

# Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

## Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport fait suite à la décision WHA72(11) (2019), dans laquelle l'Assemblée de la Santé prie le Directeur général « de regrouper les rapports sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale dans un rapport annuel devant être soumis à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, de 2021 à 2031, et auquel seront annexés les rapports sur la mise en œuvre des résolutions, des stratégies et des plans d'action dans ces domaines, conformément aux mandats et calendriers existants concernant ces rapports ». Le Tableau 1 présente les éléments correspondants de ce rapport.

**Tableau 1. Mandats visés au paragraphe 3.e) de la décision WHA72(11) et rapports de situation correspondants présentés dans ce document**

<b>Résolutions ou décisions dans lesquelles figurent, pour les sujets ci-après, les mandats relatifs à l'établissement de rapports sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale</b>	<b>Partie concernée du document</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résolution WHA53.17 (2000)</b> sur la lutte contre les maladies non transmissibles</li> <li>• <b>Résolution WHA66.10 (2013)</b> sur le suivi de la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles</li> <li>• <b>Décision WHA72(11) (2019)</b> sur le suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles</li> </ul>	Paragraphe 2 à 43
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résolution WHA70.12 (2017)</b> sur la lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée</li> </ul>	Annexe 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résolution WHA57.17 (2004)</b> sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé</li> <li>• <b>Résolution WHA71.6 (2018)</b> sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030</li> </ul>	Annexe 2

Résolutions ou décisions dans lesquelles figurent, pour les sujets ci-après, les mandats relatifs à l'établissement de rapports sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale	Partie concernée du document
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résolution WHA65.6 (2012)</b> sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant</li> <li>• <b>Résolution WHA68.19 (2015)</b> sur les résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition</li> <li>• <b>Décision WHA70(19) (2017)</b> intitulée « Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : plan de mise en œuvre »</li> <li>• <b>Résolution WHA71.9 (2018)</b> sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</li> </ul>	Annexe 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Résolution WHA68.8 (2015)</b> intitulée « Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air », et <b>décision WHA69(11) (2016)</b> sur la feuille de route connexe</li> </ul>	Annexe 4

2. En outre, dans sa décision WHA72(11) (2019), l'Assemblée de la Santé prie le Directeur général de soumettre à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des informations sur les mesures suivantes qu'il lui a été demandé de prendre. Voir le Tableau 2.

**Tableau 2. Autres mesures que le Directeur général a été prié de prendre dans la décision WHA72(11) (2019)**

Paragraphe	Mesure	Partie concernée du document
3.a)	proposer une actualisation des appendices du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020	Annexe 5 Appendice 1 Appendice 2
3.f)	fournir de nouvelles orientations concrètes aux États Membres afin de renforcer les connaissances en santé au moyen de programmes d'éducation et de campagnes menées dans les médias et les médias sociaux à l'intention de l'ensemble de la population pour réduire l'impact de tous les facteurs de risque et déterminants des maladies non transmissibles	Annexe 6
3.g)	présenter, en s'appuyant sur un examen des données d'expérience internationales, une analyse des approches concluantes de l'action multisectorielle contre les maladies non transmissibles, y compris celles qui s'intéressent aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de ces maladies	Annexe 7
3.h)	rassembler et diffuser les meilleures pratiques pour la prévention du surpoids et de l'obésité, et en particulier analyser comment l'offre alimentaire dans les écoles et autres établissements concernés peut favoriser une alimentation et un mode de vie sains afin de lutter contre l'épidémie de surpoids et d'obésité chez l'enfant et de réduire la malnutrition sous toutes ses formes	Annexe 8

Paragraphe	Mesure	Partie concernée du document
1 (également : paragraphe 40 de la résolution 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies)	soutenir la mise en œuvre de la mesure suivante : renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire	Annexe 9
Résolution 2014/10 du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies	informer régulièrement l'Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis par l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030	Annexe 10

3. Le Tableau 3 mentionne deux autres évaluations prévues au titre de mandats, qui sont examinées brièvement aux paragraphes 45 à 47 ci-dessous et seront publiées séparément.

**Tableau 3. Intitulé des deux autres évaluations prévues au titre de mandats, avec mention de la source des mandats et des cotes des documents correspondants**

Résolution WHA66.10 (2013)	Évaluation à mi-parcours du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles	Document EB148/7 Add.1
Document A67/14 Add.1, appendice 1, paragraphe 19	Évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles	Document EB148/7 Add.2

## LE FARDEAU DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT) : PANORAMA DE LA SITUATION ACTUELLE<sup>1</sup>

4. Les *Statistiques sanitaires mondiales 2020* de l'OMS révèlent que, comparativement aux progrès accomplis face aux maladies transmissibles, les avancées dans la réduction des décès prématurés imputables aux MNT ont été insuffisantes, y compris sur le plan de la prévention.

5. On estime que les MNT ont tué 41 millions de personnes dans le monde en 2016, ce qui représente 71 % de l'ensemble des décès. Quatre groupes de MNT expliquent l'essentiel de cette mortalité : les maladies cardiovasculaires (17,9 millions de décès), le cancer (9,0 millions), les maladies respiratoires chroniques (3,8 millions) et le diabète (1,6 million).

6. D'après les estimations, 15 millions de décès imputables aux MNT sont survenus chez des personnes âgées de 30 à 70 ans et sont ainsi définis comme des décès prématurés. La probabilité (le risque) de décès prématuré dû à l'un ou l'autre des principaux groupes de MNT a baissé de 18 % à l'échelle mondiale entre 2000 et 2016. Le recul le plus rapide a été observé pour les maladies respiratoires chroniques (avec une baisse de 40 %), devant les maladies cardiovasculaires et le cancer

<sup>1</sup> OMS. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>).

(baisse de 19 % dans un cas comme dans l'autre). Au cours de la même période, cependant, la mortalité prématurée due au diabète a augmenté de 5 %.

7. Si des progrès rapides ont été accomplis entre 2000 et 2010 dans la diminution du risque de décès prématuré dû à l'un des quatre principaux groupes de MNT, la dynamique s'est enrayée entre 2010 et 2016, où le rythme annuel de réduction de ces décès prématurés a ralenti. Dans les pays à revenu élevé, même si le taux de mortalité prématurée imputable au diabète a baissé entre 2000 et 2010, il a augmenté dans la période 2010-2016. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le taux de la mortalité prématurée due au diabète a progressé au cours des deux périodes.

8. L'augmentation des taux de la mortalité imputable au diabète est liée (entre autres facteurs) à l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Depuis 2000, dans le monde, celle-ci a été multipliée par 1,5 chez l'adulte (personnes âgées de 18 ans et plus) et a plus que doublé chez l'enfant (passant de 2,9 % à 6,8 %) (chiffres de 2016).

9. En 2016, la prévalence de l'inactivité physique chez les adultes âgés de 18 ans ou plus s'établissait à 27,5 %. Les niveaux d'inactivité sont deux fois supérieurs dans les pays à revenu élevé par rapport aux pays à faible revenu, et l'insuffisance d'activité a progressé de 5 % dans les pays à revenu élevé entre 2001 et 2016.

10. Au niveau mondial, la prévalence de l'hypertension a baissé de 11 % entre 2000 et 2015. En 2015, c'est dans les pays à faible revenu qu'elle était la plus importante (28,4 %) et dans les pays à revenu élevé qu'elle était la plus faible (17,7 %).

11. La consommation de tabac a régulièrement baissé au niveau mondial. Un peu moins d'un quart (23,6 %) des adultes (personnes âgées de 15 ans ou plus) ont consommé du tabac sous une forme ou l'autre en 2018, contre un tiers (33,3 %) en 2000. Le nombre total de consommateurs de tabac adultes reste cependant très élevé : ils étaient 1,3 milliard environ en 2018.

12. La charge des troubles mentaux demeure élevée. D'après les dernières estimations de la charge mondiale de morbidité (pour 2017), les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives représentent 11,1 % des pertes d'années de vie ajustées sur l'incapacité et 26,7 % des années de vie vécues avec un handicap (contre 10,2 % et 26,8 % respectivement en 2012) et 971 millions de personnes présenteraient un trouble mental (contre 916 millions de personnes en 2012). Près de 800 000 personnes se suicident chaque année ; le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans.

13. À l'échelle mondiale, la consommation d'alcool, mesurée en litres d'alcool pur par personne de 15 ans ou plus, a été relativement stable depuis 2010 ; elle était estimée à 6,2 litres en 2018. Cependant, au vu des tendances observées et des projections établies avant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), la consommation d'alcool par personne devrait augmenter au niveau mondial d'ici à 2025. Les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les niveaux de consommation mondiaux et l'évolution des tendances n'ont pas encore été évaluées.

14. En 2016, 9 personnes sur 10 respiraient un air ne satisfaisant pas aux valeurs recommandées dans les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air et plus de la moitié de la population mondiale était exposée à des niveaux de pollution de l'air au moins 2,5 fois supérieurs au niveau de sécurité fixé par l'OMS. Même si la part de la population mondiale ayant accès à des combustibles et des technologies propres pour la cuisson des aliments a augmenté régulièrement depuis 2000 et a atteint 63 % en 2018, le nombre de personnes sans accès aux moyens de cuisson non polluants est resté relativement stable au cours des 30 dernières années.

## PROGRÈS ACCOMPLIS VERS LA CIBLE 3.4 DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (ODD) ET LES CIBLES CONNEXES : PANORAMA DE LA SITUATION ACTUELLE

15. La cible 3.4 des ODD consiste, d'ici à 2030, à réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des MNT, par rapport au niveau de 2015, et à promouvoir la santé mentale et le bien-être. Seuls 17 pays sont en voie d'atteindre cette cible pour les femmes et seuls 15 pour les hommes.<sup>1</sup> Le taux de mortalité par suicide standardisé selon l'âge<sup>2</sup> a légèrement baissé au niveau mondial (réduction de 8 % entre 2010 et 2016),<sup>3</sup> mais les résultats obtenus pour l'indicateur 3.4.2 indiquent que le taux de mortalité par suicide est encore très éloigné de la cible.

16. La cible 3.8 des ODD consiste à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle. Depuis 2000, les pays, toutes catégories de revenu confondues, n'ont accompli presque aucun progrès dans l'extension de la capacité d'accueil et de l'accessibilité des services pour la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement approprié des MNT.<sup>4</sup> En particulier, entre 2010 et 2019, dans de nombreux pays, les indicateurs de couverture effective ont été moins bons pour les MNT que pour les maladies transmissibles et la santé de la mère et de l'enfant, ce qui semble indiquer que de nombreux systèmes de santé ne parviennent pas à faire face à la progression de la charge des MNT. Il est toujours plus largement admis qu'à défaut d'une action concertée contre les MNT, il sera de plus en plus difficile de concrétiser les ambitions mondiales tendant à instaurer plus rapidement la couverture sanitaire universelle.<sup>5</sup>

17. Phénomène inquiétant, le surpoids chez l'enfant tend à augmenter. À l'échelle mondiale, d'après les estimations, 5,6 % des enfants de moins de cinq ans (soit 38,3 millions d'enfants) étaient en surpoids en 2019 contre environ 30,3 millions d'enfants de cette tranche d'âge en 2000.

18. La cible 3.5 vise à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de l'usage nocif de l'alcool, qui est un facteur de risque des MNT et d'autres problèmes de santé. Depuis 2010, peu de progrès ont été accomplis pour réduire l'usage nocif de l'alcool et les pays comme les Régions de l'OMS ont obtenu des résultats inégaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de mesures efficaces dans ce domaine.

19. La cible 3.a consiste à renforcer l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans tous les pays ; les progrès sont mesurés par la prévalence standardisée selon l'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus. D'après les estimations de l'OMS, la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus a baissé à l'échelle mondiale,

---

<sup>1</sup> NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, 2020; 396(10255):918-934 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31761-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31761-X/fulltext), consulté le 29 octobre 2020).

<sup>2</sup> OMS. Mental health atlas 2017. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>).

<sup>3</sup> OMS. World Health Statistics 2020 ([https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2020/EN\\_WHS\\_2020\\_Main.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/EN_WHS_2020_Main.pdf?ua=1), consulté le 29 octobre 2020).

<sup>4</sup> Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi 2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (9) ([https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2019/en/](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/), résumé d'orientation en français : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf?ua=1>, consultés le 29 octobre 2020).

<sup>5</sup> GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 2020; 396(10258):1250-1284 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30750-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext), consulté le 29 octobre 2020).

passant de 24,9 % en 2015 à 23,6 % en 2018.<sup>1</sup> Néanmoins, les progrès dans l'application des différents articles de la Convention ont été inégaux. Seuls 32 États Membres sont actuellement en voie d'atteindre la cible volontaire de l'OMS consistant en une réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme entre 2010 et 2025.

20. Au cours des 10 dernières années, le nombre de pays effectuant un suivi de la qualité de l'air et établissant des rapports à ce sujet (suivant l'indicateur 11.6.2 sur le niveau moyen annuel de particules fines) a augmenté. Au niveau mondial, la part de la population exposée à des niveaux de PM<sub>2,5</sub> supérieurs aux valeurs recommandées dans la version actuelle des lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air (à savoir une moyenne annuelle de 10 µg/m<sup>3</sup>) a baissé de 4 points de pourcentage, passant de 94 % en 2010 à 90 % en 2016.<sup>2</sup>

21. En 2018, 63 % (valeurs limites : 56 %-68 %) de la population mondiale avait accès à des combustibles et à des technologies propres pour la cuisson des aliments et 2,8 milliards de personnes en étaient donc dépourvues,<sup>3</sup> un chiffre inchangé depuis près de 20 ans maintenant (indicateur 7.1.2 sur la proportion de la population utilisant principalement des combustibles et technologies propres). Si l'on n'intervient pas rapidement, les résultats seront inférieurs de près de 30 % aux objectifs d'accès universel.

22. De plus en plus conscients de la menace que la pollution de l'air fait peser sur la santé publique, les pays s'engagent toujours plus résolument à mettre en œuvre des politiques dans ce domaine et à agir simultanément en faveur du climat. Ainsi, au Sommet de 2019 sur l'action climatique, 50 pays abritant au total plus d'un milliard d'habitants se sont engagés à atteindre les valeurs recommandées dans les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air et à harmoniser, d'ici à 2030, leurs politiques en matière d'action climatique et de qualité de l'air.

23. Chez le milliard de personnes les plus pauvres de la planète, les MNT représentent plus d'un tiers de la charge de morbidité. Parmi ceux qui, dans cette population, sont âgés de moins de 40 ans, elles entraînent chaque année près de 800 000 décès, soit plus que le VIH, la tuberculose et les décès maternels combinés.

## **PANDÉMIE DE COVID-19 ET ÉPIDÉMIE DE MNT : DES INTERACTIONS AUX CONSÉQUENCES MEURTRIÈRES**

24. En mai 2020, l'OMS a mené une enquête rapide pour évaluer les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les ressources et les services consacrés aux MNT,<sup>4</sup> à laquelle 163 États Membres (84 %) ont répondu. Dans 122 pays, les gouvernements recueillent ou compilent des données sur les comorbidités (personnes infectées par le SARS-CoV-2 et personnes atteintes de MNT). Le Secrétariat

---

<sup>1</sup> OMS. Observatoire mondial de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-prevalence-of-current-tobacco-smoking-among-persons-aged-15-years-and-older>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>2</sup> Shaddick G, Thomas ML, Mudu P, Ruggeri G, Gumy S. Half the world's population are exposed to increasing air pollution. *npj Climate and Atmospheric Science* 2020; 3:23 (<https://doi.org/10.1038/s41612-020-0124-2>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>3</sup> Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique. Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/goal-07/>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>4</sup> OMS. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>).

les analyse ensuite afin d'obtenir des estimations mondiales. Les premiers résultats semblent indiquer que les personnes atteintes d'hypertension et/ou de diabète présentent un risque deux à quatre fois supérieur de tomber gravement malade de la COVID-19 ou d'en décéder. Les personnes obèses et les consommateurs de tabac peuvent présenter une hypertension ou un diabète non diagnostiqué ou non traité, ce qui pourrait être l'une des raisons expliquant pourquoi la COVID-19 a, dans les pays, des conséquences différentes selon les milieux sociaux.

25. Plus de 80 pays ont indiqué que leurs services de prise en charge de l'hypertension, du diabète et des complications diabétiques avaient été perturbés, voire totalement interrompus. Face à la perturbation des services de prise en charge des MNT, la plupart des pays ont indiqué avoir mis en place un système de triage ; le recours à la télémédecine a également été très fréquent. Ces dysfonctionnements sont néanmoins particulièrement problématiques pour les personnes atteintes de MNT qui ont besoin de soins réguliers.

26. Des pays ont mentionné plusieurs exemples montrant comment la perturbation des services de prise en charge des MNT a directement affecté les patients. En ce qui concerne le cancer, les systèmes de dépistage, d'identification des cas et d'orientation vers des services spécialisés ont tous été touchés par la pandémie de COVID-19, ce qui a entraîné une baisse notable des diagnostics. Le fait que moins de patients présentant un syndrome coronarien aigu sont hospitalisés se traduit souvent par une augmentation des décès à l'extérieur de l'hôpital et des complications à long terme de l'infarctus du myocarde. Le Secrétariat réalise actuellement une modélisation afin de prévoir l'augmentation à long terme des décès prématurés imputables aux MNT découlant de la perturbation des services de santé.

27. Les orientations opérationnelles provisoires sur le maintien des services de santé dans le contexte de la COVID-19 abordent notamment les MNT, la santé mentale et la nutrition.<sup>1</sup> Le document de synthèse conjoint sur la lutte contre les MNT pendant et après la pandémie de COVID-19 présente pour sa part des exemples de mesures ciblées de lutte contre les MNT qui pourraient être envisagées dans le cadre de l'élaboration de plans nationaux de riposte à la COVID-19 et de relèvement.<sup>2</sup>

28. En septembre 2020, l'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 74/306 intitulée « Action globale et coordonnée face à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) » a également demandé à tous les États Membres « d'intensifier encore la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, sachant que les personnes vivant avec ces maladies courent un risque plus élevé de souffrir d'une forme grave de la COVID-19 et sont parmi celles qui sont le plus touchées par la pandémie ».<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> OMS. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Orientations provisoires, 1<sup>er</sup> juin 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.2-fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-fre.pdf)).

<sup>2</sup> OMS, Programme des Nations Unies pour le développement. La lutte contre les maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335826/WHO-2019-nCoV-Non-communicable\\_diseases-Policy\\_brief-2020.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335826/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).

<sup>3</sup> Paragraphe 9 du dispositif de la résolution 74/306 (2020) de l'Assemblée générale des Nations Unies, « Action globale et coordonnée face à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) ».

## **AGIR FACE AUX CONSÉQUENCES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE, LE FONCTIONNEMENT NEUROLOGIQUE ET L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

29. La pandémie de COVID-19 a de profondes répercussions sur la santé mentale et le bien-être. Des manifestations mentales et neurologiques, comme la dépression, l'anxiété et l'encéphalopathie infectieuse avec délire sont signalées chez les patients COVID-19. Les symptômes des personnes qui présentaient déjà des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives risquent de s'aggraver sous l'effet des facteurs de stress, alors même que les services limités déjà disponibles sont perturbés. Pour faire face aux facteurs de stress, certains adoptent des conduites délétères telles que la consommation d'alcool ou de drogues ou des comportements à risque potentiellement addictifs (par exemple jeu et notamment jeux vidéo). L'adversité est un facteur de risque puissant pour les troubles mentaux et comportementaux tels que la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool.

30. Le Secrétariat a évalué les conséquences de la COVID-19 sur les services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives au moyen d'une enquête rapide menée entre juin et août 2020.<sup>1</sup> Sur 130 pays, 121 (93 %) ont fait état de perturbations touchant au moins un de ces services et 116 (89 %) ont indiqué que les services de santé mentale et de soutien psychosocial faisaient partie de leurs plans de riposte nationaux à la COVID-19. Face à ces dysfonctionnements, les pays mettent en place des interventions de téléthérapie (70 %), des lignes d'assistance téléphonique d'urgence (68 %) et des formations à l'intention des soignants (60 %). Dans sa résolution 74/306, l'Assemblée générale des Nations Unies engage les États Membres « à ne pas négliger la santé mentale dans leur lutte contre la pandémie et leurs mesures de redressement, en assurant une large disponibilité des services de santé mentale et de soutien psychosocial en cas d'urgence ».

31. Le Secrétariat coordonne les différents piliers de son action face à la COVID-19 avec le souci d'intégrer les services de santé mentale et de soutien psychosocial à la riposte à la pandémie.<sup>2</sup> L'OMS copréside le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. L'OMS et ses partenaires ont élaboré un vaste éventail de ressources, disponibles dans de nombreuses langues et dans de nombreux formats.<sup>3</sup> En outre, l'Organisation a créé le Forum mondial sur la neurologie et la COVID-19 afin de faciliter l'échange de connaissances et d'améliorer les pratiques cliniques.

## **RECONSTRUIRE EN MIEUX**

32. Au cours des 20 dernières années, les MNT ont changé le monde. Elles sont devenues la première cause de décès dans la plupart des pays, entraînant, chez les personnes âgées de 30 à 70 ans, 200 millions de décès prématurés (enregistrés pour la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire). Au cours des 10 prochaines années, 150 millions de personnes supplémentaires appartenant à cette tranche d'âge mourront d'une MNT. La plupart de ces décès peuvent être évités ou retardés.

---

<sup>1</sup> OMS. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335838>).

<sup>2</sup> Tedros AG. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry* 2020; 19(2):129-130 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20768>, consulté le 30 octobre 2020).

<sup>3</sup> OMS. Mental health & COVID-19 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>, consulté le 30 octobre 2020).



33. En adoptant sa résolution WHA53.17 en 2000, l'Assemblée de la Santé a reconnu pour la première fois que les besoins à long terme des personnes atteintes de MNT sont rarement pris en charge. En conséquence, la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en 2011, comprenait un engagement des gouvernements à étudier la possibilité de fournir des ressources adéquates, entre autres par des sources nationales et bilatérales. En 2016, dans un ensemble de données regroupant 16 pays à revenu faible et 24 pays à revenu intermédiaire, les MNT représentaient 27 % des dépenses publiques intérieures consacrées à la santé et 9 % du financement externe de la santé.<sup>1</sup> Aujourd'hui, les MNT demeurent, à l'échelle mondiale, le principal problème de santé publique et aussi le plus sous-financé : c'est en agissant dans ce domaine que le plus de vies pourraient être sauvées ou améliorées.

