicaments destinés à des maladies cardiovasculaires.</p>
<p>3.2.4 Nombre de pays disposant d'une commission officielle qui sélectionne, selon les meilleures données scientifiques disponibles et en dehors de tout conflit d'intérêts, les médicaments et les technologies pour la prévention et/ou le traitement et/ou les soins palliatifs des MNT à des fins d'inclusion ou d'exclusion des listes de services du secteur public</p> <p>Référence (2012) : 6 Cible (2019) : 13</p>	<p>L'objectif a été dépassé puisque 16 pays et un territoire déclarent disposer de commissions stables qui établissent une liste nationale des médicaments essentiels pour le système de santé publique.</p>
<p>3.2.5 Nombre de pays disposant d'un plan établi, selon le contexte, pour accroître l'accès à des options de traitement abordables pour les patients présentant une insuffisance rénale chronique (IRC), en particulier en phase terminale</p> <p>Référence (2012) : 5 Cible (2019) : 9</p>	<p>Cette cible a été dépassée, puisque 11 pays déclarent avoir augmenté les cas de traitement d'insuffisance rénale en phase terminale.</p>

Objectif 3.3 : Mettre en œuvre des interventions efficaces, fondées sur les données factuelles et d'un bon rapport coût-efficacité pour le traitement et la maîtrise des MCV, de l'hypertension, du diabète, des cancers et des maladies respiratoires chroniques	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.3.1 Nombre de pays qui en 2019 ont atteint le seuil fixé de taux de glycémie élevé/diabète, en passant du niveau établi comme référence nationale au niveau établi pour le rapport intermédiaire au cadre mondial de suivi de l'OMS, contribuant ainsi à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à l'augmentation de prévalence des taux de glycémie élevés/du diabète, évalués par la prévalence ajustée selon l'âge de taux de glycémie élevés/diabète parmi les adultes de 18 ans et plus (définis par une glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l [126 mg/dl] ou par la prise de médicament(s) pour taux de glycémie élevé)</p> <p>Référence (2010) : 1 Cible (2019) : 6</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Un seul pays a interrompu l'augmentation de la prévalence du diabète.</p>
<p>3.3.2 Nombre de pays qui en 2019 ont atteint le seuil fixé d'obésité de l'adulte, en passant du niveau établi comme référence nationale au niveau établi pour le rapport intermédiaire au cadre mondial de suivi de l'OMS, contribuant ainsi à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à l'augmentation de prévalence de l'obésité de l'adulte, évaluée par la prévalence ajustée selon l'âge du surpoids et de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus (définie par un IMC ≥ 25 kg/m² pour le surpoids et ≥ 30 kg/m² pour l'obésité)</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 5</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Aucun pays n'a interrompu l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte.</p>
<p>3.3.3 Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour le surpoids et l'obésité de l'adolescent, de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intermédiaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à l'augmentation du surpoids et de l'obésité (défini, selon la référence de croissance de l'OMS pour le surpoids des enfants et des adolescents d'âge scolaire comme une variation d'IMC d'un écart-type selon l'âge et le sexe, et comme une variation d'IMC de deux écarts-types selon l'âge et le sexe pour l'obésité)</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 6</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Aucun pays n'a interrompu l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents.</p>

Objectif 3.3 : Mettre en œuvre des interventions efficaces, fondées sur les données factuelles et d'un bon rapport coût-efficacité pour le traitement et la maîtrise des MCV, de l'hypertension, du diabète, des cancers et des maladies respiratoires chroniques	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.3.4 Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'au moins 50 % de personnes ayant droit de recevoir une thérapie médicamenteuse et des conseils (y compris pour le contrôle de la glycémie) pour prévenir les crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux (personnes définies comme étant âgées de 40 ans ou plus et présentant un risque cardiovasculaire sur 10 ans de 30 % ou plus, y compris les personnes présentant déjà des MCV)</p> <p>Référence (2010) : 4 Cible (2019) : 6</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque sept pays déclarent avoir une pharmacothérapie et des conseils offerts à au moins 50 % des personnes admissibles présentant des maladies cardiovasculaires.</p>
<p>3.3.5 Nombre de pays qui en 2019 réduisent le niveau de prévalence de l'hypertension artérielle de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou stabilisent la prévalence de l'hypertension artérielle, exprimée en prévalence ajustée à l'âge d'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus (définie comme une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg)</p> <p>Référence (2010) : 0 Cible (2019) : 12</p>	<p>Cette cible a été dépassée. Alors que 30 pays et un territoire affichent une réduction de l'hypertension artérielle, seuls deux de ces pays devraient atteindre la cible mondiale pour 2025.</p>
<p>3.3.6 Nombre de pays qui en 2019 atteignent une couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus de 70 % (chez les femmes âgées de 30 à 49 ans, au moins une fois ou plus souvent, et pour les tranches d'âge inférieures ou supérieures conformément aux politiques nationales)</p> <p>Référence (2012) : 5 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. Seuls cinq pays déclarent avoir une couverture de dépistage de 70 % ou plus chez les femmes de la population générale.</p>
<p>3.3.7 Nombre de pays avec au moins 50 % de couverture du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans (et dans d'autres groupes d'âge conformément aux politiques et aux programmes nationaux) sur une période de trois ans, avec tous les cas positifs découverts pendant le dépistage ayant reçu un traitement efficace et dans les délais</p> <p>Référence (2012) : 4 Cible (2019) : 9</p>	<p>Cette cible a été atteinte. Neuf pays déclarent avoir une couverture de dépistage du cancer du sein d'au moins 50 % de leur population cible.</p>

