Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/8**
Point 13.1 de l'ordre du jour provisoire **15 mars 2013**

Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles

Réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles

Rapport du Directeur général

1. Le document ci-joint EB132/6 sur le rapport de la réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, a été examiné par le Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session.[1] Le Conseil a adopté la décision EB132(1),[2] dans laquelle il a décidé d'approuver le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, tels que décrits respectivement aux appendices 1 et 2 du document EB132/6. Dans la même décision, le Conseil a aussi décidé de soumettre le rapport de la réunion formelle et les appendices à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé pour adoption, et a prié le Directeur général d'établir, pour examen par l'Assemblée mondiale de la Santé, un avant-projet de résolution en vue de l'adoption du cadre.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

2. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution suivant :

La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,[3] et en particulier son paragraphe 61, dans lequel il est demandé à l'OMS de continuer à mettre au point un cadre

[1] Voir le procès-verbal de la deuxième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

[2] Voir le document EB132/2013/REC/1 pour le texte de cette décision.

[3] Résolution A/RES/66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

global mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs, pour suivre les tendances et évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles, et son paragraphe 62, dans lequel il est demandé à l'OMS de formuler des recommandations en vue de définir des objectifs volontaires à l'échelle mondiale pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

PP2 Reconnaissant le rôle de chef de file de l'OMS en tant que principale institution spécialisée dans le domaine de la santé, notamment les rôles et fonctions inscrits dans son mandat en ce qui concerne la politique de santé, et réaffirmant son rôle de chef de file et son action de coordination en matière de promotion et de suivi de l'action mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles par rapport aux travaux d'autres organismes compétents des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales, pour réagir de manière coordonnée à ces maladies ;

PP3 Rappelant aussi la décision WHA65(8), dans laquelle le Directeur général a été prié de convoquer une réunion formelle des États Membres pour achever les travaux sur le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

PP4 Rappelant en outre que, dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, le Secrétaire général des Nations Unies a été prié, en collaboration avec les États Membres, l'OMS et les fonds, programmes et institutions spécialisées compétents du système des Nations Unies, de présenter à l'Assemblée générale à sa soixante-huitième session un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements souscrits dans la Déclaration politique, dans la perspective de l'examen et de l'évaluation d'ensemble, en 2014, des progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

PP5 Ayant examiné le rapport de la réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;[1]

PP6 Se félicitant des résultats de la réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

1. ADOPTE le cadre global mondial de suivi, comprenant un ensemble de 25 indicateurs, pouvant être appliqué aux niveaux régional et national pour suivre les tendances et évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles[2] et la série de neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;[3]

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à envisager d'établir, sur la base des directives arrêtées par l'OMS, des objectifs et des indicateurs nationaux fondés sur les situations nationales en tenant compte, selon qu'il conviendra, du cadre global mondial de suivi et de la

[1] Document A66/8.

[2] Voir le document EB132/6, appendice 1.

[3] Voir le document EB132/6, appendice 2.

série de cibles volontaires à l'échelle mondiale, pour mener des initiatives visant à lutter contre les effets des maladies non transmissibles et pour évaluer les progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre ces maladies et leurs facteurs de risque et déterminants ;

3. PRIE le Directeur général de présenter à la Soixante-Huitième et à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, en 2015 et 2020 respectivement, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des rapports intérimaires sur les progrès accomplis pour atteindre les cibles volontaires à l'échelle mondiale et de présenter à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en 2025, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport final à ce sujet.

Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-deuxième session
Point 6.1 de l'ordre du jour provisoire

EB132/6
30 novembre 2012

Lutte contre les maladies non transmissibles : réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles

Rapport du Directeur général

Le Directeur général a l'honneur de transmettre à la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif le rapport de la réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles (voir l'annexe). Cette réunion s'était tenue à Genève du 5 au 7 septembre 2012 en vue d'achever, d'ici à la fin de l'année 2012, les travaux en cours relatifs aux paragraphes 61 et 62 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en tenant compte des paragraphes 8.5 et 8.6 de la décision WHA65(8).

ANNEXE

RAPPORT DE LA RÉUNION FORMELLE DES ÉTATS MEMBRES POUR ACHEVER LES TRAVAUX CONCERNANT LE CADRE GLOBAL MONDIAL DE SUIVI, INDICATEURS COMPRIS, ET UN ENSEMBLE DE CIBLES VOLONTAIRES À L'ÉCHELLE MONDIALE POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

1. La réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles s'est tenue du 5 au 7 novembre 2012 à Genève sous la présidence du Dr Bjørn-Inge Larsen (Norvège). Y ont assisté les représentants de 119 États Membres, une organisation d'intégration économique régionale, une organisation intergouvernementale et 17 organisations non gouvernementales.

2. Les États Membres ont examiné le document de réflexion révisé de l'OMS (version du 25 juillet 2012) sur le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles,[1] ainsi qu'un rapport récapitulant les résultats des discussions au sein de chaque comité régional.[2]

3. Le cadre mondial de suivi ci-joint, indicateurs compris (appendice 1), et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles (appendice 2) ont été adoptés par consensus. Le suivi des indicateurs doit se faire en suivant les aspects essentiels de l'équité, dont le sexe, l'âge et le statut socio-économique, et les principaux déterminants sociaux, comme le niveau de revenu, l'éducation et les stratifications pertinentes spécifiques aux pays, selon le cas.