34. Les donateurs bilatéraux ne se sont pas montrés plus enclins qu'auparavant à financer des activités ciblant spécifiquement les MNT, au moins pour mettre en place les moyens, les mécanismes et les mandats essentiels qui auraient été au minimum nécessaires pour opérer des changements dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En l'absence d'un tel financement, différents groupes ayant des intérêts économiques et commerciaux ont pu faire pression contre la mise en œuvre d'interventions par l'OMS ; discréditer les connaissances scientifiques de l'OMS, les données factuelles disponibles et les revues de l'expérience internationale ; et tenter des actions en justice contre les pays de manière à entraver les progrès.<sup>2</sup>

35. La riposte à la pandémie de COVID-19 doit cibler précisément les failles que la pandémie met au jour et exploite. Il peut être utile de réaliser des investissements dans la lutte contre les MNT dans le cadre des mesures de redressement liées à la COVID-19, car des interventions rentables à fort impact existent déjà ; cependant, les efforts déployés pour les engager ou les amplifier sont insuffisants dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La lutte contre les MNT en général doit faire partie intégrante de la riposte à la COVID-19 et des efforts de redressement déployés aux niveaux mondial, régional et national, ainsi que des stratégies visant à reconstruire en mieux.

36. Les analyses menées sur les voies possibles montrent que chaque pays dispose encore de moyens d'atteindre la cible 3.4 des ODD. Aucun ne saurait y parvenir en axant ses efforts seulement sur la prévention ou uniquement sur le conseil, le dépistage, le diagnostic rapide ou encore le traitement approprié des MNT.

37. Dans son rapport final, la Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles de l'OMS<sup>3</sup> a recommandé un ensemble particulier d'interventions efficaces et faisables qu'il faudrait considérer comme prioritaires pour progresser plus rapidement vers la réalisation de la cible 3.4 consistant à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des MNT (Tableau 4).

---

<sup>1</sup> OMS. Public spending on health: a closer look at global trends. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276728>), page 29.

<sup>2</sup> Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé. Préparation de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. Document A71/14, Tableau 5, ligne v) (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276368>).

<sup>3</sup> Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles. Rapport final. « Il est temps de joindre le geste à la parole ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336172>).

**Tableau 4. Interventions contre certains facteurs de risque et certaines maladies**

	Facteur de risque ou maladie <sup>1</sup>	Interventions
1	Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme mPOWER de l'OMS<sup>2</sup></li> </ul>
2	Consommation excessive de sodium	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide technique de l'OMS en vue de réduire l'apport en sel</li> </ul>
3	Cancer du col de l'utérus, du foie et du colon et autres cancers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus humain</li> <li>Détection, dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus et des cancers évitables ou traitables</li> </ul>
4	Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide technique HEARTS de l'OMS pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires</li> </ul>
5	Pollution de l'air intérieur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banque mondiale : <i>Household Energy for Cooking Project Design Principles</i></li> <li>Lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air intérieur : consommation domestique de combustibles.</li> </ul>
6	Consommation d'acides gras trans industriels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensemble de mesures REPLACE de l'OMS</li> <li>Protocole de l'OMS pour mesurer les acides gras trans dans l'alimentation</li> </ul>
7	Usage nocif de l'alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxation, limitation des lieux et des heures de vente, restrictions sur la commercialisation, la promotion et les parrainages</li> </ul>

38. Le rapport OMS/*The Lancet* de l'initiative NCD Countdown 2030, publié en 2020, a montré que toute stratégie visant à atteindre la cible 3.4 des ODD devait avoir comme principaux volets la lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool, la détection et le traitement de l'hypertension et du diabète, la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires chez les personnes à haut risque grâce à la polychimiothérapie, et l'utilisation de bronchodilatateurs et de corticostéroïdes inhalés à faible dose chez les patients asthmatiques et certains patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive.<sup>3</sup>

39. Il faut considérablement renforcer les efforts déployés pour atteindre les cibles relatives aux MNT. Le Secrétariat amplifie dans ce but son programme de lutte contre les MNT. L'objectif immédiat consiste à obtenir, par un rôle catalyseur, des avancées tangibles vers la cible 3.4 dans les trois prochaines années, en particulier au moyen de solutions nouvelles et audacieuses ayant un effet multiplicateur sur les objectifs de développement durable.

40. Une contribution majeure à la réalisation de la cible 3.4 sera apportée par la nouvelle initiative de l'OMS visant à éliminer le cancer du col de l'utérus dans les 100 prochaines années et à atteindre d'ici à 2030 la triple cible 90-70-90, centrée sur les interventions, à savoir :

- 90 % des filles entièrement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans ;

<sup>1</sup> L'inactivité physique n'est pas prise en compte ici en raison du manque de données adaptées.

<sup>2</sup> Ce programme est inspiré des principales mesures de réduction de la demande figurant dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et contribue par conséquent à la réalisation de la cible 3.a des ODD.

<sup>3</sup> Collaborateurs de l'initiative NCD Countdown 2030. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, 2020; 396(10255):918-934 (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931761-X>), consulté le 7 décembre 2020).

- 70 % des femmes bénéficiant d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à 35 ans, puis à 45 ans ;
- 90 % des femmes chez qui une maladie du col de l'utérus a été diagnostiquée sont traitées (90 % des femmes présentant des lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des cas de cancer invasif sont pris en charge).

41. Le Secrétariat élaborera des initiatives stratégiques transversales similaires pour la lutte contre le diabète, le cancer de l'enfant et le cancer du sein.

42. Les moyens actuellement disponibles pour la surveillance des MNT restent insuffisants dans de nombreux pays et doivent être rapidement amplifiés. Ainsi, une grande partie d'entre eux ne disposent que de peu de données exploitables sur la mortalité et n'ont que des informations parcellaires sur l'exposition aux facteurs de risque et la morbidité. Les données sur les MNT sont souvent mal intégrées aux systèmes d'information nationaux. L'amélioration de la surveillance et du suivi dans les pays reste une grande priorité de la lutte contre les MNT. Le Secrétariat continuera de soutenir l'amplification des efforts nationaux tendant à renforcer la surveillance des MNT et les systèmes de données et élargira la fourniture d'informations stratégiques aux fins de l'élaboration des politiques, de la fourniture des services et de la responsabilisation.

43. D'autres organisations du système des Nations Unies se sont également engagées à harmoniser leurs activités avec la riposte complète des Nations Unies à la COVID-19, par exemple : i) en menant une action de sensibilisation nationale sur le retour sur investissement de la prévention et du traitement des MNT de manière à mobiliser des crédits budgétaires nationaux et des financements internationaux ; ii) en aidant les pays à intégrer les MNT à leurs plans socioéconomiques de riposte à la COVID-19 ; et iii) en participant au groupe de travail de l'OMS sur la COVID-19 et les MNT. L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous demeurent des cadres importants pour encadrer les travaux de nombreuses organisations des Nations Unies.

## **PRÉPARATIFS DE LA QUATRIÈME RÉUNION DE HAUT NIVEAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES SUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN 2025**

44. Le Tableau 5 présente le processus et les réunions prévues pour la préparation de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Les conclusions des réunions serviront à orienter les travaux.

**Tableau 5. Réunions prévues pour la préparation de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles**

2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deuxième dialogue mondial de l'OMS sur le financement des activités nationales de lutte contre les MNT</li> <li>• Neuvième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac</li> <li>• Deuxième session de la Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac</li> </ul>
2022
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troisième réunion mondiale OMS des directeurs et des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre les MNT</li> </ul>

2023
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Première Conférence ministérielle OMS pour les petits États insulaires en développement sur la lutte contre les MNT</li> <li>• Dixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac</li> <li>• Troisième session de la Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac</li> </ul>
2024
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troisième Conférence ministérielle mondiale de l'OMS sur la lutte contre les MNT</li> </ul>
2025
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialogue des Nations Unies avec la société civile et le secteur privé</li> <li>• Quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles</li> </ul>

## ÉVALUATIONS

45. Conformément au paragraphe 60 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, le Secrétariat a convoqué en 2019 une réunion d'un groupe représentatif de parties prenantes, y compris des États Membres et des partenaires internationaux, afin de procéder à une évaluation à mi-parcours des progrès accomplis en vue de la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Son objectif était d'évaluer les progrès accomplis au regard des six objectifs du Plan d'action mondial et de tirer les enseignements de sa mise en œuvre par les États Membres, les partenaires internationaux et les trois niveaux de l'Organisation. Cette évaluation visait à illustrer les succès obtenus, les problèmes rencontrés et les lacunes constatées dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial depuis 2013 ; à formuler des recommandations stratégiques pour améliorer la mise en œuvre jusqu'en 2030 ; et à fournir des données pour le prochain rapport de l'OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles et d'autres rapports pertinents. Le Bureau de l'évaluation du Secrétariat présentera un résumé d'orientation de l'évaluation à mi-parcours à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif (voir le document EB148/7 Add.1).

46. Conformément au mandat du mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles,<sup>1</sup> une évaluation finale du mécanisme a été réalisée en 2020 afin de déterminer l'efficacité et la valeur ajoutée du mécanisme et d'établir si celui-ci reste opportun pour atteindre les cibles volontaires à l'échelle mondiale fixées pour 2025, et de décider de son éventuelle prolongation. Le Bureau de l'évaluation du Secrétariat présentera un résumé d'orientation de l'évaluation finale à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif (voir le document EB148/7 Add.2).

47. Conformément au mandat de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'évaluation de la contribution de l'Équipe spéciale à la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS a été présentée au titre de l'évaluation à mi-parcours du Plan.

<sup>1</sup> Document A67/14 Add.1, appendice 1.

## MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

48. Le Conseil est invité :

- à prendre note du rapport et de ses annexes ;
- à donner des indications sur la question de savoir si le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles reste opportun, sur les mesures correctives à envisager lorsque les mesures n'ont pas été efficaces et afin de réorienter certains volets du Plan, le cas échéant, à la lumière du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et/ou de la riposte globale du Système des Nations Unies face à la COVID-19, selon qu'il conviendra ;
- à donner des indications sur la question de savoir si le mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles reste opportun et pour décider de son éventuelle prolongation, en tenant compte de l'évaluation mentionnée au paragraphe 46 ainsi que de la décision WHA72(11) (2019) par laquelle l'Assemblée a décidé de prolonger jusqu'à 2030 l'application du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

49. Le Conseil est également invité à examiner le projet de décision suivant :

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Directeur général sur la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,<sup>1</sup> a décidé de recommander à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la décision suivante :

La Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général, a décidé d'adopter l'actualisation proposée des appendices du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 (figurant dans le document EB148/7, annexe 5, appendices 1 et 2).

---

<sup>1</sup> Document EB148/7.

## ANNEXE 1

**LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE INTÉGRÉE**

1. En 2017, la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA70.12 (2017) sur la lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée, dans laquelle elle a prié le Directeur général d'établir, avant la fin de 2019, le premier rapport mondial périodique sur le cancer, centré sur la santé publique et les politiques ; d'établir un rapport technique exhaustif qui examine les stratégies de fixation des prix et leurs répercussions sur la disponibilité et l'accessibilité économique des médicaments contre le cancer ; d'élaborer des outils afin de créer et de mettre en œuvre des programmes complets de prévention et de lutte anticancéreuses ; de renforcer la capacité du Secrétariat à la fois d'appuyer la mise en œuvre d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité et de modèles de soins adaptés aux pays, et de coopérer avec des partenaires internationaux ; et de fournir une assistance technique, y compris un appui à la création de centres d'excellence. Le présent rapport rend compte des progrès accomplis dans l'application de cette résolution.

2. Le Secrétariat a entrepris les activités suivantes.

3. **Rapport de l'OMS sur le cancer.**<sup>1</sup> Le rapport de l'OMS et les profils de pays qui l'accompagnent<sup>2</sup> ont été officiellement présentés à l'occasion de la Journée mondiale du cancer, le 4 février 2020, en même temps que le rapport du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (*World Cancer Report on cancer research for cancer prevention*). Le contenu des deux documents a été harmonisé.

4. Le rapport de l'OMS contenait un argumentaire en faveur de l'investissement dans la lutte contre le cancer, suivant le mandat figurant dans la résolution WHA70.12, qui montrait que chaque dollar investi dans la lutte contre le cancer produit un rendement social complet, fondé à la fois sur la productivité directe et les gains pour la société, se montant à 9,50 dollars É.-U. En investissant 2,70 dollars É.-U. par personne dans les pays à faible revenu, 3,95 dollars É.-U. par personne dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 8,15 dollars É.-U. par personne dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, on pourrait sauver 7,3 millions de vies d'ici à 2030.

5. **Rapport technique sur les stratégies de fixation des prix des médicaments contre le cancer.** Le rapport technique complet demandé sur la fixation des prix des médicaments contre le cancer et ses répercussions a été présenté à la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, qui en a pris note.<sup>3</sup> En 2020, l'OMS a actualisé ses lignes directrices sur les politiques de prix des produits pharmaceutiques dans les pays afin de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> OMS. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>).

<sup>2</sup> WHO cancer country profiles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/cancer/country-profiles/en/>, consulté le 30 octobre 2020).

<sup>3</sup> Technical report: pricing of cancer medicines and its impacts: a comprehensive technical report for the World Health Assembly Resolution WHA70.12 (2017): operative paragraph 2.9 on pricing approaches and their impacts on availability and affordability of medicines for the prevention and treatment of cancer. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277190>). Voir aussi le document EB144/2019/REC/2, procès-verbaux de la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, dixième séance (en anglais seulement).

<sup>4</sup> OMS. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies, 2nd ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335692>).

6. **Outils de prévention et de lutte anticancéreuses.** L'OMS et le CIRC ont mis au point un outil lié au logiciel OneHealth Tool,<sup>1</sup> qui a rejoint l'ensemble d'instruments disponibles pour aider les États Membres à formuler des politiques et des orientations de lutte contre le cancer. Celui-ci permet d'amplifier, par étapes successives et en fonction des ressources, la prévention et la lutte anticancéreuses chez l'enfant et chez l'adulte. Il met à disposition des données factuelles sur les interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité pour toutes les tranches d'âge et a été utilisé pour apporter un appui à cinq États Membres dans la mise en œuvre d'interventions contre le cancer.

7. L'OMS, en collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), fournit des orientations qui encadrent l'action des États Membres en vue de mettre en place des centres de lutte contre le cancer.

8. **Appui technique aux pays.** Le Secrétariat a apporté un vaste appui technique aux pays dans l'élaboration et la formulation de programmes et de politiques complets de prévention et de lutte anticancéreuses.

9. L'OMS a collaboré avec l'AIEA afin de donner aux pays les moyens de procéder à des achats de matériel de radiothérapie, l'accent étant mis sur les technologies de radiothérapie adaptées aux capacités des systèmes de santé. Des spécifications techniques sur la radiothérapie ont été élaborées conjointement dans le cadre d'orientations interinstitutions sur les spécifications techniques du matériel de radiothérapie utilisé pour le traitement du cancer.

10. L'OMS a également travaillé avec l'AIEA pour améliorer la coordination et le soutien apporté aux États Membres participant à un examen imPACT. La méthodologie imPACT a été révisée en vue d'améliorer les services et de fournir un soutien plus efficace et coordonné aux États Membres, notamment au moyen d'une large collaboration avec les partenaires.

11. **Élimination du cancer du col de l'utérus.** Par sa résolution WHA73.2 (2020), la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. La Stratégie mondiale présente les cibles 90-70-90 qu'il faut atteindre d'ici à 2030, fondées sur la vaccination contre le papillomavirus humain, le dépistage et le traitement du cancer pré-invasif et invasif, y compris les soins palliatifs. S'agissant de la troisième cible de la Stratégie mondiale (prise en charge appropriée de 90 % des femmes chez qui un cancer invasif du cancer du col de l'utérus a été identifié), le Secrétariat prépare un cadre pour renforcer et intensifier les services de prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus.

12. **Initiative mondiale OMS de lutte contre le cancer de l'enfant.** Cette initiative mondiale a été lancée en septembre 2018. Elle vise à doubler les chances de survie des enfants atteints de cancer, ce qui permettrait de sauver un million de vies supplémentaires d'ici à 2030 en améliorant l'accès aux services ainsi que leur qualité y compris pour le traitement et les soins palliatifs. Un programme technique, *CureAll*, sera présenté officiellement en 2021. Un soutien a commencé à être apporté à 12 États Membres.<sup>2</sup>

13. **Collaboration avec les parties prenantes.** Le Secrétariat a renforcé sa collaboration avec un large éventail de parties prenantes issues de différents secteurs, au sein des initiatives existantes de l'OMS et au-delà. C'est ainsi que le CIRC et l'OMS travaillent de façon plus coordonnée, tant au niveau

---

<sup>1</sup> OneHealth Tool. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>, consulté le 30 octobre 2020).

<sup>2</sup> Ghana, Mali, Maroc, Myanmar, Ouzbékistan, Pakistan, Pérou, Philippines, Sénégal, Timor-Leste, Ukraine et Zambie.

opérationnel que de la direction, comme en témoignent l'élaboration de modes opératoires normalisés et les efforts systématiques de communication sur les Manuels de prévention du cancer du CIRC.<sup>1</sup>

14. Le Secrétariat a renforcé ses capacités, comme cela lui avait été demandé, en augmentant le nombre de personnes qu'elle emploie dans le domaine de la prévention et de la lutte anticancéreuses : plus de 20 nouveaux postes ont été créés (membres du personnel et consultants), également distribués à tous les niveaux de l'Organisation. Cela s'est traduit par une augmentation de l'intensité et de la fréquence du soutien des États Membres.

15. Le Secrétariat continuera de fournir un appui aux États Membres dans la prévention, l'identification et la prise en charge du cancer en intégrant les soins du cancer dans les politiques et les programmes de lutte contre les MNT et l'action globale en faveur du renforcement des systèmes de santé nationaux dans le cadre de la couverture sanitaire.

---

<sup>1</sup> Mécanismes de coordination et de communication entre le CIRC et l'OMS, tant au niveau opérationnel que de la direction. Conseil de direction, soixantième session (document GC/60/13). Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, 2018 ([https://governance.iarc.fr/GC/GC60/Fr/Docs/GC60\\_13\\_CoordinationWHO\\_F.pdf](https://governance.iarc.fr/GC/GC60/Fr/Docs/GC60_13_CoordinationWHO_F.pdf), consulté le 30 octobre 2020).



## ANNEXE 2

**STRATÉGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION, L'EXERCICE PHYSIQUE  
ET LA SANTÉ, ET PLAN D'ACTION MONDIAL POUR PROMOUVOIR  
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 2018-2030**

1. La présente annexe expose les avancées dans la mise en application des résolutions WHA57.17 (2004) sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et WHA71.6 (2018) sur le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030.

**STRATÉGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION, L'EXERCICE PHYSIQUE ET  
LA SANTÉ : PROGRÈS ACCOMPLIS**

2. Pour accompagner les États Membres dans la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations portant sur l'activité physique, le Secrétariat a élaboré une série de documents techniques à l'appui applicables à l'échelle mondiale. De plus, des outils et des ressources techniques produits à l'échelle régionale ont appuyé les mesures stratégiques appliquées dans les zones et les populations clés.

3. En 2010, l'OMS a publié les premières recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé,<sup>1</sup> qui soulignent le large éventail de bénéfices pour la santé d'une activité physique régulière pour les différentes classes d'âge. Ces lignes directrices affirmaient les nombreux bénéfices pour la santé associés à une activité physique régulière pour une croissance et un développement en bonne santé, la prévention des principales maladies non transmissibles et des blessures, ainsi que l'amélioration de la santé mentale et du bien-être.

4. En 2013, l'Assemblée générale a fixé la première cible mondiale visant à réduire de 10 % la sédentarité d'ici à 2025, dans le cadre d'une série de neuf cibles volontaires destinées à lutter contre les maladies non transmissibles d'ici à 2025.<sup>2</sup> Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 a déterminé que les campagnes de sensibilisation constituent une intervention d'un bon rapport coût/efficacité (« meilleur choix ») puis, en 2017, un ensemble actualisé de meilleurs choix a fixé une série d'interventions efficaces<sup>3</sup> destinées à accroître les niveaux d'activité physique de la population tout au long de la vie.

5. Dans toutes les Régions, une assistance technique a été proposée, des formations multipays ont été organisées et des ateliers de renforcement des capacités ont été menés, ce qui a permis d'accroître le nombre de pays mettant en place des politiques ou des plans nationaux, ainsi qu'une surveillance. En outre, des pays de toutes les Régions ont lancé une surveillance de l'activité physique chez les adultes ainsi que, dans une moindre mesure, chez les enfants ou actualisé les mesures en place.

6. Même si, dans l'ensemble des bureaux régionaux de l'OMS, la limitation des capacités humaines et financières consacrées à l'activité physique a freiné et restreint l'assistance technique aux pays, le

---

<sup>1</sup> OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44436>).

<sup>2</sup> Résolution WHA66.10 (2013).

<sup>3</sup> OMS. Combattre les MNT : « Meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259350>).

Bureau régional de l'Europe a mis sur pied une stratégie régionale sur l'activité physique pour la période 2016-2025,<sup>1</sup> et le Bureau régional de la Méditerranée orientale a publié un appel à l'action.<sup>2</sup>

7. En 2016, la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a réaffirmé l'importance de la lutte contre la sédentarité chez les enfants, en particulier chez les plus jeunes.<sup>3</sup> Le plan de mise en œuvre<sup>4</sup> qui en a découlé a appelé les pays à privilégier et à renforcer la promotion de l'activité physique auprès des enfants par l'intermédiaire des écoles et des crèches, auprès des parents et des familles, ainsi qu'au moyen de systèmes d'aménagement et de transport urbains créant des conditions favorables.

