



Projet de cadre global mondial de suivi, comprenant des indicateurs, et série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles

INTRODUCTION

1. Les maladies non transmissibles constituent actuellement la première cause de décès. Sur les 57 millions de décès survenus en 2008, 36 millions – c'est-à-dire près des deux tiers – étaient provoqués par ces maladies et notamment par les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques. La charge combinée de ces maladies augmente rapidement dans les pays à revenu plus faible. Un quart environ des décès mondiaux qui leur sont liés surviennent avant 60 ans.
2. Or, une part importante des maladies non transmissibles est évitable. On observe des facteurs de risque comportementaux communs modifiables, comme le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool qui favorisent l'excès pondéral et l'obésité, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Si l'on ne fait rien au cours des 30 prochaines années, les pertes de ressources imputables à la charge des maladies non transmissibles se chiffreront en milliers de milliards de dollars. Des interventions réalisables et rentables existent cependant pour réduire la charge et l'effet de ces maladies ; des mesures durables visant à prévenir les facteurs de risque et améliorer les soins de santé peuvent éviter des millions de décès prématurés.
3. Le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles envisage les composantes essentielles de la surveillance, de la prévention et des soins de santé. La surveillance vise à suivre les maladies non transmissibles et analyser leurs déterminants sociaux, économiques, comportementaux et politiques afin d'orienter les mesures politiques, législatives et financières à prendre.
4. L'importance de la surveillance et du suivi des progrès réalisés en matière de prévention et de lutte a été soulignée lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles qui a eu lieu les 19 et 20 septembre 2011 à New York. L'Assemblée générale a adopté le 19 septembre 2011 la résolution 66/2 sur la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des

maladies non transmissibles priant notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avant la fin de 2012 :

- d'élaborer un cadre mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs, et pouvant être applicable aux niveaux régional et national, notamment grâce à des démarches multisectorielles, de suivre les tendances et d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et des plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles ;
- de formuler des recommandations en vue de définir des objectifs volontaires à l'échelle mondiale pour la prévention et la lutte.

5. La Déclaration politique invite aussi instamment les États Membres à envisager l'élaboration de cibles et d'indicateurs nationaux, sur la base de la situation nationale, en s'inspirant des orientations données par l'OMS.

6. Dans sa décision WHA65(8), l'Assemblée mondiale de la Santé a, notamment, reconnu les progrès importants accomplis en étroite collaboration avec les États Membres en application des paragraphes 61 et 62 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; décidé d'adopter pour cible mondiale une réduction de 25 %, d'ici 2025, de la mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles ; résolument appuyé la poursuite des travaux pour parvenir à un consensus sur les cibles relatives aux quatre grands facteurs de risque, à savoir le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool ; pris acte du vaste soutien exprimé par les États Membres et autres parties prenantes aux cibles mondiales volontaires envisagées jusqu'ici, y compris celles qui ont trait à l'hypertension, au tabagisme, au sel/sodium et à la sédentarité ; et fait part de l'appui des États Membres et autres parties prenantes concernant l'élaboration de cibles relatives à l'obésité, aux apports en graisses, à l'alcool, au cholestérol et à la réponse des systèmes de santé, par exemple la disponibilité de médicaments essentiels contre les maladies non transmissibles.

7. Le présent document de réflexion révisé que le Directeur général a été prié d'élaborer dans la décision WHA65(8), expose un projet de cadre global de suivi, comprenant une série d'indicateurs, et des exemples de cibles mondiales volontaires, et tient compte de la mesurabilité, de la viabilité et des possibilités de réalisation, ainsi que des stratégies existantes de l'OMS dans ce domaine. Il s'inspire des précédents documents de réflexion publiés en 2011 et 2012.¹

PARTIE 1 : PROJET DE CADRE MONDIAL DE SUIVI POUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES, COMPRENANT UNE SÉRIE D'INDICATEURS

8. Le suivi mondial poursuit un but de sensibilisation et vise à renforcer l'engagement politique en faveur d'une action mondiale coordonnée et plus énergique contre les maladies non transmissibles.

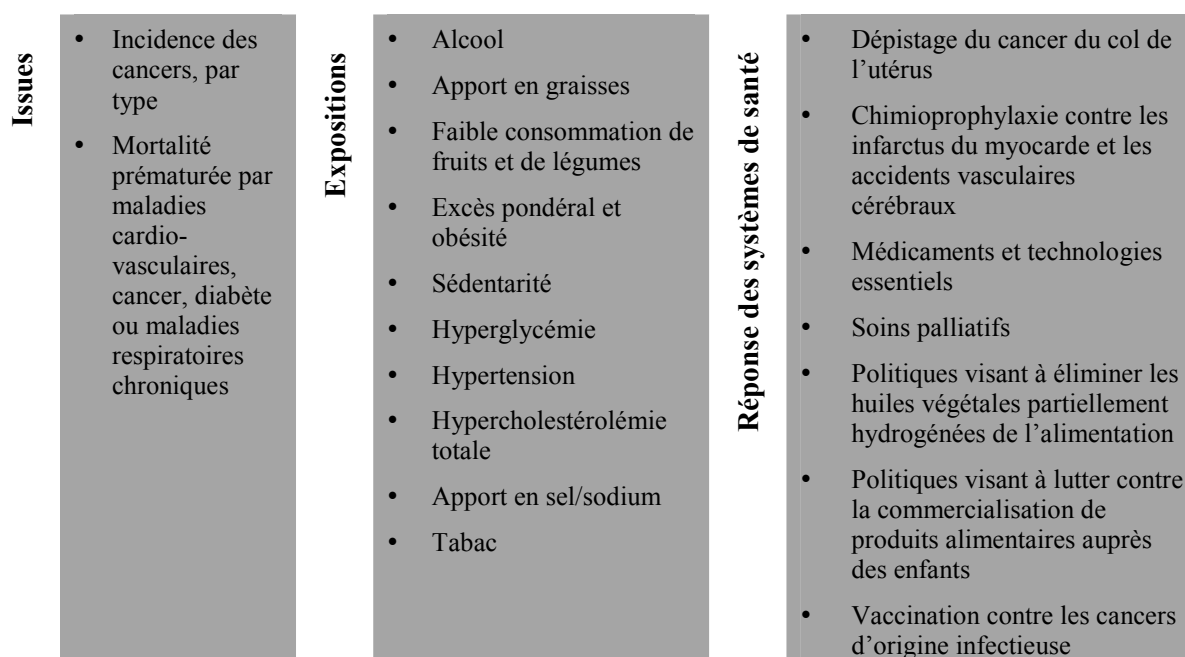
9. Un cadre global de suivi (voir Figure 1) doit envisager les issues (mortalité et morbidité), les expositions (facteurs de risque) ainsi que la capacité et la réponse des systèmes de santé – en mettant l'accent sur les priorités contenues dans la Déclaration politique. Le cadre mondial de suivi, y compris la série d'indicateurs proposés, permettra des évaluations comparables au niveau international de

¹ Publiés sur le site Web de l'OMS le 25 juillet. Disponibles à l'adresse suivante : http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/fr/index.html.

l'évolution des tendances concernant les maladies non transmissibles et contribuera à évaluer la situation d'un pays déterminé, comparativement aux autres pays de la même Région ou aux pays ayant atteint le même niveau de développement.