4. La réunion formelle prie le Directeur général de soumettre le présent rapport et le cadre mondial de suivi qui lui est joint, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, pour examen et adoption par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session.

5. Le cadre mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles seront intégrés dans les travaux en cours pour élaborer un projet de plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, couvrant la période 2013-2020, qui sera soumis à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

6. La réunion formelle recommande vivement au Conseil exécutif d'examiner le présent rapport et ses appendices en vue d'adopter le cadre de suivi et l'ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale et de recommander à l'Assemblée mondiale de la Santé leur adoption sans les réexaminer.

---

[1] Document A/NCD/INF./1.

[2] Document A/NCD/INF./2.

Appendice 1

Cadre global mondial de suivi pour les maladies non transmissibles, indicateurs compris

1. Le Tableau 1 présente un ensemble de 25 indicateurs. Les indicateurs, couvrant les trois éléments du cadre mondial de suivi, sont énumérés pour chaque élément.

Tableau 1 : Indicateurs pour le suivi des tendances et l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans de lutte contre les maladies non transmissibles

Mortalité et morbidité
• **Probabilité** non conditionnelle **de décès** entre 30 ans et 70 ans par maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète ou affections respiratoires chroniques. • **Incidence du cancer**, par type de cancer pour 100 000 habitants.
Facteurs de risque
Facteurs de risque comportementaux • Usage nocif de l'**alcool** :[1] consommation totale (enregistrée et estimée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en une année calendaire, en litres d'alcool pur, selon ce qu'il convient dans le cadre national. • Usage nocif de l'**alcool** : prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon ce qu'il convient dans le cadre national. • Usage nocif de l'**alcool** : morbidité et mortalité liées à l'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon ce qu'il convient dans le cadre national. • Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation de moins de cinq portions (400 grammes) **de fruits et de légumes** par jour chez l'adulte (âgé de 18 ans ou plus). • Prévalence des adolescents **trop sédentaires**, la sédentarité étant définie comme une activité quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse d'une durée inférieure à 60 minutes. • Prévalence standardisée selon l'âge des adultes **trop sédentaires** âgés de 18 ans ou plus (la sédentarité étant définie comme une activité hebdomadaire d'intensité modérée d'une durée inférieure à 150 minutes ou équivalent). • Apport journalier moyen en **sel (chlorure de sodium)** en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus. • Proportion moyenne standardisée selon l'âge des apports énergétiques totaux provenant des **acides gras saturés** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus.[2] • Prévalence de la consommation actuelle de **tabac** chez l'adolescent. • Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de **tabac** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus.

[1] Les pays sélectionneront un (des) indicateur(s) sur cet usage nocif en fonction de la situation nationale et conformément à la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et pouvant inclure, entre autres, la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool, la consommation totale d'alcool par habitant ou encore la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.

[2] Chaque acide gras classé dans la grande catégorie des acides gras saturés a des propriétés biologiques uniques et des effets sur la santé pouvant avoir une importance pour l'élaboration de recommandations alimentaires.

Facteurs de risque biologiques • Prévalence standardisée selon l'âge d'une élévation de la **glycémie**/du diabète chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (définis par une valeur de la glycémie à jeun ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl) ou par le fait d'être sous traitement hypoglycémiant). • Prévalence standardisée selon l'âge d'une élévation de la **pression artérielle** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (définie par une pression artérielle systolique ≥140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥90 mmHg) et pression artérielle systolique moyenne. • Prévalence standardisée selon l'âge de l'**excès pondéral** et de l'**obésité** chez l'adolescent (définis selon les normes OMS de croissance comme un écart type de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'excès pondéral et deux écarts types de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'obésité). • Prévalence standardisée selon l'âge de l'**excès pondéral** et de l'**obésité** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (définis comme un indice de masse corporelle ≥25 kg/m² pour l'excès pondéral et ≥30 kg/m² pour l'obésité). • Prévalence standardisée selon l'âge de l'augmentation du **taux de cholestérol total** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (défini comme un taux de cholestérol total ≥5,0 mmol/l ou 190 mg/dl) et taux de cholestérol moyen.
Mesures prises par les systèmes nationaux
• Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du **cancer du col de l'utérus** et, pour les femmes plus jeunes ou plus âgées, proportion de celles ayant eu ce test conformément aux programmes ou aux politiques nationales. • Proportion de personnes remplissant les conditions (définies comme étant âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans ≥30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) et bénéficiant d'une **chimiothérapie** et du **conseil** (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des attaques cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. • Disponibilité et accessibilité financière de **médicaments essentiels, y compris génériques**, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et des **technologies de base** dans les établissements des secteurs public et privé. • Couverture de la vaccination contre le virus de l'**hépatite B**, suivie par le nombre de troisièmes doses de vaccin anti-hépatite B (HepB3) administrées aux nourrissons. • Disponibilité, selon les besoins et s'ils sont efficaces, peu coûteux et abordables, des **vaccins contre le papillomavirus humain**, en fonction des programmes et politiques nationaux. • Politiques visant à réduire l'effet pour l'enfant de la **commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées**, riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel. • Accès à des **soins palliatifs** évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone) par décès dû au cancer. • Adoption de politiques nationales limitant les **acides gras saturés et éliminant pratiquement les huiles végétales partiellement hydrogénées (HVPH)** dans la chaîne alimentaire, selon ce qu'il convient dans le cadre national et les programmes nationaux.