8. Pendant la période 2004-2016, la Stratégie mondiale a contribué à mieux faire reconnaître à l'échelle mondiale l'importance d'une activité physique régulière. Néanmoins, dans l'ensemble, l'impact sur l'élaboration et la mise en application de politiques et d'approches nationales a été lent et inégal, surtout circonscrit aux pays à revenu élevé. Les inquiétudes allaient croissant, car la réduction des niveaux de sédentarité ne faisait aucun progrès et que les disparités semblaient s'accroître ; il a donc été demandé de mettre en place un plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique, en s'appuyant sur les dernières données scientifiques relatives aux approches efficaces et conformes aux objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

## **PLAN D'ACTION MONDIAL POUR PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 2018-2030 : PROGRÈS ACCOMPLIS**

9. Dans sa résolution WHA71.6 (2018), la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, qui a fourni un ensemble actualisé de 20 recommandations stratégiques fondées sur des bases factuelles destiné à accélérer les progrès en vue d'atteindre la cible intermédiaire fixée pour 2025, à savoir une augmentation de 10 % de l'activité physique.

10. L'Assemblée de la Santé demandait que soient menées cinq actions concrètes : 1) la mise en œuvre des mesures prévues pour le Secrétariat dans le Plan d'action mondial, notamment la fourniture aux États Membres de l'appui nécessaire pour l'application du Plan, en collaboration avec d'autres partenaires concernés ; 2) la finalisation d'un cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action mondial ; 3) la production d'un rapport mondial de situation sur l'activité physique en s'appuyant sur les données disponibles les plus récentes, y compris concernant la sédentarité ; 4) la mise à jour des recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé formulées en 2010 ; et 5) la notification à l'Assemblée de la Santé en 2021, 2026 et 2030 des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Les paragraphes qui suivent répondent à ces demandes et soulignent les grandes priorités pour ce qui reste de l'exercice 2020-2021, de même que les défis à relever et les occasions à saisir en matière de promotion de l'activité physique.

---

<sup>1</sup> Bureau régional OMS de l'Europe. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329407>).

<sup>2</sup> Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Promoting physical activity in the Eastern Mediterranean Region through a life-course approach. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/116901>).

<sup>3</sup> Voir la décision WHA69(12) (2016).

<sup>4</sup> Salué par l'Assemblée de la Santé dans sa décision WHA70(19) (2017). Genève, organisation mondiale de la santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330364>).

## **Répondre aux demandes des États Membres souhaitant bénéficier d'un soutien aux efforts consentis à l'échelle nationale pour mettre en application les recommandations du Plan d'action mondial**

11. En 2018, l'OMS a lancé ACTIFS, un module technique sur les interventions efficaces pour promouvoir l'activité physique.<sup>1</sup> Il donne des orientations aux États Membres concernant la façon de planifier, de lancer et d'accélérer la mise en œuvre des recommandations stratégiques dans les quatre domaines stratégiques du Plan d'action mondial, notamment en renforçant la gouvernance, les cadres stratégiques nationaux et la collaboration multisectorielle.

12. L'assistance technique concernant la façon de réduire les disparités en matière d'activité physique entre différentes sous-populations sera décrite dans les modules portant sur la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées, les personnes handicapées ou les malades chroniques, ainsi que sur le renforcement des initiatives et des partenariats sport-santé à base communautaire.

13. À l'échelle nationale, des outils et des ressources destinés à appuyer les actions des États Membres en matière d'activité physique et à partager les meilleures pratiques régionales ont également été mis sur pied dans des domaines prioritaires, notamment : les campagnes de communication, la promotion de la santé dans les écoles, les conseils donnés au niveau des soins de santé primaires, les lieux de travail, le vieillissement en bonne santé et les Villes-santé.

14. Des formations ont été organisées afin de renforcer les compétences et les connaissances relatives à l'activité physique dans le contexte des programmes de promotion de la santé et/ou de prévention des maladies non transmissibles à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Ces formations ont souvent été mises en place en coordination avec les centres collaborateurs de l'OMS et appuyées par les parties prenantes ; en 2018-2019, plus de 100 pays y ont pris part.

15. De nouvelles analyses mondiales comparant les niveaux et les tendances en matière d'activité physique ont estimé qu'en 2016, un quart des adultes et trois quart des adolescents ne respectaient pas les recommandations mondiales, les améliorations étant négligeables depuis 2001.<sup>2</sup> En outre, les disparités de genre entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre les garçons et les filles, semblent s'accroître.

## **Mise à jour des recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé formulées en 2010**

16. En 2019-2020, le Secrétariat a terminé la mise à jour demandée des recommandations mondiales formulées en 2010. Les travaux ont été appuyés par un groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices composé de 27 membres et ont compris une consultation publique sur le Web.

---

<sup>1</sup> OMS. ACTIFS : module technique pour promouvoir l'activité physique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330364>).

<sup>2</sup> OMS. Observatoire mondial de la santé, maladies non transmissibles : facteurs de risque ([https://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/physical\\_activity/en/](https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity/en/), consulté le 2 novembre 2020).

17. Les nouvelles lignes directrices sur l'activité physique et la sédentarité<sup>1</sup> ont été finalisées pour les enfants et les adolescents (de 5 à 17 ans), les adultes (de 18 à 64 ans) et les personnes âgées (à partir de 65 ans). Elles comprennent pour la première fois des recommandations particulières concernant l'activité physique dans des sous-populations comme les femmes enceintes, les malades chroniques ou les personnes handicapées. Les lignes directrices sont donc conformes aux objectifs du Plan d'action mondial. Le lancement mondial a eu lieu le 25 novembre 2020.<sup>2</sup>

18. Pour appuyer la préparation et accélérer l'adoption par les pays des nouvelles lignes directrices mondiales, des ateliers virtuels se sont tenus dans les six Régions de l'OMS (juin et juillet 2020), réunissant plus de 67 États Membres chargés d'élaborer des lignes directrices nationales faisant intervenir plusieurs ministères. Les ateliers et les essais pilotes du cadre d'adoption aideront les États Membres à élaborer ou à actualiser leurs lignes directrices nationales sur l'activité physique.

### **Élaborer un cadre mondial de suivi et d'évaluation pour contrôler les avancées de la mise en œuvre du Plan d'action mondial**

19. Lors de l'élaboration du cadre de suivi et d'évaluation, le Secrétariat a déterminé les indicateurs et les sources de données existants qui pouvaient dans la mesure du possible être utilisés pour suivre les progrès en matière de mise en application des 20 recommandations stratégiques (voir le paragraphe 9 de la présente annexe). La consultation des États Membres et des parties prenantes concernées a démarré par une réunion d'experts en novembre 2018 et se poursuit par exemple avec les organisations du système des Nations Unies pour le développement, notamment le Programme des Nations Unies pour le développement, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), dans le but d'assurer la mise en conformité avec les autres cadres de suivi pertinents et avec les objectifs de développement durable.

20. Le cadre, qui est composé d'un ensemble d'indicateurs relatifs aux processus, aux résultats et aux impacts, devrait être publié sous la forme d'un rapport technique sur le site Web de l'OMS d'ici à la fin de l'année 2020.

### **Rapport mondial de situation sur l'activité physique**

21. La préparation du premier rapport mondial de situation sur l'activité physique demandé par l'Assemblée de la Santé a commencé parallèlement aux travaux portant sur le cadre de suivi et d'évaluation. En 2019 et 2020, les données pertinentes, tirées notamment des enquêtes mondiales menées par l'OMS sur les capacités nationales en matière de lutte contre les maladies non transmissibles en 2019<sup>3</sup> et sur la sécurité routière en 2018,<sup>4</sup> ont été analysées.

---

<sup>1</sup> OMS. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>).

<sup>2</sup> OMS. Pour une meilleure santé, chaque mouvement compte – selon l'OMS (<https://www.who.int/fr/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>3</sup> OMS. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331452>).

<sup>4</sup> OMS. Global status report on road safety 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462>).

22. Les plans de travail pour 2020, y compris les consultations mondiales et régionales proposées, ainsi que la collecte et le lancement (prévu pour décembre 2020) des études de cas sur les meilleures pratiques des pays, ont été fortement perturbés par la COVID-19. Par conséquent, la publication de ce rapport a été reportée à 2021 afin de s'assurer de la participation pleine et entière de toutes les parties prenantes concernées.

23. Les nouvelles constatations confirment que les avancées en matière d'activité physique restent modestes et que les inégalités persistent d'une Région à l'autre et au sein des Régions en ce qui concerne leur portée et leur ampleur. En outre, le taux de mise en œuvre par les pays laisse entendre qu'il est peu probable que la cible mondiale d'une réduction de 15 % de la prévalence mondiale de la sédentarité d'ici à 2030 soit atteinte si l'approche consistant à ne rien changer reste appliquée. Les obstacles empêchant la mise en application à l'échelle nationale et infranationale des mesures recommandées qui sont d'un bon rapport coût/efficacité doivent être identifiés et surmontés afin d'accélérer les avancées et les impacts à l'échelle mondiale.

### **Principaux obstacles à l'augmentation de l'activité physique**

24. Les obstacles recensés dans l'ensemble des Régions sont les suivants : 1) les politiques relatives à l'activité physique ne sont pas prioritaires dans le secteur de la santé et au-delà ; 2) les ressources humaines et financières sont insuffisantes au sein du Secrétariat et dans les pays pour élaborer, diffuser et mettre en œuvre des actions stratégiques portant sur l'activité physique ; 3) la capacité à intégrer les approches dans différents secteurs et à appliquer des approches englobant l'ensemble du système est limitée ; et 4) la capacité à faire participer durablement la société civile, la communauté des chercheurs et d'autres partenaires essentiels à l'échelle nationale et infranationale est insuffisante, en particulier pour associer les autorités sanitaires et les autorités chargées du sport, des transports, de l'aménagement urbain, de la conception et de l'environnement.

### **Accélération de l'augmentation de l'activité physique**

25. Dans la plupart des États Membres, il existe plusieurs leviers à actionner pour renforcer et accélérer les mesures visant à maintenir ou à augmenter l'activité physique, en particulier en favorisant la marche et le vélo, ce qui permettrait de concrétiser plusieurs autres priorités stratégiques. Les domaines dans lesquels les politiques concordent fortement sont, entre autres, les suivants : le vieillissement en bonne santé ; la sécurité routière ; l'atténuation des changements climatiques ; la qualité de l'air ; la durabilité environnementale ; des villes et des communautés plus vivables ; et la réduction des inégalités.

26. Afin d'accompagner l'accélération des efforts consentis par les pays, l'OMS a renforcé son partenariat avec les parties prenantes, y compris avec les secteurs du sport et de la technologie, et a entamé un dialogue avec les opérateurs du secteur privé concernés<sup>1</sup> afin de les faire participer et d'harmoniser leurs efforts pour atteindre les objectifs communs du Plan d'action mondial.

27. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial peuvent également être accélérés en investissant davantage dans la promotion de l'activité physique chez les jeunes et les adolescents ; en élargissant les capacités et les compétences des professionnels en matière de promotion de l'activité physique ; en renforçant la coordination multisectorielle à l'échelle nationale ; en investissant dans la recherche et les transferts de connaissances, en particulier dans les pays à revenu

---

<sup>1</sup> OMS. Mobilisation du secteur privé autour de la cible 3.4 des ODD portant sur les MNT et la santé mentale (<https://www.who.int/ncds/governance/private-sector/en/>, consulté le 9 novembre 2020).

faible ou intermédiaire ; ainsi qu'en levant les obstacles sociaux, environnementaux et économiques à la participation.

### **Impact de la COVID-19 sur l'activité physique et mesures prises**

28. La COVID-19 a eu des répercussions inédites sur la façon dont les individus peuvent avoir une activité physique, ainsi que sur les lieux dans lesquels ces activités peuvent être pratiquées et sur la durée de ces activités. Il est vital de faire en sorte que les mesures de riposte mises en place par les pays face à la COVID-19 tiennent compte de l'importance de l'activité physique pour la santé mentale et physique, ainsi que de ses avantages en matière de protection de la santé. De même, il est fondamental de garantir l'inclusion de politiques intégrant l'égalité des chances vis-à-vis de l'activité physique dans les stratégies visant à reconstruire en mieux.

## ANNEXE 3

**METTRE FIN À TOUTES LES FORMES DE MALNUTRITION**

1. Une des cibles de l'objectif 2 de développement durable (Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable) a pour ambition de mettre fin à toutes les formes de malnutrition à l'horizon 2030. Dès ses débuts, l'Assemblée de la Santé s'est penchée sur la question de la nutrition. Ces 20 dernières années, elle a lutté contre la mauvaise alimentation par le biais de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, adoptée en 2004 (résolution WHA57.17), et contre toutes les formes de malnutrition par l'intermédiaire du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, adopté en 2012 (résolution WHA65.6 et résolution ultérieure WHA71.9 (2018) sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) ; en outre, elle a accueilli favorablement en 2017 le plan de mise en œuvre de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant (décision WHA70(19)). L'Assemblée de la Santé a également souscrit à la Déclaration de Rome, issue de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition en 2014 (résolution WHA68.19 (2015)), et des rapports sur les progrès réalisés dans sa mise en œuvre ont par la suite été présentés tous les deux ans, en parallèle des rapports d'étape portant sur la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, 2016-2025.

2. La présente annexe donne un aperçu de l'évolution de la situation nutritionnelle dans le monde et des mesures stratégiques adoptées, et rend compte plus particulièrement des résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition. Il est fait état de façon plus détaillée des progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions WHA65.6 (2012) et WHA71.9 (2018) ainsi que de la décision WHA70.19 (2017) dans les rapports biennaux établis les années paires.

**PROGRÈS DANS LA RÉALISATION DES CIBLES MONDIALES EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION**

3. Le concept de « toutes les formes de malnutrition » prend corps dans les cibles nutritionnelles mondiales fixées par l'Assemblée de la Santé en 2012 (résolution WHA65.6),<sup>1</sup> qui couvrent l'émaciation, le retard de croissance et le surpoids chez les enfants ; l'anémie chez les femmes en âge de procréer ; l'insuffisance pondérale à la naissance ; et l'allaitement au sein exclusif. Les quatre premiers objectifs sont inclus dans le système officiel de suivi des objectifs de développement durable. En outre, dans sa résolution WHA66.10 (2013), l'Assemblée de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et a adopté ses neuf cibles volontaires à atteindre à l'échelle mondiale d'ici 2025, notamment l'arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité et la réduction de l'apport de sel/sodium.

4. La prévalence de l'obésité chez les adultes reste en hausse dans toutes les Régions de l'OMS, passant de 11,8 % en 2012 à 13,1 % en 2016, de sorte qu'il y a peu de chances que la cible mondiale visant à stopper l'augmentation de l'obésité d'ici 2025 soit atteinte. D'après les estimations, la consommation excessive de sel est toujours responsable de trois millions de décès imputables aux cardiopathies, aux accidents vasculaires cérébraux et à d'autres causes connexes.

---

<sup>1</sup> Document WHA65/2012/REC/1, annexe 2 (Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant) ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-fr.pdf)).

5. En outre, en 2019, avant la pandémie de COVID-19, près de 690 millions de personnes (8,9 % de la population mondiale) étaient dénutries et deux milliards de personnes (25,9 % de la population mondiale) souffraient de carences alimentaires ou ne bénéficiaient pas d'un accès régulier à des aliments nutritifs en quantité suffisante.
6. La mauvaise alimentation est responsable d'une surmortalité estimée à 11 millions de décès. À l'échelle mondiale, les déficiences au niveau de l'alimentation sont maintenant responsables de 20 % de la mortalité prématurée (imputable à une maladie), ainsi que de 20 % des années de vie ajustées sur l'incapacité perdues à cause de problèmes de santé.

## PROGRÈS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES

7. La base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition<sup>1</sup> contient des informations sur les politiques et stratégies nationales qui sont assorties de cibles, de dispositifs ou d'indicateurs nutritionnels dans 194 États membres, dont 180 sont dotés de politiques nutritionnelles complètes ou par thèmes (portant, par exemple, sur une alimentation saine, l'anémie et l'allaitement au sein). Un troisième examen des politiques mondiales en matière de nutrition est en cours.
8. **Stratégies nationales comprenant des buts, des objectifs et des mesures spécifiques pour promouvoir une alimentation saine.** La plupart des pays ont adopté les cibles mondiales pour 2025 en matière de nutrition, couvrant par exemple le retard de croissance (117 États membres), l'anémie chez les femmes (104), le faible poids de naissance (119), le surpoids chez les enfants (137), l'allaitement au sein exclusif (130) et l'émaciation (111). La grande majorité des pays (186 États membres) ont pris des mesures visant à promouvoir une alimentation saine dans leurs politiques et stratégies nationales, dans le but de réduire la consommation de graisses (100 États membres), de sel/sodium (142) ou de sucres (86). Les politiques d'information de la population par le biais de conseils ou de campagnes dans les médias sont plus courantes (181 États membres) que les mesures visant à faire évoluer l'environnement alimentaire par l'étiquetage nutritionnel, les restrictions de commercialisation, les politiques fiscales ou les reformulations (156).
9. **Étiquetage et allégations relatives à la santé.** L'étiquetage nutritionnel a été l'intervention qui a connu la plus forte augmentation entre le premier examen par l'OMS des politiques mondiales en matière de nutrition en 2009-2010 et le deuxième en 2016-2017. La législation nationale sur l'étiquetage nutritionnel définit en détail les informations que doivent pouvoir consulter les consommateurs sur les aliments pré-emballés, y compris la liste des ingrédients, la déclaration nutritionnelle et les allégations relatives à la nutrition et à la santé apposées par les producteurs sur les étiquettes. Comme cela a été rapporté au deuxième examen, 73 pays ont fourni des informations détaillées sur leur mise en application de la déclaration nutritionnelle et 69 pays sur leur réglementation en matière d'allégations relatives à la nutrition et à la santé.
10. **Promotion de produits alimentaires compatibles avec une alimentation saine.** La reformulation des aliments et des boissons est mise en œuvre afin de réduire la teneur en acides gras saturés, en acides gras trans, en sucres et en sel/sodium. Le récent rapport de l'OMS sur l'élimination

---

<sup>1</sup> OMS. Base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA) (<https://extranet.who.int/nutrition/gina/fr>).



mondiale des acides gras trans (2020)<sup>1</sup> a révélé que 58 pays ont à ce jour adopté des lois visant à éliminer les acides gras trans des produits et denrées alimentaires ; en cas de succès, l'élimination protégera 3,2 milliards de personnes contre ces substances nocives d'ici fin 2021.

11. **Politiques fiscales.** À l'heure actuelle, 73 États membres imposent des taxes sur les boissons sucrées, mais il y a d'importantes divergences au niveau des définitions, des types et des niveaux de taxation, ainsi que de l'éventail de produits concernés. Vingt-neuf États membres considèrent qu'il convient de subventionner les aliments et les boissons bons pour la santé (par exemple, les fruits et légumes) pour soutenir une alimentation saine dans le cadre de leurs stratégies nationales.

12. **Programmes alimentaires.** Parmi les répondants à l'examen des politiques mondiales en matière de nutrition 2016-2017,<sup>2</sup> 85 pays ont mentionné la mise en place de programmes de distribution alimentaire dans le cadre de leurs systèmes de protection sociale afin d'agir sur les causes sous-jacentes de la malnutrition ; il s'agissait généralement de programmes d'aide alimentaire d'urgence ou de la distribution d'aliments spéciaux pour les nourrissons et les jeunes enfants (ou les deux).

13. **Politiques et programmes dans les écoles.** L'examen des politiques mondiales en matière de nutrition 2016-2017 a recommandé le renforcement des programmes de santé et de nutrition dans les écoles afin de faire en sorte que les écoles soient des espaces favorables à une bonne nutrition dans lesquels les politiques, les programmes d'études, les environnements et les services soient conçus pour promouvoir une alimentation saine et appuyer une bonne nutrition. La plupart des pays (89 % sur 160) ont déclaré que des programmes de santé et de nutrition étaient mis en place dans les écoles, mais les composantes individuelles des programmes scolaires se sont considérablement détériorées depuis le premier examen des politiques mondiales en matière de nutrition en 2009-2010.

14. **Services de santé et autres services.** Parmi les répondants à l'examen des politiques mondiales en matière de nutrition 2016-2017, 153 pays ont déclaré employer des professionnels de la nutrition (c'est-à-dire des nutritionnistes ou des diététiciens formés). Toutefois, leur densité était faible (en particulier dans la Région africaine) : six pays ne disposaient d'aucun professionnel de la nutrition et, dans les 126 pays fournissant des détails, le nombre médian de professionnels de la nutrition formés pour 100 000 habitants n'était que de 2,3. Cent quarante pays ont indiqué que les professionnels de la santé étaient formés avant l'entrée en service et en cours d'emploi dans le domaine de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, mais le nombre d'heures dans le programme de formation initiale consacré à ce sujet était généralement inférieur au nombre d'heures consacrées à ce domaine dans les programmes de formation à l'allaitement au sein de l'OMS.

---

<sup>1</sup> OMS. Communiqué de presse : Plus de 3 milliards de personnes protégées contre les acides gras trans nocifs dans leur alimentation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2020-more-than-3-billion-people-protected-from-harmful-trans-fat-in-their-food>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>2</sup> OMS. *Global Nutrition Policy Review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275990>).

## DEUXIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA NUTRITION ET DÉCENNIE D'ACTION DES NATIONS UNIES POUR LA NUTRITION

15. À la suite des décisions prises lors de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition, les gouvernements, les organisations du système des Nations Unies, la société civile et le secteur privé se sont efforcés d'améliorer la sensibilisation et d'encourager les actions afin de faire face à une nouvelle réalité nutritionnelle dans laquelle coexistent toutes les formes de malnutrition. Un deuxième rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur la mise en œuvre des activités relevant de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition a été publié le 13 avril 2020.<sup>1</sup>

### Examen à mi-parcours

16. Conformément à la résolution E/RES/1989/84 du Conseil économique et social des Nations Unies sur les décennies internationales, les engagements pris dans la Déclaration de Rome sur la nutrition doivent faire l'objet d'examen à mi-parcours et à la fin de la Décennie d'action sur la nutrition, dans le cadre d'un processus ouvert et participatif.