10. Aux indicateurs présentés dans le cadre mondial de suivi, les pays pourront en ajouter d'autres pour suivre les progrès réalisés dans leur stratégie nationale de prévention et de lutte compte tenu de la situation qui leur est propre.

Figure 1. Projet de cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles



Indicateurs de la surveillance des maladies non transmissibles dans le cadre mondial de suivi

11. Le Tableau 1 présente une série d'indicateurs pour le suivi mondial des progrès réalisés en vue de réduire l'effet des maladies non transmissibles. Les indicateurs couvrant les trois composantes du cadre mondial de suivi (issues, expositions et réponse des systèmes de santé) sont présentés dans l'ordre alphabétique anglais pour chaque composante.

Tableau 1. Indicateurs de la surveillance des maladies non transmissibles

<p><i>Issues :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Incidence des cancers par type, pour 100 000 personnes. Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardio-vasculaire, d'un cancer, d'un diabète ou d'une affection respiratoire chronique. <p><i>Exposition aux facteurs de risque :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par personne (de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur.
--

- Prévalence standardisée selon l'âge chez l'adulte de 18 ans ou plus de la consommation de moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et légumes par jour.
- Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adulte de 18 ans ou plus et chez l'adolescent (l'excès pondéral et l'obésité étant définis par un indice de masse corporelle supérieur à respectivement 25 kg/m² et 30 kg/m² selon la référence de croissance de l'OMS).
- Prévalence standardisée selon l'âge de l'activité physique insuffisante chez l'adulte de 18 ans ou plus (pratique d'une activité d'intensité modérée pendant moins de 150 minutes par semaine ou l'équivalent).
- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie/du diabète (glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant) chez l'adulte de 18 ans ou plus.
- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension chez l'adulte de 18 ans ou plus (pression systolique ≥ 140 mmHg et/ou diastolique ≥ 90 mmHg).
- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie chez l'adulte de 18 ans ou plus (taux de cholestérol total $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl).
- Apport moyen en sel (chlorure de sodium) par jour et en grammes chez l'adulte de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge.
- Prévalence standardisée selon l'âge du tabagisme actuel chez les personnes de 15 ans et plus.

Réponse des systèmes de santé :

- Prévalence des femmes de 30 à 49 ans ayant subi au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Chimio prophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux (y compris pour le contrôle de la glycémie), et conseils à l'intention des personnes de 40 ans et plus présentant un risque cardio-vasculaire à 10 ans ≥ 30 % (y compris celles déjà atteintes par une maladie cardio-vasculaire).
- Disponibilité de médicaments génériques essentiels contre les maladies non transmissibles et de technologies de base dans les établissements du secteur public et du secteur privé.
- Accès aux soins palliatifs évalué par la consommation, en équivalents morphine, d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer.
- Adoption de politiques nationales permettant d'éliminer pratiquement les huiles végétales partiellement hydrogénées dans l'alimentation et de les remplacer par des acides gras polyinsaturés.
- Politiques visant à réduire l'effet sur l'enfant de la commercialisation de produits alimentaires riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel.
- Vaccination contre les infections cancérogènes : infection à papillomavirus humain et hépatite B.

Précisions sur les indicateurs

Indicateurs concernant les issues

Incidence des cancers

12. *Indicateur* : incidence des cancers par type, pour 100 000 personnes.

13. *Pertinence pour la santé publique* : le cancer, qui est la deuxième cause de décès par maladies non transmissibles au niveau mondial, a été à l'origine de 7,6 millions de décès en 2008. Plus des deux

tiers des décès par cancer surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. On prévoit que le cancer deviendra une cause de morbidité et de mortalité toujours plus importante au cours des prochaines décennies partout dans le monde. Les données sur l'incidence et le type de cancer sont indispensables pour planifier les programmes de lutte anticancéreuse. En raison même de la diversité des types de cancer dans les différents pays, il est particulièrement important dans les activités de lutte anticancéreuse de prendre pleinement en compte les caractéristiques du cancer, différents types de cancer se prêtant plus ou moins bien à la prévention primaire, à la détection précoce, au dépistage et au traitement.

14. *Sélection de l'indicateur* : l'incidence du cancer suit le nombre annuel de nouveaux cas de cancer par localisation/type spécifique dans la population ; elle s'exprime le plus souvent en nombre de nouveaux cas de cancer pour 100 000 personnes.

15. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données sur l'incidence du cancer sont obtenues des registres des cancers dans la population qui réunissent et classent les informations obtenues sur tous les nouveaux cas survenus dans une population déterminée, et permettent de dégager des statistiques sur l'incidence et la survie aux fins d'évaluer l'impact du cancer et de lutter contre la maladie. On observe toutefois une carence notable de registres des cancers dans la population de qualité en Afrique, en Asie et en Amérique latine où la couverture du suivi de la population régionale est de l'ordre de 1, 4 et 6 %, respectivement.

Mortalité prématurée par maladies non transmissibles

16. *Indicateur* : probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardio-vasculaire, d'un cancer, d'un diabète ou d'une affection respiratoire chronique.

17. *Pertinence pour la santé publique* : sur les 57 millions de décès mondiaux en 2008, 36 millions (63 %) étaient dus aux maladies non transmissibles, dont près de 80 % (29 millions de décès) survenaient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les principales causes de décès par maladies non transmissibles en 2008 étaient les maladies cardio-vasculaires (17 millions de décès, ou 48 % des décès par maladies non transmissibles), le cancer (7,6 millions, ou 13 %) et les maladies respiratoires, y compris l'asthme et les bronchopneumopathies chroniques obstructives (4,2 millions). En outre, 1,3 million de décès ont été provoqués par le diabète.

18. *Sélection de l'indicateur* : cet indicateur est calculé à partir de taux de mortalité selon l'âge pour l'ensemble des quatre catégories de causes (généralement des tranches de 5 ans, 30-34 ans, ..., 65-69 ans). Une méthode fondée sur les tables de vie permet de calculer le risque de décès entre les âges exacts de 30 et de 70 ans par l'une de ces causes, en l'absence d'autres causes de décès.