Objectif 3.3 : Mettre en œuvre des interventions efficaces, fondées sur les données factuelles et d'un bon rapport coût-efficacité pour le traitement et la maîtrise des MCV, de l'hypertension, du diabète, des cancers et des maladies respiratoires chroniques	
Indicateur, référence et cible	Situation
3.3.8 Nombre de pays qui fournissent, selon le cas, des vaccins abordables et d'un bon rapport coût-efficacité contre le virus du papillome humain (VPH) conformément aux politiques et aux programmes nationaux Référence (2012) : 8 Cible (2019) : 18	Cette cible a été dépassée puisque 35 pays et cinq territoires ont déclaré avoir introduit le vaccin contre le VPH dans leurs programmes nationaux de vaccination.

Axe d'intervention stratégique 4 : Surveillance et recherche en matière de MNT

12. Le plan d'action visait à réduire la mortalité prématurée due aux MNT et à améliorer la capacité de surveillance de ces maladies. La Région des Amériques a la mortalité prématurée due aux MNT la plus faible au monde, soit 15 % (mesurée comme la probabilité inconditionnelle de mourir d'une MNT entre 30 et 70 ans) (1). Néanmoins, la Région n'a pas atteint l'objectif de réduction de la mortalité prématurée pour 2019, et seuls cinq pays devraient être sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de développement durable 3.4, c'est-à-dire une réduction d'un tiers de la probabilité de mourir entre 30 et 70 ans d'une MNT d'ici à 2030 (7). La capacité de surveillance s'est développée lentement dans la Région : des enquêtes sur les MNT menées auprès d'adultes et d'adolescents ont été réalisées dans 12 pays au cours des 10 dernières années. Le défi demeure de produire en temps opportun des données sur les MNT et sur la prévalence des facteurs de risque, car la plupart des pays de la Région disposent de données datant de plus de 5 ans. L'enregistrement des cas de cancer n'a pas progressé dans la Région, bien que l'incidence du cancer soit un indicateur des plans d'action mondiaux et régionaux concernant les MNT. Seuls 11 pays et un territoire ont mis en place des registres du cancer basés sur la population et font état de l'incidence des cas de cancer ; toutefois, le défi demeure sur le plan de l'actualité des données.

Objectif 4.1 : Améliorer la qualité et l'envergure des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque pour y inclure l'informations sur la situation socioéconomique et professionnelle	
Indicateur, référence et cible	Situation
4.1.1 Une réduction de 15 % de la mortalité prématurée due aux quatre principales MNT en 2019 et une réduction de 25 % d'ici à 2025 Référence (2012) : 324, 6 décès pour 100 000 personnes Cible (2019) : 280 décès pour 100 000 personnes	Cette cible a été atteinte. La mortalité prématurée due aux MNT est estimée à 288 décès pour 100 000 personnes.