17. Le document prospectif relatif à l'examen à mi-parcours<sup>2</sup> résume les progrès accomplis dans les six domaines d'action de la Décennie :

a) **Systèmes alimentaires durables et résilients en faveur de régimes alimentaires sains.**

Un nombre croissant de rapports et de résolutions de haut niveau ont souligné le rôle essentiel joué par les systèmes alimentaires durables et résilients en faveur de régimes alimentaires sains et d'une amélioration de la nutrition. De nombreuses alliances ont été nouées pour réunir différents acteurs – au-delà des parties prenantes traditionnelles du domaine de la nutrition – au service des systèmes alimentaires durables. On a constaté une reconnaissance de l'agroécologie et de la biodiversité, une meilleure prise en compte des questions de durabilité dans les recommandations nutritionnelles nationales fondées sur le choix des aliments, la mise en œuvre de plus en plus fréquente de mesures destinées à réduire les pertes et gaspillages de produits alimentaires, et des initiatives visant à améliorer la résilience de l'approvisionnement alimentaire dans les zones exposées aux crises. Les mesures de réduction ou d'élimination des acides gras trans produits industriellement se sont multipliées, et des produits alimentaires transformés ont été reformulés (sur une base obligatoire ou volontaire) afin de diminuer leur teneur en sel/sodium.

b) **Systèmes de santé alignés qui fournissent une couverture universelle pour les interventions essentielles en matière de nutrition.**

Durant la première moitié de la Décennie, les interventions efficaces à mettre en place par les systèmes de santé ont été clairement définies, mais les investissements ont été largement insuffisants pour assurer une couverture adéquate des interventions nutritionnelles à fort impact et en améliorer la qualité. En vue d'accélérer les progrès dans la lutte contre l'émaciation des enfants âgés de moins de cinq ans, un plan d'action mondial des Nations Unies sur l'émaciation intitulé « Global action plan on child wasting: a framework for action to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement

---

<sup>1</sup> Assemblée générale des Nations Unies. Mise en œuvre des activités relevant de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) New York, Nations Unies, 2020 (<https://undocs.org/fr/A/74/794>).

<sup>2</sup> Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025). Document prospectif relatif à l'examen à mi-parcours ([https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/departamental-news/mid-term-review---un-decade-of-action-on-nutrition/nutrition-decade-mtr-foresight-paper-fr.pdf?sfvrsn=5cf82db7\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/departamental-news/mid-term-review---un-decade-of-action-on-nutrition/nutrition-decade-mtr-foresight-paper-fr.pdf?sfvrsn=5cf82db7_8), consulté le 7 décembre 2020).

of the Sustainable Development Goals »<sup>1</sup> a été publié le 9 mars 2020. Ce plan permettra aux organisations du système des Nations Unies pour le développement de mettre sur pied une feuille de route plus ciblée des actions à mener en 2021. Des systèmes de santé robustes sont nécessaires pour mener à bien des actions dans le domaine de la nutrition, et l'élan politique qui prend de l'ampleur en faveur de la couverture sanitaire universelle ouvre de nouvelles perspectives d'élargissement de la couverture et d'intégration des actions essentielles de l'OMS dans le domaine de la nutrition<sup>2</sup> tout au long de la vie.

c) **Protection sociale et éducation nutritionnelle.** Les contributions de la protection sociale à la sécurité alimentaire et à la nutrition dépendront de son intégration au niveau des politiques. Pour que les politiques de protection sociale luttent globalement contre toutes les formes de malnutrition, il faut les concevoir et les mettre en œuvre dans le cadre d'une approche tenant compte de la nutrition. Les mesures stratégiques destinées à améliorer l'accès à l'alimentation, la protection sociale et l'assistance alimentaire sont très répandues dans certaines Régions de l'OMS, alors que dans d'autres, l'investissement reste insuffisant dans ce domaine. L'éducation nutritionnelle est largement dispensée dans les écoles, mais les politiques visant à faire en sorte que l'éducation soit appuyée par des milieux scolaires sains font défaut, et on constate ces dernières années une détérioration de la mise en œuvre de programmes de santé et de nutrition dans les écoles. La majorité des pays forment leurs soignants aux questions nutritionnelles, mais le niveau de ces formations est souvent insuffisant et, de manière plus générale, l'action en matière de nutrition continue de se heurter à un manque de professionnels dûment formés. Le potentiel de programmes polyvalents pour l'éducation à l'alimentation et à la nutrition en milieu scolaire est de plus en plus reconnu en tant que domaine programmatique important pour le développement durable.

d) **Commerce et investissements en faveur d'une nutrition améliorée.** Le commerce peut jouer un rôle clé dans l'amélioration de la sécurité alimentaire et de la nutrition, mais la nécessité d'une mise en cohérence des politiques commerciales avec l'action nutritionnelle ainsi que l'importance de la gouvernance et de la coopération intersectorielle sont de plus en plus reconnues. Un déficit de financement persiste alors même que des investissements responsables et durables sont nécessaires dans les systèmes alimentaires et agricoles. Certaines chaînes de valeur mondiales et certaines industries agroalimentaires produisent actuellement des produits alimentaires qui ne sont pas durables pour l'environnement et qui présentent souvent des teneurs élevées en graisses, en sucres et/ou en sel/sodium, ce qui est mauvais pour la santé. L'approvisionnement alimentaire de plus en plus mondialisé expose davantage les populations à différents dangers liés à leur alimentation. Au lieu de favoriser une alimentation saine, les politiques commerciales et les politiques d'investissement aggravent toutes les formes de malnutrition. On a constaté, par exemple, un lien entre l'accroissement de l'investissement étranger direct et l'augmentation de la consommation de boissons sucrées. Il a été démontré que les mesures qui font passer la santé avant les bénéfices économiques de court terme permettent de gagner davantage d'argent à long terme.

---

<sup>1</sup> OMS. Global action plan on child wasting: a framework for action to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the Sustainable Development Goals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-child-wasting-a-framework-for-action>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>2</sup> OMS. *Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326261>).

e) **Environnement sûr et favorable à la nutrition pour tous les âges.** La mise en place d'environnements alimentaires sains – concept qui s'étend à la disponibilité, à l'accessibilité économique, à la promotion et à la qualité des aliments favorisant une alimentation saine – est devenue l'une des grandes priorités dans l'élaboration de politiques nutritionnelles. On constate une volonté de plus en plus marquée de créer des environnements urbains sains, et les environnements alimentaires jouent un rôle important à cet égard. Les mesures visant à créer des environnements alimentaires sains dans les écoles, à protéger et faciliter l'allaitement au sein ou à enrichir les aliments de base avec des micronutriments sont très répandues, mais leur mise en œuvre est souvent inadaptée. Les mesures fiscales destinées à promouvoir une alimentation saine (en particulier les taxes sur les boissons sucrées) se sont multipliées au cours de la première moitié de la Décennie. Il reste beaucoup à faire pour étendre et améliorer la réglementation de la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, renforcer l'attention portée à la nutrition des adolescents et intégrer efficacement la nutrition aux programmes relatifs à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

f) **Gouvernance et reddition de comptes renforcées dans le domaine de la nutrition.** Des progrès importants ont été enregistrés concernant la formulation d'engagements et la mobilisation de nouveaux financements en faveur de la nutrition. Cela étant, les progrès insuffisants et très variables au regard des cibles des objectifs de développement durable portant sur la nutrition dans le monde et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation dénotent l'insuffisance des mesures visant à renforcer la gouvernance, les politiques et les dispositifs d'application du principe de responsabilité dans le domaine de la nutrition. Ils révèlent également un déficit persistant de financement et de mise en œuvre des activités stratégiques, législatives et réglementaires concernant la nutrition à l'échelle mondiale, notamment des mesures fiscales le cas échéant, visant à mettre fin à toutes les formes de malnutrition. Les fonds mobilisés pour la nutrition auprès des donateurs ont augmenté durant la première moitié de la Décennie, mais le montant supplémentaire nécessaire pour atteindre les cibles mondiales en matière de nutrition est estimé à 7 milliards de dollars des États-Unis. Grâce à l'amélioration des données disponibles à l'échelle mondiale, on sait maintenant quelles Régions et quels pays progressent ou prennent du retard, mais la faiblesse des systèmes d'information sur la nutrition ou leur absence ainsi que le manque de données – en particulier de données concernant l'état nutritionnel de groupes particuliers ou de données portant sur une période suffisamment longue pour pouvoir suivre les tendances – restent des problèmes de taille.

### Contributions de différents acteurs

18. **États Membres.** L'action des États Membres est décrite ci-dessus (paragraphe 7 à 17). Aucun engagement formel supplémentaire n'a été pris par rapport à la Décennie en dehors de ceux déjà publiés.

19. La Décennie encourage les États membres des Nations Unies à renforcer leur collaboration en matière d'action nutritionnelle en établissant des **réseaux d'action**, qui sont des coalitions informelles de pays dont la portée est mondiale ou régionale et qui ont pour objectif d'accélérer et d'harmoniser les efforts autour de sujets spécifiques liés au programme de travail de la Décennie. Dirigés et coordonnés par un ou plusieurs pays, les réseaux d'action permettent aux pays d'échanger leurs connaissances et leurs bonnes pratiques, leurs réussites et leurs défis, et de se soutenir mutuellement pour accélérer les progrès dans le but d'améliorer les systèmes alimentaires, l'alimentation et la nutrition pour tous par le biais de politiques et de législations.<sup>1</sup> À ce jour, les réseaux mondiaux d'action suivants ont été mis en place dans le cadre de la Décennie :

---

<sup>1</sup> Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025). Réseaux d'action. New York, Nations Unies (<https://www.un.org/nutrition/fr/action-networks>, consulté le 2 novembre 2020).

- a) réseau mondial d'action pour une alimentation durable tirée des océans et des eaux continentales au service de la sécurité alimentaire et de la nutrition – pays chef de file : Norvège ;
  - b) réseau mondial d'action sur l'étiquetage nutritionnel – pays chefs de file : Australie, Chili et France ;
  - c) réseau mondial d'action pour des régimes alimentaires traditionnels, sains et durables – pays chef de file : Italie.
20. En octobre 2019, l'Allemagne a annoncé son projet de former une coalition mondiale pour une alimentation scolaire saine. Le Brésil et Sri Lanka élaborent conjointement un programme de travail.
21. En outre, sept réseaux régionaux ont été formés sur le continent américain et dans le Pacifique, à savoir :
- a) réseau régional d'action sur les stratégies de réduction de la consommation de sel pour la lutte contre les maladies cardiovasculaires sur le continent américain – pays chefs de file: Brésil, Colombie et Costa Rica ;
  - b) réseau régional d'action en faveur de directives alimentaires sur le continent américain – pays chefs de file : Brésil et Uruguay ;
  - c) réseau régional d'action du continent américain sur la gouvernance de la sécurité alimentaire et nutritionnelle – pays chef de file : Brésil ;
  - d) réseau régional d'action du continent américain sur les achats publics d'aliments issus de l'agriculture familiale – pays chef de file : Brésil ;
  - e) réseau régional d'action du continent américain sur les repas scolaires durables – pays chef de file : Brésil ;
  - f) réseau régional d'action du continent américain pour un environnement alimentaire sain – pays chef de file : Chili ;
  - g) réseau régional d'action pour l'élimination de l'obésité infantile dans le Pacifique – pays chef de file : Fidji.
22. Afin de soutenir la mise en œuvre de la Décennie, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'OMS ont publié en 2018 un guide<sup>1</sup> pour permettre aux pays de traduire les politiques et mesures recommandées dans le Cadre d'action adopté à la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition en engagements spécifiques à chaque pays, de même qu'une note d'orientation<sup>2</sup> pour inciter à un engagement en faveur de la nutrition dans le cadre de la Décennie.

---

<sup>1</sup> FAO, OMS. Strengthening nutrition action: a resource guide for countries based on the policy recommendations of the Second International Conference on Nutrition (ICN2). Rome et Genève, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et Organisation mondiale de la Santé, 2018 ([www.fao.org/3/ca1505en/CA1505EN.pdf](http://www.fao.org/3/ca1505en/CA1505EN.pdf), consulté le 3 novembre 2020).

<sup>2</sup> FAO, OMS. Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition: policy brief. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.11>, consulté le 12 janvier 2021).

23. Les **organisations du système des Nations Unies** ont contribué à la Décennie conformément à leurs mandats respectifs. L'**Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture** met l'accent sur le rôle de l'agriculture et des systèmes alimentaires dans la lutte contre la malnutrition. La stratégie et la vision de l'Organisation concernant ses activités en matière de nutrition<sup>1</sup> ont été orientées par les principales difficultés qui se posent dans ce domaine et par les atouts qui sont les siens.

24. L'**OMS** a publié plusieurs produits normatifs pour aider les pays à mettre en œuvre les engagements pris lors de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition, y compris des interventions essentielles en matière de nutrition, l'évaluation et la prise en charge des enfants dans les centres de soins primaires pour prévenir le surpoids et l'obésité, l'enrichissement du riz en vitamines et minéraux,<sup>2</sup> les mesures efficaces pour améliorer la nutrition de l'adolescent<sup>3</sup> et les orientations de mise en œuvre pour la révision de l'initiative Hôpitaux amis des bébés.<sup>4</sup>

25. L'**Agence internationale de l'énergie atomique** s'est concentrée sur le renforcement des actions collectives concernant plusieurs organisations, plusieurs pays et plusieurs communautés afin d'accélérer les efforts visant à lutter contre le double fardeau de la malnutrition, en particulier en ce qui concerne l'évaluation de l'impact des programmes et des initiatives luttant contre ce double fardeau. En outre, il convient de se pencher sur le rôle des techniques d'isotope stable pour comprendre des mécanismes biologiques.

26. Le **Fonds international pour le développement agricole** a publié en 2019 son Plan d'action pour la nutrition 2019-2025,<sup>5</sup> dont l'objectif global est d'accélérer l'intégration de l'enjeu nutritionnel dans ses investissements, ainsi que de tenir l'engagement du FIDA de porter la proportion de projets tenant compte des enjeux nutritionnels à 50 % au stade de leur conception et d'améliorer la nutrition de 12 millions de personnes d'ici 2021.

27. La vision du plan stratégique de l'**UNICEF** pour 2018-2021<sup>6</sup> est de consolider et d'élargir les résultats positifs obtenus dans la lutte contre la malnutrition de l'enfant sous toutes ses formes à travers le monde, afin d'atteindre d'ici 2021 trois cibles annuelles : i) au moins 250 millions d'enfants de moins de cinq ans auront bénéficié de services visant à prévenir le retard de croissance et d'autres formes de malnutrition ; ii) au moins 100 millions d'adolescents auront bénéficié de services visant à prévenir l'anémie et d'autres formes de malnutrition ; et iii) au moins 6 millions d'enfants auront bénéficié de services visant à traiter l'émaciation sévère et d'autres formes de malnutrition aiguë dans des zones en développement et dans des contextes d'aide humanitaire.

---

<sup>1</sup> FAO. Stratégie et vision de la FAO pour ses activités en matière de nutrition. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2014 (<http://www.fao.org/3/a-i4185f.pdf>).

<sup>2</sup> OMS. *Guideline: fortification of rice with vitamins and minerals as a public health strategy*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272535>).

<sup>3</sup> OMS. *Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297>).

<sup>4</sup> OMS, UNICEF. *Orientations de mise en œuvre : Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'initiative Hôpitaux amis des bébés*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327620>).

<sup>5</sup> FIDA. Plan d'action FIDA nutrition 2019-2025. Rome, Fonds international de développement agricole, 2019 ([www.ifad.org/fr/document-detail/asset/41237860](http://www.ifad.org/fr/document-detail/asset/41237860), consulté le 3 novembre 2020).

<sup>6</sup> Plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021 (<https://www.unicef.org/reports/unicef-strategic-plan-20182021>, consulté le 12 janvier 2021).

28. Le **Programme alimentaire mondial** a continué d'offrir des programmes pour une nutrition optimale basés sur les traitements et la prévention en tant qu'intervention d'urgence, tout en intégrant les approches ouvertes à la nutrition dans tout l'axe aide humanitaire-développement.

29. Le **Comité permanent de la nutrition des Nations Unies** a poursuivi ses travaux visant à accroître au maximum la cohérence des politiques et du principe de responsabilité au sein des Nations Unies, par l'intermédiaire d'actions de sensibilisation à la nutrition, de la construction de ponts, de l'exploration des questions nouvelles et émergentes liées à la nutrition en collaboration avec ses membres et de plusieurs produits de diffusion des connaissances.

30. L'**Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles**, par l'intermédiaire de son groupe de travail thématique sur la nutrition convoqué par le Comité permanent de la nutrition, a continué de s'intéresser à toutes les formes de malnutrition.

31. Le rapport présenté en 2019 par la **Rapporteuse spéciale sur le droit à l'alimentation** à l'Assemblée générale a mis en exergue les Objectifs de développement durable<sup>1</sup> en appliquant une approche fondée sur les droits de l'homme aux politiques nutritionnelles ; ce rapport souligne plus particulièrement la répartition inéquitable des denrées alimentaires et des ressources productives comme l'un des obstacles principaux à la réalisation du droit à l'alimentation et à la nutrition.

### Acteurs non étatiques

32. **Initiatives mondiales.** Le Sommet de Tokyo sur la Nutrition pour la croissance, reporté à décembre 2021,<sup>2</sup> sera l'occasion de faire le point et de prendre de nouveaux engagements financiers et stratégiques à mi-parcours de la Décennie. Il réunira les pays, les donateurs et les partenaires afin que chacun présente clairement les engagements pris et fasse état des avancées vers la réalisation des cibles approuvées par l'Assemblée de la Santé et de celles des objectifs de développement durable. L'objectif est d'obtenir des engagements dans cinq domaines prioritaires : 1) la santé, en faisant de la nutrition une partie intégrante de la couverture sanitaire universelle pour un développement durable ; 2) les produits alimentaires, en mettant sur pied des systèmes alimentaires qui favorisent une alimentation et une nutrition saines, permettent aux producteurs de vivre de leur travail et préservent le climat ; 3) la résilience, en luttant efficacement contre la malnutrition dans des zones fragiles et touchées par les conflits ; 4) la promotion du principe de responsabilité fondé sur les données ; et 5) la garantie de nouveaux investissements et la stimulation de l'innovation dans le financement de la nutrition. En 2019, l'OMS a dirigé l'élaboration du volet sur la couverture sanitaire universelle du cadre d'engagement portant sur la nutrition pour la croissance et a publié la note d'orientation intitulée « Nutrition et couverture sanitaire universelle ».<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Rapporteuse spéciale de l'ONU sur le droit à l'alimentation. Report on Sustainable development Goal 2 and the right to food. Genève, Haut-Commissariat aux droits de l'homme, 2019 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Food/Pages/SDG2.aspx>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>2</sup> Sommet de Tokyo sur la Nutrition pour la croissance 2021 (<https://nutritionforgrowth.org/events/>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>3</sup> OMS. *Nutrition et couverture sanitaire universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331147>).

33. En 2021, les Nations Unies convoqueront un sommet mondial sur les systèmes alimentaires dans le cadre de la Décennie d'action. Le Sommet couvrira cinq pistes d'action : 1) garantir l'accès de tous à des aliments sains et nutritifs (permettre à chacun d'être bien nourri et en bonne santé, concrétiser progressivement le droit à l'alimentation) ; 2) passer à des modes de consommation durables (mettre en avant et générer de la demande pour une alimentation saine et durable, réduire les déchets) ; 3) stimuler une production respectueuse de la nature à une échelle suffisante (agir sur le changement climatique, réduire les émissions et accroître le captage du carbone, régénérer et protéger les écosystèmes essentiels, et réduire les pertes de denrées alimentaires et la consommation d'énergie, sans nuire à la santé ni aux qualités nutritives de l'alimentation) ; 4) promouvoir des moyens de subsistance équitables et une répartition de la valeur (augmenter les revenus, répartir les risques, élargir l'inclusion, et promouvoir le plein emploi productif et un travail décent pour tous) ; et 5) renforcer la résilience face aux vulnérabilités, aux chocs et au stress (assurer le fonctionnement sans interruption de systèmes alimentaires sains et durables). L'OMS a été choisie comme organe des Nations Unies de référence pour la piste d'action N° 2.



## ANNEXE 4

**SANTÉ ET ENVIRONNEMENT : PRENDRE EN COMPTE LES EFFETS DE LA POLLUTION DE L'AIR SUR LA SANTÉ**

1. La présente annexe résume les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA68.8 (2015) sur l'action face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air, ainsi que de la feuille de route connexe pour une action mondiale renforcée face à ses effets néfastes sur la santé.<sup>1</sup> (Pour plus d'informations, consulter le rapport de situation soumis à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>2</sup>)
2. Les travaux menés ont permis de faire des progrès importants en ce qui concerne l'élaboration de produits de diffusion des connaissances et d'outils pour mesurer les effets sanitaires de la pollution de l'air et ses conséquences en matière de coûts des soins de santé. Il s'agit notamment de moyens permettant d'évaluer l'impact sur la santé, ainsi que d'outils spécifiques à l'économie de la santé et d'outils sectoriels, aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle infranationale. La mise à jour des lignes directrices de l'OMS en matière de qualité de l'air est à un stade avancé.
3. L'OMS a établi des rapports portant sur trois indicateurs de pollution de l'air définis dans le cadre des objectifs de développement durable, à savoir l'indicateur 3.9.1 (Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant), 7.1.2 (Proportion de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres) et 11.6.2 (Niveau moyen annuel de particules fines [PM 2,5 et PM 10, par exemple] dans les villes, pondéré en fonction du nombre d'habitants), et continuera de faire rapport régulièrement en la matière. Afin de continuer à soutenir les pays s'agissant du suivi de ces indicateurs, le Secrétariat a mis au point des méthodes statistiques plus solides et des outils d'enquête plus efficaces pour mieux évaluer les conséquences sanitaires de la pollution de l'air ambiant et la consommation énergétique des ménages.
4. Les bases de données de l'OMS sur la pollution de l'air ambiant et sur les sources d'énergie des ménages ont été mises à jour régulièrement et développées pour prendre en compte davantage de lieux, de polluants et de sources d'exposition.
5. Des progrès ont été accomplis pour que la pollution de l'air se voie accorder un degré de priorité plus élevé au sein des programmes régionaux grâce à l'élaboration de plans d'action régionaux et à la création de profils sanitaires et de profils de la pollution de l'air nationaux dans certains États membres à leur demande.
6. L'OMS, en collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies pour le développement, a lancé le réseau mondial BreatheLife pour sensibiliser à l'ampleur et à l'importance du risque sanitaire que constitue la pollution de l'air, ainsi que pour partager des solutions et favoriser la prise de mesures. Au total, 76 administrations au niveau municipal, régional ou national ont officiellement rejoint le réseau BreatheLife depuis sa création en octobre 2016 ; à l'échelle mondiale, la Première Conférence mondiale de l'OMS sur la pollution de l'air et la santé qui s'est tenue en 2018 a

---

<sup>1</sup> Dont l'Assemblée de la Santé a pris note avec satisfaction dans sa décision WHA69(11) (2016) ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_2016\\_REC1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf), consulté le 5 novembre 2020).