19. L'âge de 30 ans a été choisi car il correspond au moment de la vie où le risque de décès par les quatre maladies chroniques retenues commence à augmenter dans la plupart des populations, les niveaux étant très faibles dans les classes d'âge inférieures. La limite supérieure de 70 ans a été choisie pour les deux raisons suivantes :

- i) pour définir une fourchette dans laquelle ces décès par maladies chroniques peuvent vraiment être considérés comme prématurés dans la quasi-totalité des Régions. Le Tableau 1 montre l'espérance de vie régionale estimée à 30 ans en 2009 ; dans toutes les Régions sauf la Région africaine, à 30 ans, l'âge moyen attendu au décès dépasse déjà 70 ans ;

ii) L'estimation des taux de mortalité par cause devient de plus en plus incertaine au-delà de 70 ans en raison de la proportion accrue des décès codés comme dus à des causes mal définies, à des niveaux de comorbidité croissants et à des taux croissants d'indication erronée de l'âge dans les sources de données sur la mortalité et la population.

20. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : seuls les deux tiers environ des pays disposent de systèmes d'état civil enregistrant les décès de manière assez complète pour permettre une estimation des taux de mortalité toutes causes confondues. En outre, la certification par cause et les erreurs de codage sont fréquentes dans bien des pays, et l'indicateur proposé envisage le risque de mortalité pour l'ensemble des quatre grands groupes de maladies non transmissibles provoquant des décès. Il n'est dès lors pas nécessaire de se préoccuper de la variabilité des pratiques de codage concernant le diabète et les maladies cardio-vasculaires. Les pays disposant de données de bonne qualité sur les causes de décès obtenues grâce à un système d'enregistrement complet voudront peut-être fixer des cibles nationales plus détaillées pour des maladies non transmissibles spécifiques.

21. Les initiatives nationales visant à améliorer les systèmes d'état civil et l'enregistrement de la mortalité par cause constituent une priorité essentielle dans de nombreux pays. Les médecins doivent être formés à l'importance de l'établissement du certificat de décès. Lorsque de nombreux décès ne sont pas certifiés par un médecin, on peut recourir à d'autres méthodes comme l'autopsie verbale pour compléter les données provenant des certificats de décès. Pour atteindre l'objectif mondial de données de qualité sur la mortalité, un effort à long terme en faveur de l'amélioration de l'enregistrement de l'état civil devra être consenti.

Indicateurs concernant l'exposition

Alcool

22. *Indicateur* : consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par personne de 15 ans ou plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur.

23. *Importance pour la santé publique* : réduire la charge de morbidité imputable à l'alcool est une priorité mondiale de la santé publique énoncée dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. La Stratégie définit l'usage nocif de l'alcool comme une consommation qui a des conséquences sanitaires et sociales néfastes pour le buveur (consommation nocive), son entourage et la société en général, ainsi que les modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables (consommation dangereuse). On estime que 2,3 millions de décès par an, soit 3,8 % de l'ensemble des décès annuels, sont imputables à la consommation d'alcool, dont plus de la moitié sont provoqués par des maladies non transmissibles, cancer et maladies cardio-vasculaires notamment. Le risque de la plupart des pathologies imputables à l'alcool est lié au niveau global de consommation d'alcool sans qu'on puisse distinguer de seuil concernant l'effet sur le cancer et l'hypertension.

24. La Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool souligne que cet usage et les problèmes de santé publique qui y sont liés sont influencés par le niveau général de consommation d'alcool dans une population, les modes de consommation et le contexte local. Les niveaux et les modes de consommation d'alcool sont liés : un accroissement de la consommation globale dans une population déterminée est associé à un accroissement de la prévalence des troubles liés à l'alcool et des modes de consommation nocifs, alors qu'une réduction de la prévalence de la forte consommation d'alcool dans une population déterminée entraîne une réduction du niveau global de consommation d'alcool. Dans certains pays, 10 à 20 % des gros buveurs sont à l'origine de 80-90 % de la consommation totale d'une population. Les données disponibles indiquent que le taux global de

consommation d'alcool mesuré en consommation d'alcool par personne est corrélé aux principales issues sanitaires liées à l'alcool.

25. *Sélection de l'indicateur* : deux paramètres de la consommation d'alcool ont une importance particulière pour la lutte contre les maladies non transmissibles : le niveau global de consommation d'alcool et le mode de consommation. Pour le niveau global de consommation dans la population, la consommation par adulte est un indicateur bien reconnu et établi pour lequel les données sont recueillies, analysées et rapportées par l'OMS sous forme de séries temporelles. La consommation par personne est corrélée aux niveaux de consommation dangereux et néfastes et peut être considérée comme le seul moyen indirect fiable permettant un suivi mondial de l'usage nocif de l'alcool tel que le définit la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. La prévalence de la forte consommation épisodique est considérée comme le meilleur indicateur pour décrire le mode de consommation associé à des issues sanitaires défavorables multiples. On rencontre toutefois d'importantes difficultés méthodologiques pour mesurer la forte consommation épisodique qui est fondée sur des données notifiées par les buveurs eux-mêmes et potentiellement très biaisées. En raison de ces difficultés, de la variabilité des données reçues dans différentes enquêtes pour une population déterminée, du manque de données aux niveaux mondial et régional disponibles sous forme de séries temporelles dans la plupart des pays, ainsi que les coûts significatifs de la collecte de données fiables dans les pays, on ne peut recommander cet indicateur comme indicateur essentiel pour un suivi au niveau mondial. Des indicateurs fondés sur la mortalité et la morbidité causées par la consommation d'alcool, tels que la cirrhose du foie d'origine alcoolique, la dépendance à l'alcool ou les psychoses induites par l'alcool, ont été envisagés mais n'ont pas été recommandés en raison des difficultés de mesure importantes et de l'insuffisance des données sur les tendances dans la plupart des États Membres.

26. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : on dispose de données sur la consommation individuelle totale d'alcool (enregistrée et non enregistrée) par les personnes de 15 ans et plus en litres d'alcool pur au cours d'une année civile pour 192 États Membres. Elles sont fondées sur les ventes nationales et les données relatives aux exportations et aux importations, les données disponibles auprès de l'industrie de l'alcool et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, ainsi que sur les estimations de la consommation non enregistrée. Pour évaluer l'évolution de la consommation globale d'alcool, on se fonde sur la variation avérée de la consommation individuelle totale d'alcool par les personnes de 15 ans et plus exprimée en litres d'alcool pur au cours d'une année civile. Dans les pays où le nombre de touristes annuel est au moins égal au nombre d'habitants, on tient compte de la consommation des touristes pour déterminer la consommation d'alcool par personne. Depuis 2004, la plupart des États Membres disposent de données concernant la consommation totale d'alcool (enregistrée et non enregistrée) et on relève une amélioration significative des estimations de la consommation non enregistrée.

Apport en graisses

27. *Indicateur* : proportion mondiale standardisée selon l'âge de l'apport énergétique total en acides gras saturés chez l'adulte de 18 ans ou plus.