2. Le cadre global mondial de suivi, ensemble de 25 indicateurs compris, permettra de procéder à des évaluations comparables au niveau international de l'évolution des tendances des maladies non transmissibles dans le temps, et d'aider à comparer la situation dans chaque pays par rapport aux autres, dans la même Région ou au même stade de développement.

3. Outre les indicateurs définis dans ce cadre mondial de suivi, les pays et les Régions pourront inclure d'autres indicateurs pour suivre les progrès des stratégies nationales et régionales de lutte contre les maladies non transmissibles en tenant compte de la situation de chaque pays et de chaque Région.

Appendice 2

Cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles

Le Tableau 2 présente neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale soumises aux États Membres pour examen. La réalisation de ces cibles d'ici 2025 représenterait un progrès majeur dans la lutte contre les maladies non transmissibles.

Tableau 2. Ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles

Mortalité et morbidité	**Indicateur**
Mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles	
Cible : réduction relative de 25 % de la mortalité globale par maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques	• Probabilité non conditionnelle de décès entre 30 ans et 70 ans par maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète ou affections respiratoires chroniques
Facteurs de risque	**Indicateurs**
Facteurs de risque comportementaux	
Usage nocif de l'alcool[1]	
Cible : au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool,[2] selon ce qu'il convient dans le cadre national	• Consommation totale (enregistrée et estimée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en une année calendaire, en litres d'alcool pur, selon ce qu'il convient dans le cadre national • Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon ce qu'il convient dans le cadre national • Morbidité et mortalité liées à l'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon ce qu'il convient dans le cadre national

[1] Les pays sélectionneront un (des) indicateur(s) sur cet usage nocif en fonction de la situation nationale et conformément à la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et pouvant inclure, entre autres, la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool, la consommation totale d'alcool par habitant ou encore la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.

[2] Dans la Stratégie mondiale de l'OMS, la notion d'usage nocif de l'alcool s'entend au sens large et englobe la consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général, ainsi que les modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables.

Sédentarité physique	
Cible : baisse relative de 10 % dans la prévalence d'une activité physique insuffisante	• Prévalence des adolescents trop sédentaires, la sédentarité étant définie comme une activité quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse d'une durée inférieure à 60 minutes • Prévalence standardisée selon l'âge des adultes trop sédentaires âgés de 18 ans ou plus (la sédentarité étant définie comme une activité hebdomadaire d'intensité modérée d'une durée inférieure à 150 minutes ou équivalent)
Apport en sel/sodium	
Cible : baisse relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population[1]	Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus.
Consommation de tabac	
Cible : baisse relative de 30 % de la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus	• Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez l'adolescent • Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 18 ans ou plus
Facteurs de risque biologiques	
Élévation de la pression artérielle	
Cible : baisse relative de 25 % de la prévalence de l'élévation de la pression artérielle ou limitation de la prévalence de l'élévation de la pression artérielle selon la situation nationale	• Prévalence standardisée selon l'âge d'une élévation de la pression artérielle chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (définie par une pression artérielle systolique ≥140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥90 mmHg)

[1] L'OMS recommande moins de 5 grammes de sel ou 2 grammes de sodium par personne et par jour.

Diabète et obésité[1]	
Cible : arrêter la recrudescence du diabète et de l'obésité	• Prévalence standardisée selon l'âge d'une élévation de la glycémie/du **diabète** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (définis par une valeur de la glycémie à jeun ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl) ou par le fait d'être sous traitement hypoglycémiant) • Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'**obésité** chez l'adolescent (définis selon les normes OMS de croissance comme un écart type de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'excès pondéral et deux écarts types de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'obésité) • Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'**obésité** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (définis comme un indice de masse corporelle ≥25 kg/m² pour l'excès pondéral et ≥30 kg/m² pour l'obésité)
Mesures prises par les systèmes nationaux	**Indicateurs**
Chimiothérapie en prévention des attaques cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux	
Cible : au moins 50 % des personnes remplissant les conditions et bénéficiant d'une chimiothérapie et du conseil (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des attaques cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux	• Proportion de personnes remplissant les conditions (définies comme étant âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans ≥30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) et bénéficiant d'une chimiothérapie et du conseil (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des attaques cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux
Médicaments essentiels contre les MNT et technologies de base pour traiter les grandes MNT	
Cible : disponibilité et accessibilité financière de 80 % des médicaments essentiels, y compris génériques, et des technologies de base nécessaires pour traiter les grandes MNT dans les établissements des secteurs public et privé	• Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et des technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé

= = =

[1] Les pays sélectionnent un (des) indicateur(s) selon la situation nationale.