<sup>2</sup> OMS. Rapports de situation. Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, document A73/32, section I. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_32-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_32-fr.pdf), consulté le 5 novembre 2020).

permis d'accroître la sensibilisation. De plus en plus conscients de la menace que la pollution de l'air fait peser sur la santé publique, les pays s'engagent toujours plus résolument à mettre en œuvre des politiques visant à garantir la qualité de l'air et à agir simultanément en faveur du climat. En 2018, lors de la Première Conférence mondiale de l'OMS sur la pollution de l'air et la santé, 26 pays, 12 villes, 11 organisations du système des Nations Unies pour le développement, 39 organisations non gouvernementales et l'Union européenne se sont engagés en faveur d'une série d'interventions pour lutter contre la pollution de l'air. Au Sommet Action climat des Nations Unies en 2019, 50 pays représentant plus d'un milliard de personnes se sont engagés à respecter d'ici à 2030 les valeurs recommandées dans les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air et à harmoniser leurs politiques portant sur le climat et sur la qualité de l'air.

7. L'OMS, avec d'autres organisations du système des Nations Unies pour le développement, a lancé la Plateforme pour l'action en matière de santé et d'énergie<sup>1</sup> lors de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, qui s'est tenue en 2019. Cette plateforme vise à renforcer la coopération sur un plan politique et technique entre les secteurs de la santé et de l'énergie à une échelle mondiale, régionale et nationale, afin d'accélérer la transition vers une énergie propre, en mettant dans un premier temps l'accent sur les méthodes de cuisson non polluantes et l'électrification des établissements de santé.

8. La reconnaissance de la pollution atmosphérique comme cinquième facteur de risque majeur de maladie non transmissible lors de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la lutte contre les maladies non transmissibles en 2018, ainsi que l'inclusion de la pollution atmosphérique dans les plans d'action plurisectoriels régionaux et nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles constituent de grandes réussites. Dans ce contexte, le Secrétariat a avancé dans ses travaux visant à élaborer des options stratégiques relatives à la pollution de l'air ambiant et de l'air intérieur qui contribueront à la réalisation des objectifs et des cibles volontaires à l'échelle mondiale fixés par le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. La première phase de ces travaux consiste à compiler un recueil des orientations de l'OMS et d'autres entités des Nations Unies sur la santé et l'environnement, notamment sur la pollution de l'air. Par la suite, des analyses approfondies relatives à l'efficacité des interventions existantes s'appuieront sur les données compilées et sur d'autres lignes directrices et recommandations existantes de l'OMS.

9. Ces dernières années, l'OMS a conçu et perfectionné des outils analytiques pour consolider les données factuelles relatives aux effets sanitaires et économiques de la pollution de l'air, comme le logiciel AirQ+ et des mécanismes sectoriels tels que l'outil d'évaluation des effets sanitaires et économiques des déplacements à pied et à vélo. Le Secrétariat a réalisé des évaluations rapides de la situation et cartographié les parties prenantes afin de proposer un ensemble d'outils pour des solutions d'énergie domestique propres dans les pays qui utilisent principalement la biomasse pour cuisiner. Il élabore actuellement des supports de formation destinés aux professionnels de la santé en vue de renforcer les capacités de compréhension des risques liés à la pollution de l'air et, partant, d'en informer les patients et les communautés.

10. Le Secrétariat n'a pas cessé de soutenir directement les pays, avec des ateliers de formation technique ciblés visant à renforcer les capacités institutionnelles dans le but de lutter contre la pollution de l'air et agir en faveur de la santé. En outre, l'OMS a entrepris plusieurs missions conjointes avec d'autres organes des Nations Unies afin de planifier et d'améliorer le soutien apporté aux pays.

---

<sup>1</sup> OMS, PNUD. Accelerating SGD 7 achievement: Action brief 2 – Global energy and health platform of action. New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division des objectifs de développement durable, 2019 ([https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24066ab2\\_cover.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24066ab2_cover.pdf), consulté le 8 décembre 2020).

## ANNEXE 5

**ACTUALISATION DES APPENDICES DU PLAN D'ACTION GLOBAL DE L'OMS  
POUR LA SANTÉ MENTALE 2013-2030**

1. Pour donner suite au paragraphe 3 a) de la décision WHA72(11) (2019), dans laquelle l'Assemblée de la Santé demande au Directeur général, entre autres, de proposer une actualisation des appendices du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, en consultation avec les États Membres et en tenant compte de l'avis des autres parties prenantes, le Secrétariat a pris les mesures suivantes en vue d'actualiser l'appendice 1 (Indicateurs pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux cibles définies) et l'appendice 2 (Options pour la mise en œuvre du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020) de ce plan d'action :

- **mars 2020.** Une consultation virtuelle avec les États Membres a été organisée par les bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale afin de recueillir des avis sur l'avant-projet de la version actualisée de l'appendice 1 et la version préexistante (2013) de l'appendice 2. En outre, les États Membres de la Région du Pacifique occidental ont été consultés par courriel pour obtenir leur avis sur l'avant-projet de la version actualisée de l'appendice 1. Une consultation en ligne a été menée auprès des États Membres, des organisations du système des Nations Unies et des acteurs non étatiques sur l'avant-projet de la version actualisée de l'appendice 1 et la version préexistante (2013) de l'appendice 2 ;
- **juillet 2020.** Des consultations virtuelles ont été organisées par le Bureau régional du Pacifique occidental afin de recueillir l'avis des États Membres de la Région sur la version préexistante (2013) de l'appendice 2 ;
- **août-septembre 2020.** Une consultation virtuelle avec les États Membres a été organisée par les bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale afin de recueillir des avis sur l'avant-projet de la version actualisée de l'appendice 2. Ce texte a également fait l'objet d'une consultation en ligne auprès des États Membres, des organisations du système des Nations Unies et des acteurs non étatiques.

2. La nouvelle version de l'appendice 1 (voir ci-après) comporte des indicateurs et des cibles actualisés pour le suivi du Plan d'action global pour la santé mentale jusqu'en 2030.

3. La nouvelle version de l'appendice 2 (voir ci-après) renforce le texte sur la prévention du suicide, la santé mentale sur le lieu de travail, la couverture sanitaire universelle, la santé mentale de l'enfant, la santé mentale tout au long de la vie, les activités multisectorielles, les droits humains et la participation des personnes ayant une expérience vécue des troubles mentaux.

## Appendice 1

**Proposition d'actualisation de l'annexe 1 du Plan d'action global de l'OMS  
pour la santé mentale 2013-2030**

**Indicateurs pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux cibles définies**

1. Les indicateurs actualisés destinés à évaluer les progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 constituent un sous-ensemble des informations et notifications dont les États Membres ont besoin pour pouvoir surveiller de manière adéquate leurs politiques et programmes de santé mentale. Compte tenu du caractère mondial et facultatif des cibles, chaque État Membre n'est pas nécessairement tenu de toutes les atteindre, mais il peut contribuer dans une plus ou moins grande mesure à ce qu'elles soient atteintes collectivement.
2. Les cibles générales définies pour chaque objectif constituent une base de référence pour mesurer l'action collective et les progrès des États Membres par rapport aux objectifs mondiaux et elles ne doivent pas empêcher de fixer des cibles plus ambitieuses au niveau national, en particulier pour les pays qui ont déjà atteint les cibles mondiales.
3. Comme indiqué pour l'objectif 4 du plan, le Secrétariat continuera à fournir des orientations, une formation et une assistance technique aux États Membres qui en font la demande afin qu'ils puissent mettre en place des systèmes d'information nationaux permettant de recueillir les données nécessaires au calcul des indicateurs sur les apports, activités et résultats du système de santé mentale. Il s'agit de continuer à s'appuyer sur les systèmes d'information existants plutôt que de créer des systèmes nouveaux ou parallèles.

**Objectif 1. Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale**

**Cible mondiale 1.1** : 80 % des pays auront élaboré ou actualisé leur politique ou leur plan de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, d'ici à 2030.

**Indicateur 1.1** : Existence d'une politique ou d'un plan national de santé mentale mis en œuvre et conforme aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

**Moyens de vérification**

Politique ou plan physiquement disponible ; confirmation que la politique ou le plan est conforme aux normes internationales et régionales relatives aux droits de l'homme ; et évaluation de l'état de sa mise en œuvre.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

Pour les pays ayant un système fédéral, l'indicateur fera référence aux politiques ou aux plans de la plupart des États ou provinces du pays. Les politiques ou les plans de santé mentale peuvent être isolés ou intégrés dans d'autres politiques ou plans concernant la santé en général ou le handicap.

Les normes relatives aux droits de l'homme comprennent des dispositions pour i) la transition vers des services de santé mentale communautaires ; ii) le respect des droits de l'homme ; iii) un soutien et des services complets ; iv) la promotion d'une approche fondée sur le rétablissement ; et v) la participation à la prise de décisions.

L'état de mise en œuvre comprend i) l'estimation et l'allocation des ressources humaines ; ii) l'estimation et l'allocation des ressources financières ; et iii) le suivi et l'évaluation d'indicateurs ou de cibles spécifiés.

<b>Cible mondiale 1.2</b> : 80 % des pays auront élaboré ou actualisé leur législation de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, d'ici à 2030.
<b>Indicateur 1.2</b> : Existence d'une législation nationale couvrant la santé mentale qui est mise en œuvre et conforme aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.
<b>Moyens de vérification</b> Législation physiquement disponible, confirmation qu'elle est conforme aux normes internationales et régionales relatives aux droits de l'homme et évaluation de l'état de sa mise en œuvre.
<b>Observations, hypothèses et/ou justification</b> Pour les pays ayant un système fédéral, l'indicateur fera référence à la législation de la plupart des États/provinces du pays. La législation relative à la santé mentale peut être isolée ou intégrée dans la législation concernant la santé en général ou le handicap. Les normes relatives aux droits de l'homme comprennent des dispositions pour i) la transition vers des services de santé mentale communautaires ; ii) la promotion de l'exercice de la capacité juridique ; iii) la prévention des pratiques coercitives ; iv) les procédures de recours et de plainte ; et v) les inspections régulières des services de santé mentale. L'état de la mise en œuvre fait référence i) à l'existence d'une autorité ou d'un organisme indépendant chargé d'évaluer le respect des normes relatives aux droits de l'homme ; ii) à l'inspection régulière des services de santé mentale par l'autorité ou l'organisme en question ; et iii) à la suite donnée systématiquement aux plaintes et à la communication des constatations.

## **Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire**

<b>Cible mondiale 2.1</b> : La couverture des services de prise en charge des problèmes de santé mentale aura augmenté de 50 % au moins d'ici à 2030.
<b>Indicateur 2.1.1</b> : Proportion de personnes atteintes de psychose qui ont utilisé les services au cours des 12 derniers mois [%].
<b>Moyens de vérification</b> Numérateur : nombre de personnes atteintes de psychose bénéficiant de services, déterminé à l'aide des systèmes d'information courants ou d'une enquête initiale et de suivi auprès des établissements de santé dans une ou plusieurs zones géographiques définies d'un pays. Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de psychose dans l'échantillon de population, déterminé à l'aide d'enquêtes nationales ou, à défaut, d'estimations de la prévalence au niveau infrarégional.
<b>Indicateur 2.1.2</b> : Proportion de personnes atteintes de dépression qui ont utilisé les services au cours des 12 derniers mois [%].
<b>Moyens de vérification</b> Numérateur : nombre de personnes atteintes de dépression bénéficiant de services, déterminé à l'aide d'enquêtes auprès des ménages, d'enquêtes épidémiologiques, des systèmes d'information courants ou d'une enquête initiale et de suivi auprès des établissements de santé dans une ou plusieurs zones géographiques définies d'un pays. Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression dans l'échantillon de population, déterminé à l'aide d'enquêtes nationales ou, à défaut, d'estimations de la prévalence au niveau infrarégional.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

Les estimations de la couverture des services doivent être établies pour tous les troubles mentaux, mais elles sont limitées aux psychoses et à la dépression comme indicateurs de référence pour les troubles mentaux graves et courants, respectivement, afin de limiter le travail statistique.

L'éventail des établissements de santé s'étend des centres de soins primaires aux hôpitaux généraux et spécialisés ; ces différents établissements peuvent offrir une prise en charge et un soutien sociaux ainsi qu'un traitement psychosocial et/ou pharmacologique en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation.

Pour limiter le travail statistique, et lorsque c'est nécessaire, les pays peuvent effectuer l'enquête uniquement auprès des établissements hospitaliers et de ceux où les patients passent la nuit (en sachant que l'estimation sera moins précise si les soins primaires et les autres dispensateurs de services ne sont pas pris en compte).

**Cible mondiale 2.2 :** 80 % des pays auront multiplié par deux le nombre d'établissements communautaires de santé mentale d'ici à 2030.

**Indicateur 2.2 :** Nombre d'établissements communautaires de santé mentale.

**Moyens de vérification**

Nombre d'établissements communautaires disponibles pour la prise en charge des problèmes de santé mentale et des problèmes cliniques et sociaux connexes.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

Pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des services, il est recommandé de créer des services complets de santé mentale et d'aide sociale ancrés dans la communauté locale ; Les services communautaires peuvent être des services ambulatoires ou d'hospitalisation ainsi que des services d'aide à domicile.

**Cible mondiale 2.3 :** 80 % des pays auront intégré la santé mentale dans les soins de santé primaires d'ici à 2030.

**Indicateur 2.3 :** Existence d'un système d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires

**Moyens de vérification**

Description par les pays à partir des critères suivants : lignes directrices pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires disponibles et adoptées ; interventions pharmacologiques et psychosociales au niveau des soins de santé primaires ; et formation et encadrement des agents de santé non spécialisés au niveau des soins primaires.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires est essentielle pour garantir la couverture sanitaire universelle. Plusieurs services de santé mentale, y compris des services de promotion, de prévention, de traitement et de soins, peuvent être fournis lorsqu'ils sont intégrés aux soins de santé primaires.

### Objectif 3. Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale

**Cible mondiale 3.1 :** 80 % des pays disposeront d'au moins deux programmes nationaux fonctionnels et multisectoriels de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale, d'ici à 2030.

**Indicateur 3.1 :** Existence de programmes fonctionnels et multisectoriels de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale

**Moyens de vérification**

Inventaire ou description projet par projet des programmes actuellement mis en œuvre

**Observations, hypothèses et/ou justification**

Les programmes peuvent – et, de préférence, devraient – englober à la fois des stratégies pour l'ensemble la population et des stratégies destinées à des groupes vulnérables repérés localement. Il peut s'agir, par exemple, de programmes sur : la prévention du suicide ; la sensibilisation aux questions de santé mentale/la lutte contre la stigmatisation ; la promotion de la santé mentale sur le lieu de travail ; la santé mentale en milieu scolaire ; et la prévention et la promotion en matière de santé mentale des mères.

Les critères permettant de déterminer qu'un programme fonctionne sont les ressources financières et humaines qui y sont consacrées, l'existence d'un plan de mise en œuvre défini et la présence de preuves de progrès et/ou d'impact.

**Cible mondiale 3.2 :** Le taux de suicides sera réduit d'un tiers d'ici à 2030.

**Indicateur 3.2 :** Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants).

**Moyens de vérification**

Enregistrement annuel systématique des décès par suicide

**Observations, hypothèses et/ou justification**

Pour œuvrer efficacement dans cet objectif, plusieurs secteurs autres que celui de la santé ou de la santé mentale doivent conjuguer leurs efforts. Il est difficile d'obtenir des données de surveillance exactes et, en raison d'une notification plus précise des suicides, du vieillissement de la population et d'autres facteurs éventuels, il se peut que le nombre total de suicides enregistrés ne diminue pas dans certains pays ; cependant, le taux de suicides reflète mieux que le nombre total de suicides le résultat des efforts de prévention.

La cible (et l'indicateur) sont conformes à ceux de l'objectif de développement durable 3 (cible 3.4 et indicateur 3.4.2).

**Cible mondiale 3.3 :** 80 % des pays auront mis en place un système de santé mentale et de préparation psychosociale en cas d'urgence et/ou de catastrophe, d'ici à 2030.

**Indicateur 3.3 :** Existence d'un système de santé mentale et de préparation psychosociale en cas d'urgence ou de catastrophe.

**Moyens de vérification**

Description par les pays de la mise en place d'un système de santé mentale et de préparation psychosociale, sur la base des critères suivants : plan de mise en œuvre défini, ressources financières et humaines consacrées à ce système et preuves de progrès et/ou d'impact.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

La planification des interventions en cas de catastrophe et/ou d'urgence est une priorité, comme indiqué dans le *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030* et dans les *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*.

#### **Objectif 4 : Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale**

**Cible mondiale 4.1 :** 80 % des pays recueilleront systématiquement et communiqueront tous les deux ans des données sur un ensemble minimum d'indicateurs de la santé mentale dans le cadre de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et sociale, d'ici à 2030.

**Indicateur 4.1 :** Des données sur un ensemble d'indicateurs de base de la santé mentale définis d'un commun accord sont systématiquement recueillies et communiquées tous les deux ans.

**Moyens de vérification**

Tous les deux ans, envoi à l'OMS de données par rapport à un ensemble d'indicateurs de base de la santé mentale.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

Les indicateurs de base de la santé mentale comprennent ceux ayant trait aux cibles définies dans le présent plan d'action, ainsi que d'autres indicateurs essentiels des actions menées dans le cadre du système de santé et des systèmes sociaux (par exemple formation et dotation en ressources humaines, et disponibilité et utilisation des services). Les données doivent être ventilées par sexe et par tranche d'âge. On peut aussi, si nécessaire, recourir à des enquêtes pour compléter les données obtenues grâce aux systèmes d'information courants. Les données seront collectées, analysées et communiquées par l'OMS dans le cadre de son Atlas de la santé mentale.

**Cible mondiale 4.2 :** Le nombre de travaux de recherche mondiaux sur la santé mentale aura doublé d'ici à 2030.

**Indicateur 4.2 :** Nombre d'articles de recherche sur la santé mentale publiés (articles de recherche publiés dans les bases de données).

**Moyens de vérification**

Recherches documentaires menées de façon centralisée tous les deux ans, stratifiées par pays d'origine, par sujet et par type de recherche, à l'aide de données bibliométriques pour la dernière année civile.

**Observations, hypothèses et/ou justification**

L'indicateur mesure la production de travaux de recherche en santé mentale suivant les études nationales publiées. Le nombre d'articles de recherche publiés chaque année dans des revues à comité de lecture et indexés est indicatif de la quantité (et de la qualité) de la recherche en santé mentale menée dans un pays. Il permet d'évaluer indirectement l'engagement d'un pays en faveur de la recherche en santé mentale, ce qui aura en fin de compte un impact sur les résultats pour les personnes atteintes de troubles mentaux.