28. *Indicateur* : proportion mondiale standardisée selon l'âge de l'apport énergétique total en acides gras polyinsaturés chez l'adulte de 18 ans ou plus.

29. *Pertinence pour la santé publique* : un apport excessif en graisses a été associé à un risque accru d'obésité, de cardiopathies coronariennes et de certains types de cancer. Une forte consommation d'acides gras saturés est généralement considérée comme un facteur de risque de maladie cardio-vasculaire. En 2002, la consultation mixte d'experts OMS/FAO a recommandé que pour la

prévention des maladies non transmissibles l'apport en acides gras saturés soit inférieur à 10 % de l'apport énergétique individuel total. Plus récemment, l'OMS a recommandé que l'apport en acides gras saturés soit inférieur à 10 % de l'apport énergétique total individuel pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires. Il ressort d'une analyse des bilans alimentaires de la FAO qu'en 2008, la consommation d'acides gras saturés était située entre 2 % et 35 % et qu'elle dépassait 10 % de l'apport énergétique total dans plus de 40 pays.

30. L'analyse des études de cohortes et des essais contrôlés randomisés révèle que le remplacement isocalorique des acides gras saturés par des acides gras polyinsaturés réduit le risque cardio-vasculaire. On a calculé une réduction du risque de cardiopathie coronarienne de 10 % pour chaque augmentation de 5 % de l'apport énergétique en acides gras polyinsaturés.

31. *Sélection de l'indicateur* : la proportion de l'apport énergétique total provenant des acides gras à la fois saturés et polyinsaturés doit être connue pour pouvoir suivre l'évolution des modes de consommation.

32. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : la plupart des enquêtes sur l'alimentation provenant de pays à revenu élevé indiquent l'apport en acides gras saturés (c'est par exemple le cas pour l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis d'Amérique, le Japon, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord). Un examen des enquêtes alimentaires nationales disponibles révèle que plus de 60 pays ont recueilli des données sur les acides gras saturés. En outre, une importante méta-analyse a été effectuée dans le contexte du projet de la charge mondiale de morbidité qui sera disponible à fin 2012. Lorsque l'apport en acides gras saturés n'est pas indiqué, on peut établir des hypothèses concernant l'apport en acides gras saturés et polyinsaturés à partir de l'apport total en graisses. En l'absence de chiffres sur l'apport en acides gras saturés dans une base de données sur la composition alimentaire, il est possible d'estimer l'apport en acides gras saturés en répartissant l'apport total en graisses par aliment ou groupe d'aliments afin de calculer la composition des acides gras. Ainsi, la composition des acides gras dans les produits laitiers est assez semblable pour le beurre, le fromage, le yaourt, etc., et il est donc possible d'estimer l'apport en acides gras saturés et polyinsaturés provenant des produits laitiers si l'on connaît la teneur totale en graisses. Des estimations semblables peuvent être obtenues pour la viande, les noix, les céréales et les huiles.

Faible consommation de fruits et de légumes

33. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge chez l'adulte (de 18 ans ou plus) de la consommation de moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour.

34. *Pertinence pour la santé publique* : environ 16 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) (1,0 %) et 1,7 million (2,8 %) des décès mondiaux sont imputables à une faible consommation de fruits et de légumes. Une consommation suffisante de fruits et de légumes réduit le risque de maladie cardio-vasculaire, de cancer de l'estomac et de cancer colorectal. Des données convaincantes tendent à montrer qu'une forte consommation d'aliments riches en énergie, comme les produits alimentaires préparés à forte teneur en graisses et en sucres, favorisent l'obésité, à la différence des aliments pauvres en énergie comme les fruits et les légumes.

35. *Sélection de l'indicateur* : la consommation d'au moins 400 grammes de fruits et de légumes par jour est recommandée pour prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation.

36. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données sur la faible consommation de fruits et légumes sont recueillies dans les enquêtes sur les

comportements à risque et sur la nutrition. Les enquêtes doivent envisager l'ensemble de la consommation des fruits et légumes sur la base d'une portion type de 80 grammes.

Obésité et excès pondéral

37. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge de l'obésité (indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m²) chez l'adulte de 18 ans ou plus.

38. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral chez l'adulte de 18 ans ou plus et l'adolescent (indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m² selon la référence de croissance de l'OMS pour les adolescents).

39. *Pertinence pour la santé publique* : le lien entre l'obésité et les issues néfastes pour la santé/mortalité toutes causes confondues est bien établi. Au niveau mondial, au moins 2,8 millions de décès annuels sont imputables à l'excès pondéral ou à l'obésité et on estime à 35,8 millions (2,3 %) les DALY résultant de l'excès pondéral ou de l'obésité. En 2008, au niveau mondial, 9,8 % des hommes et 13,8 % des femmes étaient obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) contre 4,8 % et 7,9 % respectivement en 1980. On estimait à 205 millions d'hommes et 297 millions de femmes âgés de plus de 20 ans le nombre d'obèses en 2008 ; la planète comptait donc plus de 500 millions d'obèses.

40. *Sélection de l'indicateur* : l'indice de masse corporelle est un indice simple du poids pour la taille couramment utilisé pour mesurer l'excès pondéral et l'obésité de l'adulte. Il est obtenu en divisant le poids exprimé en kilos par la taille au carré exprimée en mètre (kg/m²). Ces indicateurs utilisent la définition de l'OMS pour l'excès pondéral et l'obésité, l'« excès pondéral » étant caractérisé par un IMC égal ou supérieur à 25 et l'« obésité » par un IMC égal ou supérieur à 30. L'IMC offre la mesure la plus utile au niveau de la population pour l'excès pondéral et l'obésité car il reste le même pour les deux sexes quel que soit l'âge de l'adulte.

41. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données sur la prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité de l'adulte sont largement disponibles auprès des États Membres. Les données sont recueillies dans les enquêtes sur les examens de santé et/ou les enquêtes sur la nutrition qui comprennent des mesures anthropométriques (c'est-à-dire l'indication de la taille et du poids). Les données sur la prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent proviennent principalement d'enquêtes sur la santé dans les écoles.

Sédentarité

42. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge de l'activité physique insuffisante chez l'adulte de 18 ans ou plus (pratique d'une d'activité d'intensité modérée pendant moins de 150 minutes par semaine ou d'une activité équivalente).

43. *Pertinence pour la santé publique* : la sédentarité, ou l'activité physique insuffisante, constitue le quatrième facteur de risque de mortalité par ordre d'importance. Environ 3,2 millions de décès annuels et 32,1 millions de DALY (environ 2,1 % du total mondial des DALY) sont imputables à la sédentarité. Les personnes trop sédentaires présentent un risque de mortalité toutes causes confondues de 20 % à 30 % supérieur à celles qui pratiquent au moins 30 minutes d'exercice physique modéré la plupart des jours de la semaine. En 2008, on estimait que 31 % des personnes de 15 ans et plus n'étaient pas assez actives (28 % des hommes et 34 % des femmes).