Objectif 4.1 : Améliorer la qualité et l'envergure des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque pour y inclure l'informations sur la situation socioéconomique et professionnelle	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.1.2 Nombre de pays avec des données de mortalité de qualité élevée (fondée sur des critères internationaux d'exhaustivité, de couverture et de pourcentage de causes de décès mal définies ou inconnues) pour les quatre principales MNT et d'autres MNT de priorité nationale (par ex. IRC)</p> <p>Référence (2012) : 10 Cible (2019) : 15</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque 23 pays déclarent avoir des données de mortalité d'excellente qualité.</p>
<p>4.1.3 Nombre de pays ayant des données d'incidence du cancer de bonne qualité, par type de cancer pour 100 000 personnes</p> <p>Référence (2012) : 11 Cible (2019) : 16</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque 19 pays et un territoire déclarent s'être dotés de registres du cancer (registres hospitaliers ou de population) pour permettre de notifier l'incidence des cancers.</p>
<p>4.1.4 Nombre de pays disposant d'au moins deux enquêtes démographiques représentatives au niveau national en 2019 sur les facteurs de risque et de protection des MNT chez les adultes et les adolescents au cours des 10 dernières années, incluant : tabagisme, consommation d'alcool, anthropométrie, albumine, pression artérielle, glycémie à jeun et cholestérol, apport en fruits et légumes, créatinine, sédentarité, apport en sodium, prévalence de la maladie, consommation de sucre, consommation de médicaments</p> <p>Référence (2010) : 7 Cible (2019) : 18</p>	<p>Cette cible n'a pas été atteinte. 12 pays ont mené deux enquêtes de population représentatives au niveau national sur les MNT, l'une chez les adultes et l'autre chez les adolescents, au cours d'une période de 10 ans.</p>
Objectif 4.2 : Améliorer l'utilisation des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque et renforcer la recherche opérationnelle dans le but d'améliorer les données factuelles pour la planification, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes liés aux MNT	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.2.1 Nombre de pays qui produisent et disséminent des rapports réguliers analysant les MNT et les facteurs de risque, y compris les déterminants démographiques, socioéconomiques et environnementaux et leur distribution sociale, afin de contribuer au processus mondial de suivi des MNT</p> <p>Référence (2012) : 9 Cible (2019) : 16</p>	<p>Cette cible a été dépassée puisque 17 pays ont produit des rapports de situation de pays sur les MNT et leurs facteurs de risque.</p>

Objectif 4.2 : Améliorer l'utilisation des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque et renforcer la recherche opérationnelle dans le but d'améliorer les données factuelles pour la planification, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes liés aux MNT	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.2.2 Nombre de pays dotés de programmes de recherche qui incluent des études de recherche opérationnelle sur les MNT et leurs facteurs de risque visant à renforcer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes fondés sur des données factuelles</p> <p>Référence (2012) : 9 Cible (2019) : 16</p>	<p>Cette cible a été partiellement atteinte puisque 12 pays déclarent avoir un programme de recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque.</p>

Enseignements tirés

13. Les enseignements tirés de la mise en œuvre de ce plan d'action régional au cours des six dernières années peuvent être résumés comme suit :

- a) Compte tenu des priorités concurrentes en matière de santé publique, il est urgent de renforcer la volonté politique et les engagements de haut niveau pour donner la priorité aux MNT, en les maintenant au premier plan et au centre des réformes du système de santé et d'approches multisectorielles telles que la santé dans toutes les politiques. Les MNT n'ont pas bénéficié des investissements nécessaires pour effectuer les changements en matière de services de santé, les modifications politiques et législatives ou des systèmes de surveillance qui correspondent à la charge de la maladie. De plus, il est essentiel de maintenir l'engagement politique envers les investissements à long terme pour les programmes, les services, les politiques et les systèmes de surveillance des MNT à mesure que la charge de la maladie augmente, que la population vieillit et que les priorités concurrentes avec d'autres questions de santé publique sont également plus nombreuses.
- b) Les objectifs de santé publique et les intérêts du secteur privé peuvent être en conflit, et il existe dans le processus d'établissement de politiques de prévention des MNT une ingérence de la part des industries du tabac, de l'alcool, et des aliments et boissons nocifs pour la santé. Cette ingérence a entravé les progrès réalisés dans de nombreux pays où l'établissement de politiques efficaces de réduction des facteurs de risque, en particulier pour la lutte antitabac, la réduction de la consommation d'alcool et la promotion d'une alimentation saine ont été gravement retardés.
- c) Un leadership fort est nécessaire pour favoriser la collaboration et la coopération avec les secteurs autres que celui de la santé. Il est difficile de plaider en faveur de l'intégration de la santé à d'autres politiques sectorielles et de collaborer de manière significative avec des acteurs non étatiques pour prendre des mesures visant à protéger la santé de la population. Les commissions multisectorielles chargées de

- la lutte contre les MNT, dirigées par le plus haut niveau de gouvernement, ont démontré qu'elles constituent un mécanisme efficace pour assurer la collaboration intersectorielle et la cohérence des politiques. Toutefois, il s'est avéré difficile d'établir de telles commissions et, quand celles étaient établies, de les maintenir en tant que plates-formes permanentes pour les interventions politiques multisectorielles en matière de MNT.
- d) Il est nécessaire de renforcer les services de santé axés sur les personnes et d'assurer une protection financière pour une prévention et un contrôle efficaces des MNT. Les actions doivent se dérouler sur l'ensemble du continuum : la prévention primaire, le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins palliatifs. Cette tâche est complexe, mais réalisable, et elle doit être pleinement intégrée à la réforme de la couverture sanitaire universelle et de l'accès universel aux soins. Au fur et à mesure que les pays définissent leurs ensembles essentiels de services de santé et d'avantages sociaux et leurs listes de médicaments essentiels, les services et les médicaments essentiels pour les MNT, souvent négligés, doivent constituer une priorité et être intégrés à ces processus de réforme de la santé.