## Appendice 2

**Proposition d'actualisation de l'appendice 2 du Plan d'action global  
pour la santé mentale 2013-2020**

**Options pour la mise en œuvre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020**

Objectif 1. Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale	
Actions	Options de mise en œuvre
<p><b>Politique et législation :</b> élaborer, renforcer, réactualiser et mettre en œuvre au niveau national des politiques, des stratégies, des programmes, des lois et des règlements sur la santé mentale dans tous les secteurs concernés, y compris des codes de pratique et des mécanismes de protection et de suivi, en tenant compte des données factuelles, des meilleures pratiques ainsi que de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et des autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et mettre en œuvre une politique et un plan complets en matière de santé mentale qui soient conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, auxquels soient allouées des ressources humaines et financières et qui fassent l'objet d'un suivi régulier par rapport aux indicateurs ou aux cibles de mise en œuvre.</li> <li>• Dépénaliser le suicide, les tentatives de suicide et les actes d'automutilation.</li> <li>• Créer, au sein du ministère de la santé, une unité de santé mentale fonctionnelle, ou un ou plusieurs mécanismes de coordination dotés d'un budget et chargés de la planification stratégique, de la coordination, de l'évaluation des besoins, de la collaboration interministérielle et multisectorielle et de l'évaluation des services de santé mentale à toutes les étapes de la vie.</li> <li>• Assurer la coordination des activités de santé mentale et d'aide sociale à tous les niveaux infranationaux concernés (par exemple, les districts, les municipalités et les communautés).</li> <li>• Sensibiliser les décideurs aux questions de la santé mentale et des droits de l'homme en établissant des notes d'information et des publications scientifiques et en proposant des cours de leadership et d'autres modalités d'apprentissage et d'échange de connaissances en matière de santé mentale.</li> <li>• Renforcer les capacités parmi les parties prenantes, dont les décideurs, concernant les stratégies visant à promouvoir le respect de la volonté et des préférences des personnes concernant les services de santé mentale et les services connexes.</li> <li>• Tenir compte de la santé mentale et des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux dans toutes les politiques, lois et stratégies sectorielles (concernant, par exemple, la santé, les affaires sociales, l'éducation, la justice et le travail/l'emploi), y compris la préparation et les interventions en cas d'urgence, la lutte contre la pauvreté et le développement.</li> <li>• Responsabiliser en créant des mécanismes, à l'aide d'organismes indépendants, pour exercer une surveillance et prévenir et combattre la torture et les traitements cruels, inhumains et dégradants et toutes autres formes de maltraitance et de sévices ; recueillir des données sur la contention, l'isolement et les traitements sans consentement ; et associer à ces mécanismes les groupes d'acteurs concernés, par exemple les juristes et les personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux, d'une manière conforme aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.</li> </ul>

Objectif 1. Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale	
Actions	Options de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amender ou abroger toute législation tendant à perpétuer la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux.</li> <li>• Surveiller et évaluer la mise en œuvre des politiques et de la législation afin de s'assurer qu'elles sont conformes aux conventions internationales relatives aux droits de l'homme, dont la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention relative aux droits de l'enfant, le cas échéant, et intégrer ces informations au mécanisme de notification concernant ces conventions.</li> <li>• Mettre en place des mécanismes de prise de décision appuyés ; aider les personnes à élaborer à l'avance des plans dans lesquels elles expriment leur volonté et leurs préférences au cas où elles traverseraient une crise ; et faire en sorte que les personnes bénéficient de tous le soutien dont elles ont besoin pour prendre une décision et notamment qu'elles aient accès à des personnes de confiance et à des informations valables sur toutes les questions relatives à leur décision.</li> </ul>
<p><b>Planification des ressources :</b> planifier en fonction des besoins mesurés ou estimés systématiquement et allouer, dans tous les secteurs concernés, un budget qui soit à la mesure des besoins recensés en matière de ressources humaines et autres pour mettre en œuvre des plans et des mesures de santé mentale définis d'un commun accord sur la base de données factuelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure les services de santé mentale, tels que les interventions psychosociales et psychologiques et les médicaments de base servant à traiter les troubles mentaux, dans la couverture sanitaire universelle et les programmes de protection financière, et offrir une protection financière aux groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.</li> <li>• Utiliser – et le cas échéant, recueillir – des données épidémiologiques et des données sur les ressources nécessaires qui aideront à élaborer et à mettre en œuvre des plans, des budgets et des programmes de santé mentale.</li> <li>• Établir des mécanismes pour quantifier les dépenses consacrées à différents types de services de santé mentale dans le secteur de la santé et d'autres secteurs concernés tels que l'éducation, l'emploi, la justice pénale et les services sociaux.</li> <li>• Déterminer les fonds disponibles à l'étape de la planification pour mener des activités communautaires ciblées, culturellement adaptées et d'un bon rapport coût/efficacité, de façon à ce que la mise en œuvre soit assurée.</li> <li>• Collaborer avec d'autres parties prenantes pour défendre efficacement l'augmentation des ressources allouées à la santé mentale, y compris par le biais d'argumentaires d'investissement en faveur de la santé mentale.</li> </ul>
<p><b>Collaboration avec les parties prenantes :</b> associer les acteurs de tous les secteurs concernés, y compris les personnes atteintes de troubles mentaux, les aidants et les familles, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, des lois et des services de santé mentale au moyen d'une structure/d'un mécanisme formel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunir des représentants de tous les secteurs concernés et de toutes les parties prenantes, dialoguer avec eux et obtenir un consensus lors de la planification, de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, des lois et des services de santé, notamment en vue de l'échange de connaissances sur les mécanismes permettant de mieux coordonner les politiques et les soins entre les secteurs formels et informels.</li> <li>• Renforcer les capacités locales et sensibiliser les groupes de parties intéressées aux questions de la santé mentale, de la législation et des droits de l'homme, y compris en attirant leur attention sur leur responsabilité dans la mise en œuvre des politiques, des lois et des réglementations.</li> </ul>

<b>Objectif 1. Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
<p><b>Renforcement et autonomisation des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux et de leurs organisations :</b> veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux aient la possibilité de jouer un rôle officiel et d'influencer le processus de conception, de planification et de mise en œuvre des politiques, des lois et des services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir un soutien logistique, technique et financier afin que les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux et leurs organisations, y compris les jeunes et les aidants, soient mieux à même de comprendre en quoi consiste la réalisation des conventions, des politiques, des lois et des services relatifs aux droits de l'homme, en fonction de leurs besoins et de leurs préférences et de mener une action de sensibilisation dans ce sens.</li> <li>• Favoriser et faciliter la création d'organisations nationales et locales indépendantes de personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux et mettre en place des dispositifs officiels pour assurer leur participation pleine et entière à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, des lois et des services de santé mentale, à leur suivi et à leur évaluation.</li> <li>• Faire participer les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux à l'évaluation et au suivi de tous les services publics et privés de santé mentale, y compris les hôpitaux psychiatriques et les foyers d'hébergement social.</li> <li>• Faire participer les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux et leurs organisations au renforcement des capacités des diverses parties prenantes, dont les décideurs et les agents de santé qui prodiguent des soins de santé mentale.</li> </ul>

<b>Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
<p><b>Réorganisation des services et augmentation de la couverture :</b> abandonner systématiquement la prise en charge dans des hôpitaux psychiatriques de long séjour au profit des structures de soins non spécialisées et étendre la couverture des interventions fondées sur des bases factuelles (y compris en appliquant les principes des soins par paliers, le cas échéant) pour les affections prioritaires, assurées par un réseau de services de santé mentale à assise communautaire, à savoir hospitalisations de courte durée et soins ambulatoires dispensés dans des hôpitaux généraux, soins de santé primaires, centres de santé mentale assurant une prise en charge complète, centres de jour, soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux qui vivent au sein de leur famille, et aides au logement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et budgétiser un plan pour la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques de long séjour et leur remplacement par un soutien aux anciens résidents qui leur permette de vivre dans la communauté.</li> <li>• Réaffecter progressivement les ressources financières et le personnel aux soins communautaires, en fermant les établissements de long séjour quand des alternatives communautaires adaptées sont possibles.</li> <li>• Accompagner le processus de fermeture progressive des établissements psychiatriques de long séjour : a) en protégeant les droits de l'homme et en améliorant la qualité de vie dans les établissements ; et b) en assurant la continuité des soins et de l'aide sociale pour les résidents au long cours qui sortent de ces établissements (par exemple, les moyens de subsistance et l'aide au logement, y compris dans des foyers de petite taille).</li> <li>• Créer des services de santé mentale ambulatoires et une unité de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux.</li> <li>• Renforcer les services communautaires interdisciplinaires de santé mentale pour les personnes de tous âges, par exemple grâce à des services de proximité, à des soins et à un soutien à domicile, à des soins de santé primaires, à des soins d'urgence, à la réadaptation communautaire et à des logements subventionnés.</li> <li>• Intégrer la santé mentale et l'aide sociale dans les programmes et services concernant certaines maladies, comme le VIH/sida, la tuberculose, les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées, ainsi que dans des programmes et des services destinés à</li> </ul>

Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire	
Actions	Options de mise en œuvre
	<p>certaines populations, comme ceux couvrant la santé maternelle, sexuelle et reproductive, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la violence sexiste et la santé et le bien-être de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire appel aux utilisateurs des services, aux familles et/ou aux aidants pour qu'ils fassent profiter les réseaux d'entraide de leur expérience pratique.</li> <li>• Soutenir la mise en place et la prestation de services communautaires de santé mentale assurés par des organisations non gouvernementales, des organisations confessionnelles et d'autres groupes communautaires, y compris des groupes d'entraide et de soutien aux familles, qui protègent, respectent et promeuvent les droits de l'homme et qui fassent l'objet d'un suivi par les pouvoirs publics.</li> <li>• Envisager d'appliquer des approches novatrices fondées sur des données factuelles pour apporter un soutien psychologique à grande échelle (par exemple, entraide guidée, entraide numérique, approches collaboratives et de soins par paliers).</li> <li>• Élaborer et utiliser des outils ou des stratégies d'entraide et de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, y compris en renforçant l'utilisation de technologies électroniques et mobiles dans le cadre de soins par paliers.</li> <li>• Mettre en place des moyens, des politiques et des procédures opérationnelles pour la prestation de services à distance (par exemple, la télésanté) et recourir à des solutions de santé numériques pour aider les praticiens à prodiguer des soins dans la mesure du possible.</li> <li>• Fournir des services de soutien à domicile et communautaires aux aidants d'enfants et d'adultes atteints de handicaps psychosociaux, y compris une formation pour les aidants et d'autres services pluridisciplinaires (par exemple, la physiothérapie et l'ergothérapie, le soutien nutritionnel, le logement, l'aide éducative et le développement de la petite enfance).</li> </ul>
<p><b>Soins intégrés et adaptés aux besoins :</b> intégrer et coordonner un système complet de prévention, de promotion, de réadaptation, de soins et de soutien qui vise à répondre aux besoins à la fois en matière de santé mentale et de santé physique et qui facilite la guérison des personnes de tous âges dans le cadre des services de santé généraux et des services sociaux (y compris par la promotion du droit à l'emploi, au logement et à l'éducation), en appliquant des plans thérapeutiques et curatifs inspirés par les utilisateurs des services eux-mêmes avec, le cas échéant, le concours des familles et des aidants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les agents de santé à lancer et à soutenir des plans de rétablissement et à mettre les personnes en contact avec des services et des ressources en fonction de leurs besoins et de leurs préférences, y compris l'éducation, le travail, les soins de santé et les possibilités de subsistance.</li> <li>• Élaborer la planification et la prestation des services avec les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux.</li> <li>• Appliquer des lignes directrices pour la gestion de la santé somatique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves.</li> <li>• Mener une action de sensibilisation auprès d'autres secteurs (aide économique de subsistance, logement, éducation, formation professionnelle, emploi, protection sociale et aide juridique, par exemple) pour qu'ils incluent et soutiennent les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux dans leurs services et programmes.</li> <li>• Favoriser le soutien et les soins axés sur la guérison et culturellement adaptés par des actions de sensibilisation et de formation du personnel des services de santé et des services sociaux.</li> </ul>

<b>Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les personnes atteintes de troubles mentaux, leurs familles et les aidants sur les causes et les conséquences potentielles de ces troubles, sur les possibilités de traitement et de guérison, et sur les modes de vie sains qui améliorent la santé et le bien-être en général.</li> <li>• Promouvoir l'autonomisation des personnes souffrant de troubles mentaux, de leurs familles et des aidants, et leur participation aux soins de santé mentale.</li> <li>• Se procurer les médicaments de base pour les troubles mentaux qui figurent dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels et faire en sorte qu'ils soient disponibles à tous les niveaux du système de santé, veiller à leur usage rationnel et permettre aux agents de santé non spécialisés possédant la formation adéquate de les prescrire.</li> <li>• Renforcer les compétences des professionnels de la santé afin qu'ils fournissent des renseignements exacts sur une gamme d'interventions psychosociales et pharmacologiques réalisables fondées sur des données probantes et qu'ils étudient les avantages et les risques, y compris les effets secondaires et les effets de sevrage éventuels des interventions.</li> <li>• Se préoccuper du bien-être mental des enfants et des aidants dont un membre de la famille gravement malade (y compris atteint de troubles mentaux) vient se faire soigner dans les services de santé.</li> <li>• Proposer aux enfants et aux adultes qui ont été confrontés à des événements pénibles, y compris des violences domestiques, des troubles civils, des conflits ou une catastrophe, des services et des programmes qui répondent à leurs besoins de santé mentale, favorisent la guérison et la résilience, et évitent de nouvelles souffrances à ceux qui demandent de l'aide.</li> <li>• Mettre en œuvre des interventions pour gérer les crises familiales et fournir soins et soutien aux familles et aux aidants dans le cadre des soins primaires et des autres niveaux de service.</li> <li>• Intervenir précocement pour les enfants et les adolescents présentant des problèmes de santé mentale en prodiguant des soins centrés sur la famille et adaptés aux besoins des enfants et des adolescents, aux niveaux des soins de santé primaires et en milieu scolaire et communautaire.</li> <li>• Utiliser l'outil « QualityRights » de l'OMS pour évaluer et améliorer la qualité de l'accueil et le respect des droits de l'homme dans les services ambulatoires et hospitaliers de soins de santé mentale et dans les structures d'aide sociale et appliquer notamment des politiques et des procédures pour que les pratiques coercitives soient abandonnées dans les services.</li> </ul>

Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire	
Actions	Options de mise en œuvre
<p><b>La santé mentale dans les situations d'urgence humanitaire (y compris les conflits ponctuels, répétés ou continus, la violence et les catastrophes) :</b> travailler en collaboration avec les comités d'urgence nationaux pour prendre en compte les besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les programmes de préparation aux situations d'urgence, et faire en sorte que les personnes atteintes de troubles mentaux (préexistants ou induits par la situation d'urgence) et connaissant des problèmes psychosociaux, y compris les agents de santé et les travailleurs humanitaires – pendant et après les crises –, aient accès à des services d'aide suffisamment sûrs, notamment à des services qui prennent en charge les traumatismes psychologiques et qui favorisent la guérison et la résilience, compte dûment tenu des besoins de financement à plus long terme pour la construction ou reconstruction d'un système de santé mentale à assise communautaire après une crise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec des acteurs nationaux et infranationaux de plusieurs secteurs pour intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans l'ensemble des politiques, des plans, des procédures et des mesures nationales et locales de préparation aux situations d'urgence et d'intervention décrites dans les normes minimales du manuel Sphère et dans les Directives du Comité permanent interorganisations concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.</li> <li>• Se préparer aux situations d'urgence en formant les agents de santé et communautaires au soutien psychosocial de base, par exemple, aux premiers secours psychologiques.</li> <li>• Dans les situations d'urgence, assurer la coordination avec les partenaires des secteurs de la santé, de la protection, de la nutrition et de l'éducation pour l'application des normes minimales pertinentes du manuel Sphère et des Directives du Comité permanent interorganisations susmentionnées.</li> <li>• Inclure la santé mentale et le soutien psychosocial en tant qu'éléments à part entière et transversaux des interventions d'urgence en santé publique (par exemple, face à la COVID-19 et à la maladie à virus Ebola), dans une gamme de piliers ou de domaines, tels que la prise en charge des cas, la communication sur les risques et la collaboration avec les communautés, le maintien des services, la coordination des interventions et les opérations (par exemple, le soutien du personnel).</li> <li>• Tirer parti des situations d'urgence pour construire ou reconstruire des systèmes communautaires durables de santé mentale et d'aide sociale et pour démontrer la faisabilité et l'efficacité des modèles de soins communautaires qui répondent à l'augmentation à long terme des troubles mentaux dans les populations en proie à des situations d'urgence.</li> </ul>
<p><b>Planification des ressources :</b> renforcer les connaissances et les compétences des agents de santé généraux et spécialisés pour leur permettre d'assurer, pour les enfants et les adolescents, entre autres, des services de santé mentale et d'aide sociale fondés sur des bases factuelles, culturellement adaptés et tenant compte des</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et mettre en œuvre une stratégie permettant de constituer et de fidéliser les effectifs nécessaires pour assurer des services de santé mentale et d'aide sociale à toutes les étapes de la vie dans des structures sanitaires, sociales et éducatives comme les structures de soins de santé primaires, les hôpitaux généraux et les établissements scolaires.</li> <li>• Soutenir la formation initiale et la formation continue des agents de santé à l'utilisation du <i>Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées</i>, aux interventions psychologiques fondées sur des bases factuelles et à l'usage du matériel de formation et de supervision associé pour les soins élargis prioritaires.<sup>1</sup></li> </ul>

<sup>1</sup> Voir le document EB146/7 (2019), Annexe 1 : Liste d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité afin de promouvoir la santé mentale et le bien-être ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_7-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_7-fr.pdf)).



Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire	
Actions	Options de mise en œuvre
<p>droits de l'homme, en incluant la santé mentale dans les programmes d'études des premier et second cycles universitaires et en formant et en encadrant les agents de santé sur le terrain, en particulier dans les structures non spécialisées, afin qu'ils sachent repérer les personnes souffrant de troubles mentaux, leur offrir un traitement et un soutien appropriés et les adresser, si nécessaire, à d'autres niveaux de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que les agents de santé et les travailleurs sociaux aient accès à des cadres ayant l'expérience des interventions fondées sur des données factuelles et en mesure d'offrir un mentorat et un soutien continus.</li> <li>• Collaborer avec les universités, facultés et autres établissements d'enseignement intéressés pour définir une composante de santé mentale et l'incorporer dans les programmes d'études des premier et second cycles universitaires, pour proposer une formation continue, pour échanger des connaissances dans le domaine de la santé mentale et pour garantir l'accréditation et la supervision des professionnels de la santé mentale.</li> <li>• Créer des conditions propices à la formation des agents de santé, des enseignants et des travailleurs sociaux, en privilégiant le développement, le suivi et l'évaluation continus des compétences et en définissant clairement les tâches, les structures d'orientation, l'encadrement et le mentorat.</li> <li>• Améliorer les capacités des agents de santé, des enseignants et des travailleurs sociaux dans tous les domaines de leur travail (par exemple aspects cliniques, droits de l'homme et questions de santé publique), en utilisant, le cas échéant, des méthodes d'enseignement à distance.</li> <li>• Assurer la prise en compte d'approches orientées vers la guérison axées sur les droits de l'homme et centrées sur la personne dans les programmes d'études des premier et second cycles, dans la formation continue et dans les mécanismes d'accréditation professionnelle, et proposer des stages dans les services qui favorisent de telles approches.</li> <li>• Instaurer une formation clinique encadrée pour les futurs professionnels de la santé mentale, y compris les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmiers et infirmières psychiatriques et les psychiatres, ou la renforcer.</li> <li>• Améliorer les conditions de travail, la rémunération et les perspectives de carrière des professionnels en santé mentale et d'autres personnes, y compris des non-spécialistes, pour attirer du personnel dans ce secteur et le fidéliser.</li> <li>• Collaborer avec les établissements d'enseignement et les lieux de travail afin d'améliorer le recrutement et la fidélisation de personnes venant d'horizons divers (y compris celles ayant souffert de troubles mentaux et psychosociaux) afin de leur donner plus de place et de diversifier le personnel et les dirigeants dans le domaine de la santé mentale.</li> </ul>
<p><b>Lutter contre les disparités :</b> identifier en amont les groupes particulièrement exposés au risque de maladies mentales qui ont difficilement accès aux services et leur fournir un soutien approprié.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recenser et évaluer les besoins et les déterminants en matière de santé mentale des différents groupes sociodémographiques de la communauté ainsi que des personnes vulnérables qui n'utilisent peut-être pas les services (par exemple, les sans-abri, les enfants, les personnes âgées, les personnes qui se trouvent dans le système de justice pénale, les détenus, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les migrants, les groupes ethniques minoritaires, les personnes qui se considèrent comme LGBTIQ+, les populations autochtones, les personnes ayant un handicap physique ou intellectuel et les personnes en proie à des situations d'urgence) et tenter d'éliminer les obstacles auxquels elles sont confrontées pour accéder au traitement, aux soins et au soutien.</li> </ul>

<b>Objectif 2. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer une stratégie proactive pour cibler ces personnes et ces groupes et fournir des services répondant à leurs besoins.</li> <li>• Renforcer les compétences des agents de santé et des travailleurs sociaux afin qu'ils comprennent mieux les besoins des personnes vulnérables et les déterminants sociaux de la santé mentale, y compris la pauvreté, l'inégalité, la discrimination et la violence, et qu'ils y apportent une réponse lorsqu'ils prodiguent des soins et proposent un soutien.</li> </ul>

<b>Objectif 3. Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
<p><b>Promotion de la santé mentale et prévention :</b> diriger et coordonner une stratégie multisectorielle intégrée dans les stratégies nationales de promotion de la santé et de la santé mentale, qui combine des interventions universelles et des interventions ciblées, et qui répond aux besoins de différents groupes vulnérables tout au long de leur vie, pour promouvoir la santé mentale, prévenir les troubles mentaux et réduire la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et mettre en œuvre des programmes nationaux multisectoriels de promotion de la santé mentale et de prévention.</li> <li>• Permettre au grand public d'améliorer ses connaissances en matière santé mentale et de savoir comment mettre fin à la discrimination et accéder aux services, en menant des campagnes de sensibilisation dans les médias et en lançant des initiatives auxquelles participent des personnes ayant souffert de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux.</li> <li>• Intégrer les soins de santé mentale et les mesures de soutien dans les soins prénatals et postnatals dispensés à domicile comme en institution aux jeunes parents et/ou aux aidants, y compris la formation aux compétences parentales pour les aidants.</li> <li>• Appliquer des programmes pour la petite enfance qui traitent du développement cognitif, sensorimoteur et psychosocial des enfants et qui favorisent des relations saines entre les enfants et les personnes qui s'en occupent.</li> <li>• Réduire l'usage nocif de l'alcool par la mise en œuvre des mesures prévues par la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.</li> <li>• Introduire de brèves interventions contre l'utilisation dangereuse et nocive de substances psychoactives.</li> <li>• Mettre en œuvre des programmes visant à prévenir et combattre la violence domestique, en prêtant notamment attention à la violence liée à la consommation d'alcool.</li> <li>• Protéger les enfants et les adultes de la maltraitance en créant des systèmes et des réseaux de protection dans la communauté, ou en les renforçant.</li> <li>• Répondre aux besoins des enfants dont les parents sont atteints de troubles mentaux chroniques, dans le cadre de programmes de promotion et de prévention.</li> <li>• Élaborer des programmes universels et des programmes ciblés de promotion et de prévention en milieu scolaire, y compris, par exemple, des programmes d'apprentissage social et émotionnel ; des programmes</li> </ul>