44. *Sélection de l'indicateur* : si la limite de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine (ou l'équivalent) a été choisie, c'est parce qu'il est démontré par de nombreuses données scientifiques solides qu'au-delà de ce seuil, on présente un meilleur niveau général de forme physique et un profil de risque plus faible d'affection médicale incapacitante, ainsi que des taux de diverses maladies non transmissibles chroniques inférieurs à ceux des sédentaires.

45. Cet indicateur est calculé à partir des chiffres de la prévalence de la sédentarité à un âge déterminé. La standardisation selon l'âge vise à tenir compte des différences entre les structures par âge dans le temps et entre les pays. La limite inférieure de 18 ans a été retenue en raison de la nature et de la disponibilité des données scientifiques concernant les issues sanitaires.

46. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données sur les modes d'exercice physique sont recueillies dans les enquêtes sur les comportements à risque. Les enquêtes doivent couvrir les activités physiques dans tous les domaines – au travail/à domicile, dans les transports et au cours des loisirs.

Hyperglycémie/diabète

47. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie/du diabète (glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant) chez l'adulte de 18 ans ou plus.

48. *Pertinence pour la santé publique* : le diabète, une diminution de la tolérance au glucose et une altération de la glycémie à jeun sont des facteurs de risque de l'apparition d'un diabète et d'une maladie cardio-vasculaire. En 2008, le diabète a été directement à l'origine de 1,3 millions de décès et la prévalence mondiale du diabète (glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant) était estimée à près de 10 %.

49. *Sélection de l'indicateur* : la glycémie plasmatique à jeun a été choisie comme indicateur car les valeurs sont largement disponibles dans les enquêtes représentatives nationales. Si la mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est de plus en plus acceptée pour diagnostiquer le diabète, elle n'est pas recommandée pour suivre la cible visée en raison de son coût plus élevé que les autres outils diagnostiques et d'un manque de standardisation de la mesure dans différentes populations.

50. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : plus de 100 pays à revenu faible ou intermédiaire ont recueilli des données sur la glycémie à jeun dans le cadre d'enquêtes sur les examens de santé représentatifs au niveau national. La glycémie doit être mesurée après un jeûne d'au moins huit heures et non indiquée par le sujet lui-même. On distingue deux principales méthodes de dépistage – à sec et en milieu humide. À sec, on utilise le sang capillaire prélevé au bout d'un doigt et utilisé dans un test de diagnostic rapide. Le test en milieu humide consiste à soumettre un échantillon de sang veineux à une analyse au laboratoire. La plupart des enquêtes en population utilisent un diagnostic rapide à sec pour obtenir les valeurs de la glycémie à jeun.

Hypertension

51. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension (pression systolique ≥ 140 et/ou diastolique ≥ 90) chez l'adulte de 18 ans ou plus.

52. *Pertinence pour la santé publique* : on estime que l'hypertension provoque 7,5 millions de décès par an dans le monde – ce qui correspond à environ 12,8 % des décès – et 57 millions de DALY (3,7 % des DALY). Elle constitue un facteur de risque majeur de cardiopathies coronariennes et d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques et ischémiques. Au niveau mondial, sa prévalence globale chez l'adulte de 25 ans et plus était de 40 % en 2008.

53. *Sélection de l'indicateur* : en clinique, on évoque une hypertension de stade 1/degé 1 lorsque la tension artérielle moyenne est comprise entre 140/90 et 160/100 lors de deux mesures ou plus effectuées à l'occasion de deux consultations au moins qui n'ont pas eu lieu le même jour. Le traitement de la pression systolique et diastolique pour la ramener à des niveaux inférieurs à 140/90 est associé à une diminution des complications cardio-vasculaires.

54. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : un nombre significatif de pays, y compris de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, ont recueilli des données dans des enquêtes sur les examens de santé vérifiant la tension artérielle. Celle-ci doit être mesurée et non indiquée par le sujet lui-même.

Hypercholestérolémie totale

55. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez l'adulte de 18 ans ou plus (taux de cholestérol total $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl).

56. *Pertinence pour la santé publique* : l'hypercholestérolémie accroît le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. Au niveau mondial, un tiers des cardiopathies ischémiques est imputable à une hypercholestérolémie. Dans l'ensemble, on estime que l'hypercholestérolémie provoque 2,6 millions de décès (4,5 % des décès) et 29,7 millions de DALY (2 % des DALY). L'hypercholestérolémie totale est une des principales causes de la charge de morbidité dans les pays développés et en développement, s'agissant d'un facteur de risque de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral. En 2008, la prévalence mondiale de l'hypercholestérolémie chez l'adulte était de 39 % (37 % chez l'homme et 40 % chez la femme). Au niveau mondial, la cholestérolémie totale moyenne a peu varié entre 1990 et 2008, diminuant de moins de 0,1 mmol/l par décennie pour les deux sexes.

57. *Sélection de l'indicateur* : l'hypercholestérolémie totale ($\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl) est utilisée par l'OMS dans ses recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de risque cardio-vasculaire.

58. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : une cinquantaine de pays, dont beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont recueilli des données sur la cholestérolémie totale par des enquêtes représentatives au niveau national, disposent de données représentatives au niveau national sur l'hypercholestérolémie totale. Le taux de cholestérol doit être mesuré et non indiqué par le sujet lui-même. On distingue deux principales méthodes de dépistage, à sec et en milieu humide. Le dépistage à sec soumet le sang capillaire prélevé au bout d'un doigt à un test diagnostique rapide, alors qu'en milieu humide on utilise un prélèvement sanguin veineux qui est analysé au laboratoire. La plupart des enquêtes en population utilisent des tests diagnostiques rapides pour la cholestérolémie.

Apport en sel/sodium

59. *Indicateur* : apport moyen standardisé selon l'âge en sel (chlorure de sodium) par jour en grammes, chez l'adulte de 18 ans ou plus.

60. *Pertinence pour la santé publique* : l'apport en sel alimentaire (chlorure de sodium) est un important déterminant du niveau de la tension artérielle et de l'hypertension ainsi que du risque cardio-vasculaire global. Pour la prévention des maladies cardio-vasculaires qui constituent la principale cause de mortalité dans le monde, l'OMS recommande un apport inférieur à 5 grammes de sel (environ 2 grammes de sodium) par personne et par jour. Toutefois les données provenant de différents pays montrent que la plupart des populations consomment beaucoup plus de sel que le niveau recommandé. Dans beaucoup de pays à revenu élevé, environ 75 % du sel dans les produits alimentaires provient de produits préparés et de repas cuisinés en dehors du domicile. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la plus grande partie de l'apport provient du sel ajouté à domicile dans les aliments et à table ou par l'intermédiaire d'assaisonnements comme les sauces de poisson et de soja. Ramener l'apport en sel du niveau actuel de 9 à 12 grammes par jour au niveau recommandé inférieur à 5 grammes par jour aurait un effet mondial significatif sur la tension artérielle et les maladies cardio-vasculaires et éviterait jusqu'à 2,5 millions de décès annuels consécutifs à des infarctus du myocarde et à des accidents vasculaires cérébraux.