14. En résumé, la mise en œuvre de ce plan d'action régional contre les MNT n'a pas été optimale. Sur les 19 indicateurs de progrès concernant les MNT – qui comprennent les plans et objectifs nationaux en matière de MNT, les politiques visant à lutter contre le tabac, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation mauvaise pour la santé, la sédentarité et la capacité de prise en charge des MNT par le système de santé – le plus grand nombre d'interventions (12/19) n'a été mis en œuvre que par trois pays (Brésil, Chili et Costa Rica). La majorité des pays et territoires (18/35) n'ont respecté que cinq indicateurs de progrès, voire moins (6). Les indicateurs les plus respectés sont les cibles nationales assorties de délais, les plans nationaux concernant les MNT, les environnements sans fumée et les avertissements sanitaires sur les produits du tabac, ainsi que les campagnes de sensibilisation du public et de communication en matière d'activité physique. Les indicateurs liés aux lignes directrices et aux médicaments essentiels des MNT, les politiques en matière d'alcool, les politiques de réduction du sel et les politiques de réduction des gras trans sont peu respectés. En fin de compte, l'objectif est de réduire la mortalité prématurée due aux MNT. Alors que la probabilité de mourir de l'une des quatre principales MNT entre 30 et 70 ans a été réduite dans les Amériques de 19 % (23 % pour les hommes, 16 % pour les femmes) en 2000 à 15 % (18 % pour les hommes, 13 % pour les femmes) en 2016 (dernière année pour laquelle les données disponibles), la projection est que la cible mondiale de réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux MNT d'ici à 2025 ne sera pas atteinte dans la Région (1).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

15. S'attaquer aux MNT est une tâche complexe et ardue. Compte tenu de la lenteur des progrès vers la réalisation des objectifs régionaux de 2019, un scénario de statu quo ne peut se poursuivre, surtout si l'objectif 3.4 des ODD doit être atteint d'ici à 2030. Le succès nécessitera une intensification renforcée des « meilleurs investissements » de l'OMS, de

l'intégration des MNT aux réformes des systèmes de santé et de financements nationaux adéquats et soutenus visant les MNT, à la mesure de la charge sanitaire et socioéconomique qu'elles représentent.

16. Un nouveau plan d'action régional sur les MNT est proposé pour la période de 2021 à 2025, afin de déterminer les mesures à mettre en œuvre pour atteindre les indicateurs mondiaux de 2025 concernant ces maladies. Il devra tenir compte des progrès sous-optimaux en ce qui concerne les politiques, la législation et le renforcement des systèmes de santé en matière de MNT et en appeler à une augmentation des investissements nationaux. Le plan d'action proposera également des mesures pour s'attaquer aux liens entre le changement climatique, les risques pour la santé environnementale et les MNT, pour contrer l'ingérence de l'industrie dans l'élaboration des politiques sur les MNT et pour promouvoir la sensibilisation du public et les mouvements sociaux en faveur de modes de vie sains et du bien-être.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

17. Étant données les circonstances extraordinaires et sans précédent dues à la pandémie de COVID-19, et conformément à la résolution CE166.R7, ce document sera publié à des fins d'information uniquement et ne fera pas l'objet d'une discussion lors du Conseil directeur.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. NCDs at a glance: NCD mortality and risk factor prevalence in the Americas. Washington (DC) : OPS ; 2019. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51696>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e Conseil directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013. Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2013 (document CD52/7, Rev. 1). Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-f.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Genève : OMS. 2013. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf?ua=1
4. Organisation mondiale de la Santé. NCD Global Monitoring Framework: Ensuring progress on noncommunicable diseases in countries. Genève : OMS. 2016. Disponible sur : https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/

5. Organisation panaméricaine de la Santé. Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité [Internet]. 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008. Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2008 (résolution CD48.R9). Disponible sur :
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1112&Itemid=270&lang=fr
6. Organisation mondiale de la Santé. Profils OMS 2018 des pays pour les maladies non transmissibles. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur :
<https://www.who.int/nmh/countries/fr/>
7. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: Worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. The Lancet 2018. 392(10152):1072-1088. Disponible sur :
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31992-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31992-5/fulltext)

- - -