Objectif 3. Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale	
Actions	Options de mise en œuvre
	<p>de lutte contre l'intimidation et la violence ; et des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux ; faire mieux connaître les avantages d'un mode de vie sain et les risques liés à l'usage de substances psychoactives ; et assurer un dépistage et des interventions précoces pour les enfants et les adolescents ayant des problèmes affectifs ou comportementaux (y compris des troubles de l'alimentation) ou des troubles neurodéveloppementaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutter contre la discrimination dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail et promouvoir l'accès sans restriction à l'éducation, à la participation au travail et aux programmes de retour au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux.</li> <li>• Promouvoir des conditions de travail sûres, favorables et décentes pour tous (y compris les travailleurs informels), en accordant une attention particulière à l'amélioration de l'organisation sur le lieu de travail ; mettre en œuvre des programmes fondés sur des données factuelles en vue de promouvoir le bien-être mental et de prévenir les problèmes de santé mentale, et former les responsables afin de favoriser le bien-être mental des employés ; instaurer des interventions pour la gestion du stress et des programmes pour le bien-être sur le lieu de travail ; et lutter contre la stigmatisation et la discrimination.</li> <li>• Favoriser les groupes d'entraide, de soutien social, les réseaux communautaires et les possibilités de participation à la vie communautaire pour les personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux ainsi que pour les autres personnes vulnérables, si possible à l'aide d'interventions numériques.</li> <li>• Encourager le recours aux pratiques traditionnelles et culturelles reposant sur des données factuelles pour la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale (telles que le yoga et la méditation).</li> <li>• Faire davantage appel aux médias sociaux dans les stratégies de promotion et de prévention.</li> <li>• Mettre en œuvre des stratégies de lutte contre les maladies tropicales négligées (téniasse et cysticercose, par exemple) afin d'en prévenir les conséquences neurologiques et sur la santé mentale.</li> <li>• Élaborer des politiques et des mesures qui seront mises en œuvre par les ministères concernés (par exemple, ceux des finances, du travail et des affaires sociales) pour protéger les populations vulnérables pendant les crises financières et économiques.</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide :</b> élaborer et mettre en œuvre au niveau national des stratégies globales de prévention du suicide en prêtant une attention particulière aux groupes les plus exposés au risque de suicide comme les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer, tenir à jour, mettre en œuvre et évaluer des stratégies nationales de prévention du suicide permettant aux gouvernements et aux autres parties prenantes de s'orienter pour mettre en œuvre des interventions préventives efficaces, de sensibiliser le grand public, d'accroître la demande d'aide et de lutter contre la stigmatisation des pensées et des conduites suicidaires.</li> <li>• Mieux informer le grand public, les responsables politiques et les médias sur l'ampleur du problème et sur l'existence de stratégies efficaces de prévention du suicide fondées sur des bases factuelles.</li> </ul>

<b>Objectif 3. Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
les jeunes et d'autres groupes vulnérables de tous âges, en fonction du contexte local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdire les pesticides extrêmement dangereux et restreindre l'accès à d'autres moyens d'autodestruction et de suicide (par exemple, les édifices élevés, les médicaments et les armes à feu).</li> <li>• Promouvoir une couverture médiatique responsable des cas de suicide en formant les professionnels des médias et les autres personnes qui produisent des contenus pour l'écran ou le théâtre à la façon d'aborder la question du suicide.</li> <li>• Mettre en œuvre des programmes d'apprentissage social et émotionnel universels et ciblés en milieu scolaire et d'autres interventions en vue d'aider les adolescents à résoudre des problèmes et à faire face à certaines situations.</li> <li>• Promouvoir, sur le lieu de travail, en milieu scolaire et dans les communautés, des initiatives de prévention du suicide adaptées aux différents groupes à risque, dont les adolescents et les personnes âgées.</li> <li>• Améliorer les réponses apportées par le système de santé et d'autres secteurs à l'automutilation et au suicide, y compris la formation du personnel (par exemple, les agents de santé non spécialisés, les travailleurs sociaux, les enseignants, la police, les personnes travaillant dans le système de justice pénale, les pompiers, les autres premiers intervenants et les responsables religieux) à l'évaluation, à la gestion et au suivi de l'automutilation et du suicide.</li> <li>• Faire participer les communautés à la prévention du suicide et optimiser le soutien psychosocial avec les ressources communautaires disponibles pour les personnes qui se sont automutilées ou qui ont tenté de se suicider et pour les familles des personnes qui se sont suicidées.</li> <li>• Élaborer des stratégies communautaires de prévention du suicide, y compris pour l'accès à des services officiels et informels, à des groupes bénévoles de soutien social et à d'autres programmes culturellement adaptés.</li> <li>• Assurer le financement de la prévention du suicide en y allouant des ressources suffisantes.</li> <li>• Veiller à ce que tous les groupes exposés au risque de suicide, y compris les peuples autochtones, participent à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide.</li> <li>• Analyser la situation (par exemple, mesurer les taux de suicide et d'automutilation et déterminer quels sont les populations à risque, les modes de suicide courants, les activités en matière de prévention du suicide et les lacunes) afin d'éclairer la planification des activités de prévention du suicide.</li> </ul>

<b>Objectif 4. Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
<p><b>Systèmes d'information :</b> intégrer la santé mentale dans les systèmes d'information sanitaire courants et définir, recueillir, communiquer systématiquement et utiliser des données de base sur la santé mentale ventilées par sexe et par âge (y compris sur les suicides et les tentatives de suicides) afin d'améliorer la prestation des services de santé mentale et les stratégies de promotion et de prévention, et d'alimenter l'Observatoire mondial de la santé mentale (dans le cadre de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un système de surveillance de la santé mentale et de l'automutilation et/ou des tentatives de suicide et du suicide, en veillant à ce que les dossiers soient ventilés par établissement, par sexe, par âge, par handicap, par mode de suicide et selon d'autres variables pertinentes.</li> <li>• Intégrer les informations nécessaires et les indicateurs en matière de santé mentale, d'automutilation et/ou de suicide, y compris sur les facteurs de risque et les handicaps, dans les enquêtes nationales en population et les systèmes d'information sanitaire.</li> <li>• Outre les données rassemblées systématiquement grâce aux systèmes nationaux d'information sanitaire, recueillir des données détaillées auprès des services de soins secondaires et tertiaires.</li> <li>• Inclure des indicateurs de santé mentale dans les systèmes d'information d'autres secteurs.</li> <li>• Analyser et publier les données recueillies sur la disponibilité, le financement et l'évaluation des services et programmes de santé mentale et d'aide sociale en vue d'améliorer les services et les interventions pour la population.</li> </ul>
<p><b>Bases factuelles et recherche :</b> développer le potentiel de recherche et la collaboration universitaire sur les priorités nationales en matière de recherche en santé mentale, en particulier dans le domaine de la recherche opérationnelle directement utile pour la mise en place et l'organisation des services et pour l'exercice de leurs droits fondamentaux par les personnes souffrant de troubles mentaux, y compris en créant des centres d'excellence qui fonctionnent selon des normes claires et auxquels contribuent toutes les parties intéressées, notamment les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir et promouvoir un programme national financé qui définisse les priorités de la recherche en santé mentale, en consultation avec toutes les parties prenantes.</li> <li>• Améliorer les capacités de recherche pour évaluer les besoins ainsi que l'efficacité, la mise en œuvre et l'extension des services et des programmes, y compris les approches axées sur les droits de l'homme et le rétablissement.</li> <li>• Permettre une collaboration renforcée entre les universités, les instituts, les services de santé, les services sociaux et les autres entités concernées (par exemple, les établissements d'enseignement) dans le domaine de la recherche en santé mentale.</li> <li>• Mener des travaux de recherche, dans différents contextes culturels, sur la conception locale et l'expression de la détresse psychologique, les pratiques nocives (violations des droits de l'homme et discrimination, par exemple) ou protectrices (soutien social et coutumes traditionnelles, par exemple) et la manière de rechercher de l'aide (par exemple, auprès des guérisseurs traditionnels), ainsi que sur l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité des interventions de traitement et de réadaptation, de prévention et de promotion.</li> <li>• Mettre au point des méthodes pour caractériser les disparités en matière de santé mentale entre diverses sous-populations dans les pays, y compris celles qui tiennent à des facteurs tels que la race et/ou l'origine ethnique, le sexe, le statut socioéconomique et la géographie (milieu urbain ou milieu rural), et évaluer les interventions qui répondent aux besoins de groupes spécifiques et qui permettent d'agir sur les déterminants sociaux.</li> <li>• Renforcer la collaboration entre les centres de recherche nationaux, infranationaux et internationaux pour l'échange interdisciplinaire des résultats de la recherche et des ressources entre pays.</li> </ul>

<b>Objectif 4. Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale</b>	
<b>Actions</b>	<b>Options de mise en œuvre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir des normes d'éthique rigoureuses dans la recherche en santé mentale, en veillant à ce que : les travaux soient menés uniquement avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée ; les chercheurs ne bénéficient d'aucun privilège, d'aucune compensation/rémunération pour avoir recruté des participants ou encouragé des personnes à participer aux travaux de recherche ; les travaux de recherche ne soient pas entrepris s'ils sont potentiellement nocifs ou dangereux ; tous les travaux de recherche soient approuvés par un comité d'éthique indépendant qui applique les normes et les critères nationaux et internationaux ; et les travaux de recherche soient menés avec la participation effective de collaborateurs et de parties prenantes locaux à la conception et à la mise en œuvre de la recherche et à la diffusion de ses résultats.</li> <li>• Veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux, et leurs organisations, contribuent à la recherche en santé mentale, par exemple en établissant le programme de recherche, en donnant des conseils sur les méthodes et la conception de la recherche et en rendant compte de leur expérience vécue.</li> <li>• Assurer l'application pratique des résultats de la recherche et le transfert des connaissances des milieux universitaires aux prestataires de services en formant les parties prenantes, y compris les décideurs et les professionnels de la santé mentale, à l'évaluation critique des données factuelles et à l'accès ouvert à une information impartiale et facile à comprendre.</li> </ul>

## ANNEXE 6

**ORIENTATIONS CONCRÈTES POUR RENFORCER  
LES CONNAISSANCES EN SANTÉ**

1. Cette annexe décrit les progrès accomplis pour fournir de nouvelles orientations concrètes aux États Membres afin de renforcer les connaissances en santé au moyen de programmes d'éducation et de campagnes menées dans les médias et les médias sociaux à l'intention de l'ensemble de la population visant à réduire l'impact de tous les facteurs de risque et déterminants des maladies non transmissibles.

**Contexte**

2. En 2014, à la deuxième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur les maladies non transmissibles, des ministres et des représentants d'État et de gouvernement se sont engagés à « continuer à développer, à renforcer et à mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, des politiques publiques et des plans d'action multisectoriels visant à promouvoir l'éducation et l'alphabétisation sanitaires, l'accent étant mis sur les populations peu sensibilisées et/ou peu informées sur ce sujet ». <sup>1</sup>

3. La Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 adoptée à la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue en Chine du 22 au 24 novembre 2016, <sup>2</sup> a considéré les connaissances en santé (ce que l'on appelle aussi l'« alphabétisation sanitaire » ou la « littératie en santé ») comme l'un des piliers fondamentaux de la promotion de la santé pour réaliser le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

4. En 2018, à la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur les maladies non transmissibles, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à « donner à l'individu les moyens de faire des choix éclairés en fournissant un environnement favorable, renforcer les connaissances en matière de santé par l'éducation, mettre en œuvre à l'échelle de la population des campagnes ciblées et de masse et des campagnes sur les réseaux sociaux qui sensibilisent le public » aux facteurs de risques liés aux MNT. <sup>3</sup>

5. Ces engagements ne sont en grande partie pas respectés.

6. Durant l'actuelle pandémie de COVID-19, il a été montré que les connaissances en matière de santé sont l'un des principaux moteurs d'une riposte réussie, car les connaissances et les capacités des individus à obtenir, comprendre, juger et prendre des décisions fondées sur des bases factuelles sont essentielles.

---

<sup>1</sup> Conformément au paragraphe 30.a) iii) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

<sup>2</sup> Conformément à l'alinéa 6 du préambule de la résolution WHA71.2.

<sup>3</sup> Conformément au paragraphe 334 de la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

## **Fournir aux États Membres des orientations concrètes de sorte à renforcer les stratégies d'éducation à la santé pour lutter contre les maladies non transmissibles et les troubles mentaux**

7. Le Directeur général a constitué un groupe de travail sur l'éducation pour la santé et les connaissances en santé concernant les MNT<sup>1</sup> composé d'experts mondiaux nommés par les États Membres entre 2017 et 2019 et soutenu par le mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles chargé de recommander des moyens d'encourager les États Membres et les acteurs non étatiques à promouvoir l'éducation à la santé et les connaissances en matière de santé pour lutter contre les maladies non transmissibles. Le groupe mettait plus particulièrement l'accent sur les populations peu sensibilisées et/ou peu informées sur ce sujet et tenait compte des « meilleures options » de l'OMS et autres interventions recommandées par l'OMS pour lutter contre les MNT.

8. Le rapport final du groupe de travail a été qualifié de bien de santé publique mondial de l'OMS pour la période 2020-2021 et est en cours de finalisation. Ses orientations permettront de soutenir la mise en œuvre d'approches pratiques d'éducation à la santé pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles au niveau national, y compris l'utilisation d'un ensemble d'outils de mise en œuvre. Le projet de rapport final sera présenté au cours du premier trimestre 2021 en vue d'une consultation élargie avec les États Membres, les trois niveaux de l'OMS ainsi que des parties prenantes extérieures sélectionnées et pertinentes, avant que ses recommandations ne soient mises en œuvre à titre d'essai pilote dans les Régions de l'OMS.

9. Sous les auspices du groupe de travail sur l'éducation pour la santé et les connaissances en santé, le Secrétariat a élaboré des moyens permettant de soutenir la mise en œuvre de projets nationaux de démonstration des connaissances en santé dans les Régions de l'OMS.

10. Le Secrétariat a créé une communauté de pratique dont les membres se sont réunis pour renforcer l'expertise et les ressources permettant d'améliorer les stratégies d'éducation à la santé pour lutter contre les MNT et les troubles mentaux.

11. Le Réseau d'action de la Région européenne de l'OMS sur la littératie en santé pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>2</sup> a été créé en 2019 afin d'aider les États Membres de la Région européenne à parvenir à la cible 3.4 des objectifs de développement durable (« D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être ») grâce à des interventions reposant sur les connaissances en santé.

12. En 2019, le Comité régional de l'Europe à sa soixante-neuvième session, dans la résolution EUR/RC69/R9 intitulée « Pour la mise en œuvre d'initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie », a pris note du projet de feuille de route européenne de l'OMS pour la mise en œuvre d'initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie et a prié instamment les

---

<sup>1</sup> OMS. The WHO GCM/NCD Working Group on health education and health literacy for NCDs (Working Group 3.3, 2016-2017) (<https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/working-group-3-3/en/>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>2</sup> Drapkina O., de Graca Freitas M., Mikkelsen B, Breda J., Salakhov E., Lopatina M., Silva da Costa A., Koylyu A., Williams J., Wickramasinghe K., Telo de Arriaga M. Réseau d'action de la Région européenne de l'OMS sur la littératie en santé pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. *Public Health Panorama* 2019 ; 5(2-3):123-129 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327056>, consulté le 12 janvier 2021).

États membres de renforcer la mise en œuvre d'initiatives y afférentes dans divers domaines d'action, environnements et contextes, en utilisant notamment des innovations.

**Fournir de nouvelles orientations concrètes aux États Membres afin de renforcer les connaissances en santé au moyen de programmes d'éducation et de campagnes menées dans les médias et les médias sociaux à l'intention de l'ensemble de la population pour réduire l'impact de tous les facteurs de risque et déterminants des MNT**

13. Dans sa deuxième recommandation, le rapport final de la Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles<sup>1</sup> demande au Secrétariat de « soutenir les pays dans les efforts qu'ils déploient au niveau national pour donner aux individus les moyens de faire des choix sains, et faire du choix le plus sain le choix le plus facile, notamment par la création d'environnements favorables et par la promotion de la littératie en santé ».

14. Le Secrétariat est en train d'élaborer un ensemble d'outils pour mener des campagnes de communication visant à modifier les comportements des enfants et des adolescents en ce qui concerne les facteurs de risque des MNT et les troubles mentaux. Ces outils s'appuieront sur le cadre de communication stratégique de l'OMS<sup>2</sup> et donneront la priorité à un ensemble de connaissances, de compétences, de meilleures pratiques contextuelles, d'approches novatrices et de ressources en matière de communication efficace à l'intention de publics cibles particuliers, et à l'utilisation des nouvelles technologies pour véhiculer des messages sur les facteurs de risque des MNT et la promotion de comportements sains.

16. En 2020, l'OMS a publié un manuel scolaire sur l'éducation aux aptitudes utiles dans la vie consacré à la prévention des maladies non transmissibles.<sup>3</sup> Il a pour objectif d'aider les établissements scolaires à mettre en œuvre des interventions visant à réduire les principaux comportements à risque modifiables concernant les maladies non transmissibles.

17. Le Secrétariat actualisera cette annexe dans son rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021.

---

<sup>1</sup> OMS. Il est temps de joindre le geste à la parole : Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles : résumé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336130>, consulté le 12 janvier 2021).

<sup>2</sup> OMS. WHO Strategic Communications Framework. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/mediacentre/framework-at-a-glance-slides.pdf>, consulté le 7 décembre 2020).

<sup>3</sup> OMS. Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases: introduction. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331948>).

## ANNEXE 7

**ANALYSE DES APPROCHES CONCLUANTES DE L'ACTION  
MULTISECTORIELLE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

1. Cette annexe décrit le processus que le Secrétariat suivra pour analyser, en s'appuyant sur un examen des données d'expérience internationales, les approches concluantes de l'action multisectorielle contre les maladies non transmissibles, y compris celles qui s'intéressent aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de ces maladies.
2. Le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles prévoyait que le Secrétariat « analyser[ait] l'expérience internationale acquise en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment par des programmes à base communautaire, et en tirer[ait] et en diffuser[ait] les enseignements voulus ». L'insuffisance des ressources a empêché d'établir à l'époque ce premier bilan global de l'action multisectorielle en faveur de la lutte contre les MNT. Compte tenu de ce problème, l'Assemblée de la Santé a redemandé, dans sa décision WHA72(11) (2019), au Directeur général : « de présenter, dans le rapport d'ensemble qui sera soumis à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en 2021, en s'appuyant sur un examen des données d'expérience internationales, une analyse des approches concluantes de l'action multisectorielle contre les maladies non transmissibles, y compris celles qui s'intéressent aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de ces maladies ».
3. Le Secrétariat prendra les mesures suivantes :
  - En 2022, il lancera un référentiel des actions multisectorielles de lutte contre les MNT, accessible au public, que les pouvoirs publics pourront utiliser pour :
    - attirer l'attention sur les projets multisectoriels nationaux ou locaux à l'appui de la cible 3.4 des objectifs de développement durable (« D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être ») au niveau mondial,
    - présenter une description de projets nationaux pouvant servir de meilleures pratiques à d'autres, et les actualiser en permanence,
    - développer les réseaux en contactant directement les responsables de projets dans d'autres pays ;
  - En 2022, il prévoit de lancer le premier rapport de situation sur l'action multisectorielle en faveur de la lutte contre les MNT, dans le but d'informer les gouvernements et les partenaires des activités multisectorielles entreprises pour accélérer les progrès en direction de la cible 3.4. Le rapport sera mis à jour chaque année, en fonction des demandes pour de nouvelles entrées dans la base de données.
  - En 2023, le Secrétariat présentera une analyse des approches concluantes au Conseil exécutif à sa cent cinquantième session.



## ANNEXE 8

**COMMENT L'OFFRE ALIMENTAIRE DANS LES ÉCOLES ET  
LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS PEUT FAVORISER  
UNE ALIMENTATION SAINÉ**

1. Cette annexe présente les progrès accomplis dans l'application de la décision WHA72(11) (2019) qui priait le Directeur général de « rassembler et diffuser les meilleures pratiques pour la prévention du surpoids et de l'obésité, et en particulier analyser comment l'offre alimentaire dans les écoles et autres établissements concernés peut favoriser une alimentation et un mode de vie sains afin de lutter contre l'épidémie de surpoids et d'obésité chez l'enfant et de réduire la malnutrition sous toutes ses formes ».

**Contexte**

2. Chaque jour, des aliments, des boissons, des repas et des collations sont servis et vendus dans les établissements publics. En outre, de nombreux gouvernements achètent également des aliments destinés à des programmes financés par l'État, tels que les programmes de repas scolaires et les programmes de protection sociale. Collectivement, ces cadres et programmes publics touchent une large population, y compris des catégories vulnérables comme les enfants et les personnes âgées.

3. Les gouvernements du monde entier ont donc une occasion – et une responsabilité – unique de montrer l'exemple en mettant en œuvre des politiques publiques en faveur d'une offre alimentaire favorable à la santé qui garantissent que les aliments servis ou vendus dans un cadre public ou achetés (ou subventionnés) par le gouvernement contribuent à promouvoir une alimentation saine et à prévenir toutes les formes de malnutrition, y compris l'obésité et les MNT liées à l'alimentation. Outre ces avantages pour la santé publique, ces politiques peuvent avoir des retombées économiques, améliorer la productivité et le niveau d'instruction, contribuer à augmenter la disponibilité d'aliments bons pour la santé et d'un prix abordable mais aussi stimuler l'agriculture locale.

**Politiques d'alimentation scolaire**

4. Selon l'examen mondial des politiques en matière de nutrition 2016-2017, la plupart des pays (89 % de 160) déclarent disposer de programmes de santé et de nutrition en milieu scolaire, mais les établissements scolaires restent sous-utilisés pour la promotion d'une bonne nutrition et d'une alimentation saine, alors même qu'ils peuvent contribuer à remédier aux problèmes de sous-nutrition, de surpoids et d'obésité.