61. *Sélection de l'indicateur* : l'OMS recommande un apport en sel inférieur à 5 grammes par personne et par jour (environ 2 grammes de sodium) pour prévenir les maladies cardio-vasculaires, principale cause de décès dans le monde. Les stratégies de réduction de l'apport en sel constituent une des options les plus rentables pour la prévention des maladies non transmissibles.

62. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : on dispose de données nationales limitées sur l'apport mesuré en sel/sodium, les valeurs relatives à la population n'étant disponibles que pour quelques pays, à revenu élevé pour la plupart. Des estimations de l'apport moyen en sel/sodium dans la population sont en préparation dans le cadre de la mise à jour de la charge mondiale de morbidité et seront disponibles fin 2012. D'importants travaux et une collaboration régionale sont actuellement en cours pour mettre au point des dispositifs de suivi, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ainsi, dans le cadre de l'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risques (STEPS), on met actuellement au point un module sur l'apport alimentaire en sel incorporant à la fois des questions pour évaluer les sources de sodium et la collecte d'échantillons d'urine, ce qui facilitera la notification aux fins de cet indicateur à l'avenir. La méthode de référence pour l'apport en sel consiste à recueillir les urines sur 24 heures même si d'autres méthodes comme des prélèvements ponctuels et des enquêtes sur la fréquence alimentaire peuvent être plus faciles à administrer au niveau de la population.

Tabac

63. *Indicateur* : prévalence standardisée selon l'âge du tabagisme actuel chez les personnes de 15 ans et plus.

64. *Pertinence pour la santé publique* : les risques pour la santé dus au tabagisme résultent de la consommation directe du tabac avec ou sans fumée et du tabagisme passif. Il n'existe pas de niveau auquel ou au-dessous duquel il est prouvé que la consommation de tabac ne présente aucun de danger. Tous les consommateurs actuels (quotidiens et occasionnels) du tabac sont exposés au risque d'un éventail d'issues sanitaires néfastes tout au long de l'existence, ainsi qu'à des maladies non transmissibles à l'âge adulte. Le tabagisme provoque près de 6 millions de décès annuels dans le monde, et est à l'origine de 6 % des décès chez la femme et de 12 % chez l'homme ; 600 000 de ces

décès sont imputables au tabagisme passif et plus de 5 millions à la consommation directe. On estime que le tabagisme est à l'origine d'environ 71 % des décès dus au cancer du poumon et, respectivement, de 42 % et de près de 10 % des décès par maladies respiratoires chroniques et par cardiopathie ischémique. En 2008, la prévalence mondiale du tabagisme de l'adulte était de 22 % pour les deux sexes (36 % pour l'homme et 8 % pour la femme).

65. *Sélection de l'indicateur* : si les interventions contre le tabac doivent porter sur toutes les formes de consommation et pas uniquement sur le fait de fumer, on peut à ce stade fixer une cible réaliste pour les fumeurs de tabac uniquement car c'est pour eux qu'on dispose de meilleures données sur l'évolution dans le temps, ce qui permet une meilleure analyse des tendances. Et l'on entend par fumeur le consommateur de tabac fumé sous toutes ses formes.

66. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : en vertu de l'article 20 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les pays doivent mettre en place un système national de surveillance épidémiologique de la consommation de tabac et maintenir des données à jour provenant des programmes de surveillance. Sous l'égide du système mondial de surveillance du tabac, l'OMS a mis au point une série d'indicateurs sur le tabac et des questions associées qui peuvent être utilisées au niveau mondial dans toutes les enquêtes. Si l'ensemble des pays recueillent des données sur le tabagisme, tous n'en obtiennent pas sur le tabac sans fumée. En plus de ceux où le tabagisme sans fumée représente déjà un problème sensible, tous les pays sont encouragés à suivre aussi la prévalence du tabac sans fumée car l'industrie du tabac commercialise toujours plus cette forme de produits dans le monde. L'accent mis jusqu'ici sur la commercialisation du tabac à fumer provient du fait que la qualité des données sur ce type de tabac est bien meilleure et les données sur une longue période bien plus complètes que pour le tabac sans fumée.

Indicateurs sur la réponse des systèmes de santé

Dépistage du cancer du col de l'utérus

67. *Indicateur* : prévalence des femmes de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un dépistage du cancer du col de l'utérus.

68. *Pertinence pour la santé publique* : on estimait à 530 000 le nombre de cas de cancer du col de l'utérus dans le monde et à 270 000 le nombre de décès provoqués par la maladie en 2008, dont plus de 80 % sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le cancer du col est le cancer le plus courant chez la femme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le recours fréquent au dépistage dans les pays à revenu élevé a entraîné une diminution spectaculaire de la mortalité par cancer du col au cours des 30 dernières années.

69. Plus de 95 % de la charge de morbidité pourrait être évitée par des programmes de dépistage de bonne qualité et la vaccination contre les HPV16 et 18 – ce dernier étant l'agent étiologique dans jusqu'à 70 % des cas de cancer du col. Le CIRC estime qu'on dispose d'éléments suffisants pour affirmer que le dépistage du cancer du col peut réduire la mortalité de 80 % ou plus chez les femmes qui ont bénéficié d'un dépistage. Les récentes modifications apportées aux technologies adaptées aux situations de ressources limitées rendent possibles et très rentables les efforts de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col dans tous les pays. Le dépistage et le traitement précoces des lésions précancéreuses peuvent entraîner une amélioration spectaculaire des chances de survie et sont particulièrement importants dans les pays en développement ayant un accès limité aux traitements anticancéreux coûteux.

70. Là où l'on dispose de plus de ressources, le frottis de Papanicolaou (test cytologique) est la méthode de dépistage la plus couramment utilisée. Parmi les différents tests de dépistage qui sont réalisables en situation de ressources plus limitées, le test de dépistage du HPV et l'inspection visuelle après application d'acide acétique se sont révélés efficaces pour réduire la mortalité par cancer du col. Le test de dépistage présente une sensibilité, une reproductibilité et une valeur prédictive négative meilleures que la cytologie et l'inspection visuelle, mais son coût actuel exclut une utilisation généralisée.