5. Le Secrétariat a analysé les mesures appliquées aux aliments et aux boissons servis ou vendus dans les établissements scolaires et à proximité, en s'appuyant sur 128 documents provenant de 83 États Membres figurant dans la base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition.<sup>1</sup> Environ la moitié (42 États Membres) a publié des mesures législatives (lois, décrets et ordonnances) dans des journaux officiels, souvent assorties d'un mécanisme d'application. Elles ont été soit élaborées comme des textes législatifs autonomes sur l'alimentation et la nutrition dans les établissements scolaires soit intégrées dans des lois plus générales relatives aux établissements scolaires (sur les programmes d'alimentation, la santé ou l'hygiène, par exemple) ou dans d'autres mesures législatives (restrictions en matière de marketing, lois sur la restauration collective, codes de

---

<sup>1</sup> Il s'agit de 8 pays de la Région africaine, 17 de la Région des Amériques, 4 de la Région de l'Asie du Sud-Est, 37 de la Région européenne, 6 de la Région de la Méditerranée orientale et 11 de la Région du Pacifique occidental.

santé publique et lois sur la santé et la nutrition de l'enfant, par exemple). Dix autres pays disposent de normes obligatoires pour les aliments et les boissons proposés en milieu scolaire, tandis que 25 pays ont des guides émanant des pouvoirs publics, généralement diffusés par le biais de sites Web ou de rapports ministériels. Neuf pays ont inscrit des dispositions en matière de restauration scolaire dans leurs politiques nationales relatives à la nutrition scolaire. Parmi les 77 pays disposant d'une législation, de normes ou de guides sur les aliments et les boissons en milieu scolaire, 73 ont des textes couvrant les aliments et les boissons servis lors du déjeuner et souvent également les autres repas ou collations proposés. En outre, 52 pays disposent de mesures qui couvrent les aliments et les boissons vendus à l'école, à la cafétéria, dans les commerces alimentaires, les buvettes ou les distributeurs automatiques. Il est moins fréquent que les mesures s'appliquent aux aliments et aux boissons proposés lors d'activités ou d'événements en milieu scolaire (10 pays) ou qu'elles s'étendent aux produits vendus à proximité des établissements scolaires (par exemple, dans un rayon de 200 mètres autour des écoles : trois pays). Plusieurs pays (22) ont étendu les mesures aux aliments et boissons commercialisés dans les établissements scolaires, y compris par le biais de parrainages. Seuls trois pays ont étendu les mesures aux aliments apportés de la maison.

6. Les mesures comportaient généralement des critères basés sur l'alimentation qui encouragent la consommation d'aliments et de boissons meilleurs pour la santé (74 pays), en particulier les fruits et les légumes (69 pays), l'eau de boisson (57 pays) et les céréales et produits céréaliers complets (43 pays). Concernant les protéines, les mesures recommandent de consommer des morceaux de viande plus maigres, du poisson ou des œufs (38 pays) ou de remplacer plusieurs jours par semaine les produits d'origine animale par des légumes secs et des légumineuses (43 pays). Elles recommandent souvent d'utiliser des huiles insaturées pour la cuisson (26 pays). Plus rares sont les mesures favorisant la consommation d'aliments enrichis, notamment le sel iodé (12 pays) ou les denrées de base enrichies (6 pays).

7. La plupart des pays ont également dressé la liste des aliments et des boissons dont la consommation est interdite, à éviter ou à limiter dans les établissements scolaires (67 pays). Cela concerne le plus souvent les confiseries, les snacks salés, les gâteaux et les pâtisseries (49 pays), les aliments frits (36 pays), ainsi que le sel et les condiments à forte teneur en sodium (35 pays). En ce qui concerne les boissons, 48 pays interdisent ou limitent la consommation de boissons gazeuses et non gazeuses, et 26 pays interdisent les boissons énergétiques et pour sportifs. Les interdictions ou limitations spécifiques sont moins courantes pour les autres boissons sucrées, comme les jus (22 pays), les laits aromatisés sucrés (19 pays), les boissons préparées à partir de concentrés liquides et en poudre (16 pays) ou les jus de fruits ou de légumes purs (12 pays). En fait, de nombreux pays encouragent la distribution ou la vente de jus (dilués ou purs) dans les établissements scolaires.

8. Dans 46 pays, les mesures comportaient des critères nutritionnels s'appliquant aux aliments et boissons proposés dans les écoles, en fonction de leur teneur totale en lipides (36 pays), en glucides (34 pays), en sel/sodium (33 pays), en énergie (28 pays), en acides gras saturés (23 pays) ou en acides gras trans (18 pays). De nombreux pays donnent des indications sur les portions à servir en milieu scolaire, et 28 pays utilisent cette mesure pour limiter les produits qui ne font pas partie d'une alimentation saine.

## **Cadre d'action pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques en faveur d'une offre alimentaire favorable à la santé<sup>1</sup>**

9. Afin d'aider les États Membres à mettre en œuvre des politiques publiques en faveur d'une offre alimentaire favorable à la santé, le Secrétariat a rassemblé des exemples de pays et défini un cadre d'action pour l'élaboration et la mise en œuvre de ces politiques. Le cadre d'action a été examiné par des experts, des responsables et des praticiens des États Membres de toutes les Régions de l'OMS et présente plusieurs études de cas et meilleures pratiques nationales.<sup>2</sup>

10. Le cadre illustre les principales mesures à prendre pour élaborer ou réviser des politiques publiques en faveur d'une offre alimentaire favorable à la santé, ainsi que les moyens d'élaborer un plan pour leur mise en œuvre et de superviser et faire respecter ces politiques. Il indique comment mener une analyse de la situation et collaborer avec une instance gouvernementale de premier plan pour examiner les politiques existantes en consultation avec les parties prenantes. Une approche par étapes est également suggérée. Ces politiques devront être complétées par des critères fondés sur les nutriments ou les aliments, ainsi que d'autres critères comme la taille des portions, et intégrer des considérations de sécurité sanitaire des aliments. Le cadre contient les liens vers les différentes études de cas et les outils disponibles.

---

<sup>1</sup> OMS. Action Framework for Developing and Implementing Public Food Procurement Policies for a Healthy Diet. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240018341>, consulté le 12 janvier 2021).

<sup>2</sup> Les lieux et installations considérés sont les suivants : crèches ou garderies, écoles, activités périscolaires et estivales, établissements d'enseignement supérieur, universités, hôpitaux, établissements de soins de longue durée et résidences pour personnes âgées, organismes publics, marchés agricoles, parcs publics, centres communautaires, installations sportives et récréatives, gares ferroviaires, arrêts de bus publics, aéroports, bases militaires, prisons et centres de détention pour mineurs, cafétérias/café, cantines, restaurants, buvettes, kiosques de vente de produits alimentaires, confiseries et distributeurs automatiques. L'analyse a également pris en compte les programmes de repas scolaires, les services sociaux, les programmes d'aide sociale, les refuges pour sans-abri, les banques alimentaires, les programmes de compléments alimentaires, les événements sportifs organisés dans un cadre public, les réunions et conférences organisées par les pouvoirs publics.

## ANNEXE 9

**ORIENTATIONS SUR LA MANIÈRE DE RENFORCER LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES, NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DES SERVICES ET INFRASTRUCTURES SANITAIRES POUR SOIGNER LES PERSONNES VIVANT AVEC DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET PRÉVENIR ET MAÎTRISER LEURS FACTEURS DE RISQUE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE**

1. La présente annexe décrit le processus suivi par le Secrétariat pour élaborer des orientations à l'intention des États Membres, conformément au paragraphe 40 de la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,<sup>1</sup> sur la manière de renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire.

2. Elle présente également une mise à jour concernant les activités du Secrétariat conformément aux paragraphes 31, 46 et 48 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030<sup>2</sup> afin d'assurer la continuité des services essentiels pour les MNT, notamment la disponibilité des technologies vitales et des médicaments essentiels, dans les situations d'urgence humanitaire.

### Contexte

3. Le nombre de personnes actuellement confrontées à des situations d'urgence humanitaire dans le monde est sans précédent. Selon les estimations du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, en 2020, 168 millions de personnes auraient besoin d'aide humanitaire et de protection.<sup>3</sup> La pandémie actuelle de COVID-19 aggrave cette situation, en imposant un fardeau supplémentaire à des systèmes de santé déjà fragiles et en perturbant les services de santé essentiels dans le monde entier.

4. Les MNT, comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont la première cause de décès et d'incapacité dans le monde, touchant de manière disproportionnée les pays à revenu faible ou intermédiaire, qui sont particulièrement exposés aux conséquences des conflits, des épidémies, des catastrophes naturelles et des déplacements forcés. En 2017, les MNT étaient responsables de 24 à 68 % de la mortalité dans les cinq principaux pays d'origine des réfugiés.

---

<sup>1</sup> Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Résolution A/RES/73/2 (<https://digitallibrary.un.org/record/1648984>, consulté le 4 novembre 2020), paragraphe 40.

<sup>2</sup> Résolution WHA66.10 (2013), annexe.

<sup>3</sup> OCHA. Global humanitarian overview 2020. Genève, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2019 (<https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2020>, consulté le 4 novembre 2020).

5. Interruptions de soins, changements soudains dans les priorités du système de soins de santé, incapacité des établissements de santé à fonctionner en toute sécurité et à fournir des soins de qualité à tous les patients, variations dans les habitudes alimentaires et dans l'activité physique, augmentation du niveau de stress, diminution de l'observance de la prise des médicaments et soudaine aggravation d'une affection chronique donnant lieu à une forme aiguë sont autant de facteurs qui entraînent un surcroît de morbidité et de mortalité liées aux MNT lors des situations d'urgence et des catastrophes.<sup>1</sup>

6. Le volet santé des interventions humanitaires dans les situations d'urgence se concentre traditionnellement sur les maladies transmissibles et la prise en charge des traumatismes, les maladies non transmissibles étant généralement négligées. Dans les contextes à revenu faible ou intermédiaire, les capacités et les ressources nécessaires pour fournir des services pour les MNT sont souvent déjà insuffisantes. Dans une situation d'urgence humanitaire, ce phénomène est plus manifeste, car il entraîne une mortalité prématurée, une morbidité et des difficultés économiques liées aux MNT, en plus des préjudices causés par d'autres aspects de la crise.

7. La pandémie de COVID-19 a accentué l'urgence d'améliorer la prise en charge des MNT dans le cadre de la préparation et des interventions en cas de situation d'urgence. Les MNT et leurs facteurs de risque augmentent à la fois la sensibilité à l'infection par le virus de la COVID-19 et le risque d'issues défavorables. Dans le même temps, la pandémie a fortement perturbé les services pour les MNT,<sup>2</sup> privant de nombreuses personnes des services de santé et des médicaments dont elles ont besoin.

### **Garantir la continuité des services pour les MNT dans les situations d'urgence humanitaire : bilan des actions menées à ce jour**

8. Des progrès ont été réalisés en matière de sensibilisation et d'élaboration d'orientations afin d'aider les États Membres et les organismes humanitaires à assurer la continuité des soins pour les MNT dans les situations d'urgence :

- **les MNT dans les situations d'urgence** : une note d'orientation OMS/HCR<sup>3</sup> décrit les normes minimales et les actions prioritaires, au niveau mondial, en matière de soins pour les MNT dans le cadre de la préparation, de la riposte et du relèvement en cas de situations d'urgence humanitaire ;
- **intégration des soins pour les MNT dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence** : un document d'orientation technique du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est<sup>4</sup> décrit les actions prioritaires pertinentes destinées à intégrer les interventions relatives aux MNT dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire nationales ;

---

<sup>1</sup> Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est. *Integration of NCD care in emergency response and preparedness*. Manille, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272964/9789290226352-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

<sup>2</sup> OMS. *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>).

<sup>3</sup> OMS. *Noncommunicable diseases in emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204627>).

<sup>4</sup> Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est. *Integration of NCD care in emergency response and preparedness*. Manille, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272964>).

- **lutte contre les maladies non transmissibles chez les réfugiés et les migrants** : les orientations techniques du Bureau régional de l'Europe<sup>1</sup> définissent les principaux domaines d'intervention prioritaires à mener dans les groupes de réfugiés et de migrants ;
- en juin 2015, un **groupe de travail informel sur les MNT dans les contextes humanitaires** a été constitué afin de permettre le partage informel des enseignements tirés ainsi que d'harmoniser et de rédiger des orientations techniques relatives au traitement des MNT dans les contextes humanitaires. Il est présidé par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; et l'OMS y participe ;
- les **orientations de mise en œuvre de l'OMS afin de maintenir les services de santé essentiels dans le cadre de la COVID-19**<sup>2</sup> constituent un point de départ pour donner la priorité aux services de santé essentiels pour les MNT dans les situations d'urgence. Le Secrétariat est en train d'adapter les orientations pour le contexte humanitaire pour l'équipe spéciale chargée de la COVID-19 du Groupe sectoriel mondial pour la santé.

9. Le kit sanitaire d'urgence interinstitutions<sup>3</sup> a été modifié et inclut désormais les médicaments essentiels pour les MNT. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a élaboré une autre kit pour les MNT<sup>4</sup> afin de fournir des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels pour la prise en charge des MNT les plus courantes observées au niveau des soins de santé primaires. Depuis 2017, le kit est utilisé en Afghanistan, au Bangladesh, en Éthiopie, en Iraq, en Libye, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Yémen. Il est prépositionné dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, ainsi qu'à l'Operations Supply and Logistics Hub de l'OMS à Dubaï.

10. Les MNT restent cependant un aspect négligé des interventions humanitaires, avec de graves lacunes dans les orientations techniques et opérationnelles, un manque de capacités et de ressources au sein du Secrétariat au niveau du Siège et dans les Régions et pays, et une intégration insuffisante des MNT dans les plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence, les systèmes de collecte de données humanitaires et les tableaux de bord.

---

<sup>1</sup> OMS. Bureau régional OMS de l'Europe. *Prevention and control of noncommunicable diseases in refugees and migrants: Technical guidance*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311461>).

<sup>2</sup> OMS. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19. Orientations provisoires, 1<sup>er</sup> juin 2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>).

<sup>3</sup> OMS. *Kit sanitaire d'urgence inter-institutions 2017 : médicaments et dispositifs médicaux pour une population de 10 000 personnes pendant environ trois mois*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332103>).

<sup>4</sup> Slamam S, Lee J, Aragno M, Laroche S, Hogerzeil H. The development of the noncommunicable diseases emergency health kit. *Eastern Mediterranean Health Journal* (special issue on scaling up health workforce in the Eastern Mediterranean Region), 2018; 24(1):92-98 (<https://doi.org/10.26719/2018.24.1.92>, consulté le 7 décembre 2020).

## **Processus visant à élaborer des orientations à l'intention des États Membres pour assurer la continuité des services essentiels pour les MNT dans les situations d'urgence humanitaire**

11. Afin de soutenir les États Membres dans leur engagement à renforcer les politiques visant à traiter les personnes vivant avec des MNT et à prévenir et maîtriser les facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire, le Secrétariat mène des activités dans les domaines suivants :

- **gouvernance** : établir une approche intégrée de sorte que la question des MNT dans les situations d'urgence humanitaire soit traitée dans l'ensemble de l'Organisation, y compris dans le cadre du groupe de responsabilité sectorielle Santé ;
- **activité normative** : dresser un inventaire complet des politiques, lignes directrices et outils existants pour s'attaquer aux MNT dans les contextes humanitaires afin de combler les lacunes en matière d'orientation pour les gouvernements et les organismes humanitaires ;
- **assistance technique** : proposer des moyens d'améliorer le soutien aux pays dans les domaines de la préparation, de la riposte et du relèvement, en faisant des crises un point de départ pour mieux reconstruire les systèmes de santé grâce au développement de services durables de lutte contre les MNT ;
- **recherche** : poursuivre les travaux en cours avec les partenaires universitaires pour définir le programme de recherche de manière à éclairer les politiques visant à renforcer la préparation et les interventions dans les situations d'urgence ;
- **financement** : plaider auprès des donateurs pour qu'ils insistent sur la nécessité d'établir des passerelles afin que priorité soit donnée aux MNT dans les situations d'urgence humanitaire dans les secteurs de la santé, du développement et de la consolidation de la paix.

12. Le Secrétariat actualisera cette annexe dans son rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021.

## ANNEXE 10

**PROGRÈS ACCOMPLIS PAR L'ÉQUIPE SPÉCIALE INTERORGANISATIONS  
DES NATIONS UNIES POUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE  
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

1. Cette annexe fait le point sur les progrès accomplis par l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles concernant la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies), la décision WHA72(11) (2019) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la suite donnée à cette Déclaration politique et la résolution E/RES/2019/9 du Conseil économique et social des Nations Unies sur l'Équipe spéciale.<sup>1</sup>

2. L'Équipe spéciale assure la coordination de l'action au sein du système des Nations Unies afin d'aider les États Membres à parvenir aux objectifs de développement durable liés aux MNT. Elle apporte un soutien technique de qualité en vue de faire avancer l'action multisectorielle dans les pays. Au cours de l'année écoulée, trois membres de l'Équipe spéciale – le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'Organisation internationale du travail et l'Organisation de coopération et de développement économiques – ont publié des documents d'information sur les MNT ; au total, 12 membres ont désormais publié des documents d'information dans le cadre de l'Équipe spéciale.<sup>2</sup>

3. Le rapport du Directeur général relatif à l'Équipe spéciale, présenté au Conseil économique et social en mars 2020,<sup>3</sup> décrivait les progrès et les réalisations enregistrés au cours de l'année écoulée conformément aux priorités stratégiques de cette équipe,<sup>4</sup> notamment les missions de programmation conjointes, les programmes et initiatives conjoints, le Plan d'action mondial pour la santé et le bien-être de tous<sup>5</sup> et les avancées réalisées en vue de la création d'un fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies sur les MNT et la santé mentale afin de soutenir les pays dans leurs efforts pour intensifier leurs interventions dans ces domaines. Le rapport faisait également ressortir les liens entre les MNT et la COVID-19.

---

<sup>1</sup> Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies. Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : projet de résolution. Document E/2019/L.16 (<https://undocs.org/E/2019/L.16>).

<sup>2</sup> OMS. United Nations agency briefs: responding to the challenge of NCDs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327396/WHO-UNIATF-19.98-eng.pdf?ua=1>).

<sup>3</sup> Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies. Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Nations Unies, New York, 2020, document E/2020/51 (<https://undocs.org/en/E/2020/51>).

<sup>4</sup> OMS. United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 2019-2021 strategy Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/groups/un-inter-agency-task-force-on-ncds>, consulté le 12 janvier 2021).

<sup>5</sup> OMS. About the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan/about>, consulté le 7 décembre 2020).



4. Dans sa résolution 2020/22 sur les travaux de l'Équipe spéciale,<sup>1</sup> le Conseil économique et social a appelé les membres de l'Équipe spéciale à continuer à travailler ensemble pour identifier des ressources techniques supplémentaires afin d'accroître leur soutien aux États Membres conformément à la stratégie de l'Équipe spéciale pour 2019-2021, en accordant une attention particulière aux besoins des États Membres durant leurs activités de riposte à la COVID-19 et de relèvement.

5. En septembre 2020, l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le développement et l'Équipe spéciale ont lancé une publication sur la riposte aux MNT pendant et après la pandémie de COVID-19, à laquelle plus de 30 membres de l'Équipe spéciale ont contribué.<sup>2</sup> Elle s'appuie sur les orientations opérationnelles de l'OMS sur la manière de maintenir les services de santé essentiels pour les MNT et la santé mentale pendant la pandémie. Elle s'adresse aux gouvernements, aux décideurs, aux organisations du système des Nations Unies et aux partenaires de développement et explique pourquoi une action énergique en matière de lutte contre les MNT doit faire partie intégrante de la riposte à la COVID-19 et du relèvement.

6. Dans sa résolution E/RES/2019/9 sur les travaux de l'Équipe spéciale en 2019, le Conseil économique et social a encouragé la mobilisation de ressources par le biais de mécanismes de financement innovants, notamment un fonds d'affectation spéciale pluripartenaires. En conséquence, le secrétariat de l'Équipe spéciale a rédigé un mandat dont l'agent administratif est le Bureau du fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies. Dans un premier temps, le fonds d'affectation spéciale aidera les pays à revenu faible ou intermédiaire à accéder à des ressources à effet catalyseur pour lutter contre les MNT, dans le cadre de leurs plans nationaux de riposte à la COVID-19 et de relèvement.

7. En février 2020, l'Équipe spéciale et le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS ont entrepris une mission conjointe au Nigéria aux côtés de 15 organismes et partenaires de développement bilatéraux.

8. Les membres de l'Équipe spéciale continuent à mettre en œuvre des programmes conjoints pour aider les pays à faire progresser leurs efforts de lutte contre les MNT. On peut citer en exemple le projet conjoint de l'OMS et du Programme des Nations Unies pour le développement visant à promouvoir une action multisectorielle en faveur de la lutte contre les MNT, dont la collaboration avec les États Membres a permis à ce jour d'élaborer 26 argumentaires d'investissement en faveur de la lutte contre les MNT ainsi que de la santé mentale. Ces argumentaires d'investissement procurent aux pays des données et des arguments pour renforcer les mesures législatives, budgétaires et réglementaires au niveau national.

9. Le programme Access Initiative for Quitting Tobacco<sup>3</sup> est un exemple de programme récemment mis en place en réaction à la pandémie de COVID-19. Il collabore avec les gouvernements, les Nations Unies et le secteur privé pour accélérer le sevrage tabagique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

---

<sup>1</sup> Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies. Résolution E/RES/2020/22 : Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (<https://digitallibrary.un.org/record/3874500?ln=fr>).

<sup>2</sup> OMS/PNUD. La lutte contre les maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335826>).

<sup>3</sup> OMS. WHO and partners to help more than 1 billion people quit tobacco to reduce risk of COVID-19 (<https://www.who.int/news-room/detail/09-07-2020-who-and-partners-to-help-more-than-1-billion-people-quit-tobacco-to-reduce-risk-of-covid-19>, consulté le 5 novembre 2020).

10. Les membres de l'Équipe spéciale se sont également engagés à aligner leurs activités en matière de lutte contre les MNT et de santé mentale sur la riposte globale des Nations Unies à la COVID-19, notamment : i) en menant une action de sensibilisation nationale sur le retour sur investissement de la prévention et du traitement des MNT de manière à mobiliser des crédits budgétaires nationaux et des financements pour mener des discussions sur le développement ; ii) en aidant les pays à inclure les MNT dans leurs plans de mesures socio-économiques ; et iii) en participant au groupe de travail de l'OMS sur la COVID-19 et les MNT. Le Plan d'action mondial de l'OMS pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous reste pour de nombreux membres de l'Équipe spéciale une excellente plateforme de travail.

11. Le 24 septembre 2020, un événement intitulé « Friends of the Task Force » (Les Amis de l'Équipe spéciale) a été organisé en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies. Il a permis aux États Membres et aux partenaires de développement de dresser un bilan de leurs travaux sur les MNT et la santé mentale et à l'Équipe spéciale de faire le point sur ses activités. Le Directeur général de l'OMS a annoncé les lauréats du prix de l'Équipe spéciale 2020.<sup>1</sup>

= = =

---

<sup>1</sup> OMS. UNIATF Awards 2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/25-09-2020-uniatf-awards-2020>, consulté le 5 novembre 2020).