71. *Sélection de l'indicateur* : le dépistage du cancer du col vise à détecter les lésions précancéreuses qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent aboutir à un cancer. En situation de ressources limitées, on privilégie le dépistage chez les femmes de 30 à 49 ans car le cancer du col est rare avant 30 ans et plus fréquent après 40 ans. Le dépistage chez la femme plus jeune permettra de détecter de nombreuses lésions qui ne devraient pas devenir cancéreuses, donnera lieu à un surtraitement considérable et n'est pas économiquement rentable. Les nouveaux programmes devraient commencer par un dépistage à partir de 30 ans et n'englober des femmes plus jeunes qu'une fois que le groupe à haut risque aura été couvert. Si le dépistage ne peut intervenir qu'une fois, l'OMS recommande qu'il soit pratiqué entre 35 et 45 ans.

72. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : des données de base comparables pour la couverture par le dépistage sont disponibles pour un quart environ des pays. Il s'agit cependant, dans la majorité des cas, de données tirées de programmes et non de données nationalement représentatives en population. Il se peut que des données soient disponibles dans les enquêtes nationalement représentatives dans la population, mais la validité du dépistage autonotifié n'a pas été bien établie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Chimioprophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux

73. *Indicateur* : chimioprophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux (y compris pour le contrôle de la glycémie) et conseils à l'intention des personnes de 40 ans et plus présentant un risque cardio-vasculaire à 10 ans $\geq 30\%$ (y compris celles déjà atteintes d'une maladie cardio-vasculaire).

74. *Pertinence pour la santé publique* : les interventions auprès de la population à elles seules ne suffiront pas à prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux chez les sujets présentant un risque cardio-vasculaire à 10 ans de 30 % ou plus. Avec un tel niveau de risque, le sujet exposé présente généralement une élévation modeste de facteurs de risque multiples comme le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et/ou le diabète. Pour prévenir des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux dans cette population, le risque cardio-vasculaire doit être réduit par des conseils et une chimioprophylaxie appropriés. L'expérience dans les pays à revenu élevé avec des taux de mortalité cardio-vasculaire en baisse révèle qu'environ 50 % de la diminution peut être due à la réduction du risque cardio-vasculaire par un traitement, y compris une prévention secondaire. L'approche du risque absolu qui est suivie par cet indicateur offre le moyen le plus rentable d'atteindre cet objectif.

75. Si elle est appliquée au niveau des soins de santé primaires, on estime que l'approche du risque cardio-vasculaire total réduit la charge de morbidité par maladie cardio-vasculaire d'au moins un tiers.

76. *Sélection de l'indicateur* : l'OMS recommande une chimioprophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux car il s'agit d'une solution applicable ayant un effet important et dont le coût est abordable même dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette approche est considérée comme plus rentable et moins coûteuse que des interventions

conventionnelles sur un facteur de risque unique comme l'hypertension ou l'hypercholestérolémie et elle constitue une des options les plus rentables.

77. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données sur la couverture par une chimioprophylaxie des personnes identifiées comme étant à risque sont actuellement disponibles dans les pays à revenu élevé et dans quelques pays à revenu intermédiaire. L'établissement d'une base pour cet indicateur suppose qu'on obtienne des informations sur les événements cardio-vasculaires et la chimioprophylaxie lorsque les données sur les facteurs de risque (tension artérielle, glycémie et cholestérolémie) sont réunies par les États Membres et proviennent d'enquêtes existantes ou prévues basées auprès de la population. Les tableaux de prévision des risques OMS/ISH ou un outil de prévision national des risques peuvent être utilisés pour tenir compte des données sur les facteurs de risque et de l'information sur la prophylaxie afin de déterminer la couverture des personnes présentant un risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral à 10 ans ≥ 30 % par un traitement approprié.

Médicaments essentiels contre les maladies non transmissibles et technologies de base pour le traitement des principales maladies

78. *Indicateur* : disponibilité de technologies de base et de médicaments essentiels génériques nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements du secteur public et du secteur privé, y compris les établissements de soins primaires. La liste minimale comprendrait : pour ce qui est des médicaments – au moins l'aspirine, une statine et un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un diurétique de type thiazide, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, la metformine, l'insuline, un bronchodilatateur et un agent stéroïdien en inhalation ; et pour ce qui est des technologies – au moins un dispositif de mesure de la tension artérielle, une balance, des dispositifs de mesure de la glycémie et de la cholestérolémie avec bandelettes, et des bandelettes pour détecter l'albumine dans l'urine.

79. *Pertinence pour la santé publique* : sans médicaments efficaces et sans accès à des matériels essentiels de diagnostic et de suivi dans les établissements de soins pour traiter les maladies non transmissibles, les patients seront confrontés aux effets néfastes de leur affection à court et à long terme. Des cas de pénurie ont récemment été signalés dans de nombreux pays à revenu élevé et les systèmes de notification ont été renforcés pour réunir et diffuser rapidement les données nécessaires. L'OMS a notifié les données de 2779 centres dans 40 pays en développement et montré que la disponibilité moyenne de médicaments génériques contre les maladies non transmissibles était de 36 % dans le secteur public et 55 % dans le secteur privé. Les récentes enquêtes sur l'évaluation de la disponibilité des services (enquêtes SARA) en Sierra Leone et en Zambie ont donné des résultats très semblables.

80. *Sélection de l'indicateur* : l'OMS recommande un traitement médicamenteux pour les personnes à haut risque, notamment les diabétiques, afin de prévenir et combattre les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et les complications du diabète. Cette série de technologies et de médicaments permettra d'appliquer ces options particulièrement rentables au niveau des soins primaires.

81. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : tous les pays à haut revenu disposent de systèmes en place indiquant la disponibilité de médicaments contre les maladies non transmissibles. Ces sources peuvent être utilisées pour produire des données sur la disponibilité. De nombreuses enquêtes sur la disponibilité et le prix des médicaments ont déjà été effectuées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et les résultats sont disponibles.

82. Tous les pays auront vraisemblablement des recommandations thérapeutiques nationales légèrement différentes et, de ce fait, la liste des médicaments à évaluer devra être adaptée à la situation de chacun. Mais, comme d'autres enquêtes l'ont démontré, la disponibilité globale est comparable dans le temps et d'un pays à l'autre. Pour être spécifiques et par souci de continuité, les médicaments dont on veut évaluer la disponibilité devront peut-être faire l'objet d'ajustements pour tenir compte des recommandations nationales.

Soins palliatifs

83. *Indicateur* : accès aux soins palliatifs évalué par la consommation en équivalents morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû à un cancer.

84. *Pertinence pour la santé publique* : chaque année, des dizaines de millions de patients atteints de maladies non transmissibles ont besoin de soins palliatifs pour atténuer la douleur ou, lorsqu'un traitement curatif n'est plus envisageable, pour assurer autant que possible le confort du patient en fin de vie. Bien que considérés comme faisant partie intégrante des services de santé, les soins palliatifs pour de nombreuses maladies non transmissibles ne sont pas directement offerts à la grande majorité des patients qui sont confrontés de ce fait à des souffrances évitables. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a reconnu la nécessité d'offrir des soins palliatifs aux personnes atteintes de maladies non transmissibles.

85. *Sélection de l'indicateur* : cet indicateur permet de mesurer indirectement la mise en place de soins palliatifs pour toutes les maladies engageant le pronostic vital, y compris les maladies non transmissibles.

86. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données nécessaires sont déjà recueillies chaque année. L'OMS produit des estimations du nombre de décès par cancer. L'Organe international de contrôle des stupéfiants publie chaque année des données fournies par les pays sur la consommation des stupéfiants, y compris les analgésiques opioïdes forts. L'équivalent morphine est une mesure des doses normalisées d'opioïdes forts qui permet de combiner et de comparer différents opioïdes utilisés en médecine. L'équation est tirée des rapports de la dose quotidienne définie (dose orale pour chaque produit sauf le fentanyl administré par la voie transdermique), comme le précise le centre collaborateur de l'OMS pour la méthodologie sur les statistiques pharmaceutiques. Du fait du recours fréquent à la méthadone dans le traitement de substitution des opioïdes et de son utilisation relativement rare dans l'atténuation des douleurs sévères, un équivalent morphine hors méthadone est également utilisé dans certains cas. Il est proposé d'utiliser l'équivalent morphine hors méthadone pour éviter que la consommation de méthadone comme traitement de substitution ne vienne fausser les calculs.

Politiques visant à éliminer les acides gras trans produits par l'industrie

87. *Indicateur* : adoption de politiques nationales permettant pratiquement d'éliminer les huiles végétales partiellement hydrogénées dans l'alimentation et de les remplacer par des acides gras polyinsaturés.

88. *Pertinence pour la santé publique* : les acides gras *trans* entraînent des altérations de la lipidémie, du métabolisme des acides gras, de la fonction endothéliale et de l'inflammation, ce qui accroît le risque de diabète de type 2 et de maladies cardio-vasculaires. Les acides gras *trans* accroissent encore plus que les graisses saturées le risque de cardiopathie coronarienne par leur effet indésirable sur les lipides sériques, accroissant les lipoprotéines de basse densité (LDL) et diminuant

les lipoprotéines de haute densité (HDL). En particulier, la consommation d'acides gras *trans* provenant d'huiles partiellement hydrogénées a des effets néfastes sur des facteurs de risque cardio-vasculaires multiples et contribue de manière significative à un risque accru d'événements coronariens. Les acides gras *trans* aggravent également la résistance à l'insuline notamment chez les sujets prédisposés présentant des facteurs de risque (hyperglycémie, excès pondéral et obésité ou sédentarité, par exemple).

89. L'OMS recommande d'éliminer la consommation d'acides gras *trans*. En 2002, la consultation d'experts mixte OMS/FAO a recommandé que, pour prévenir les maladies non transmissibles, la consommation d'acides gras *trans* représente moins de 1 % de l'apport énergétique total. En 2007, la mise à jour scientifique de l'OMS a reconnu que les acides gras *trans* devaient être considérés comme des additifs alimentaires industriels n'ayant aucun avantage démontrable et présentant des dangers manifestes pour la santé.

90. *Sélection de l'indicateur* : le remplacement des acides gras *trans* d'origine industrielle par des acides gras polyinsaturés constitue une option particulièrement rentable dans l'optique de la prévention des maladies non transmissibles.

91. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : le suivi de la mise en œuvre des politiques et des programmes aux fins de cet indicateur sera assuré régulièrement par l'enquête sur les capacités de lutte des pays contre les maladies non transmissibles et l'examen mondial de l'OMS sur la politique en matière de nutrition.

Commercialisation des produits alimentaires riches en graisses saturées, acides gras trans, sucres libres ou sel auprès des enfants

92. *Indicateur* : politiques visant à réduire l'effet sur l'enfant de la commercialisation de produits alimentaires riches en graisses saturées, acides gras *trans*, sucres libres ou sel.

93. *Pertinence pour la santé publique* : il ressort des examens systématiques sur la portée, la nature et les effets de la commercialisation des produits alimentaires axée sur l'enfant que la publicité est largement utilisée et que d'autres formes de commercialisation axée sur l'enfant sont fréquentes dans le monde entier. Une grande partie de ces efforts de commercialisation concernent des aliments à forte teneur en graisses, en sucre ou en sel. Il apparaît aussi que la publicité à la télévision influence les préférences alimentaires de l'enfant, les demandes d'achat et les modes de consommation. La publicité à la télévision est progressivement complétée par un ensemble de communications privilégiant les marques et établissant des liens avec le consommateur. La commercialisation axée sur l'enfant est désormais un phénomène mondial qui a tendance à être pluraliste et intégré, utilisant des messages et des canaux multiples.

94. *Sélection de l'indicateur* : en mai 2010, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres de l'OMS ont approuvé une série de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (voir résolution WHA63.14). Ces recommandations ont pour principal objet d'orienter les efforts consentis par les États Membres pour concevoir des politiques nouvelles ou renforcer les politiques existantes sur les communications concernant la commercialisation des aliments destinés aux enfants afin de réduire les effets de la commercialisation d'aliments riches en graisses saturées, acides gras *trans*, sucres libres ou sel. Plusieurs pays ont déjà commencé à appliquer la résolution WHA63.14 – notamment l'Espagne, l'Irlande, la Malaisie, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suède.

95. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : dans sa résolution WHA63.14 (paragraphe 2.3), l'Assemblée de la Santé invite instamment les États Membres à mettre en place un système de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Les données sur le suivi de l'application des politiques et des programmes aux fins de cet indicateur seront obtenues régulièrement par le biais de l'enquête de l'OMS sur les capacités face aux maladies non transmissibles et l'examen mondial de l'OMS sur la politique nutritionnelle.

Vaccination contre les infections cancérogènes

96. *Indicateur* : vaccination contre les infections cancérogènes : infection à papillomavirus humain et hépatite B.

97. *Pertinence pour la santé publique* : au niveau mondial, on estimait à 694 000 le nombre des décès par cancer du foie en 2008 (477 000 chez l'homme et 217 000 chez la femme) et, en raison de son taux de létalité élevé (rapport global de la mortalité à l'incidence de 0,93), le cancer du foie est la troisième cause la plus fréquente de décès par cancer dans le monde. Le virus de l'hépatite B (HBV) est à l'origine de 54 % des cas de cancer du foie dans le monde (59 % dans les pays en développement). En outre, le HBV conduit aussi à une cirrhose du foie et on estime au total à 600 000 le nombre de décès annuels consécutifs à des infections chroniques par le HBV, principalement dus à la cirrhose et au cancer du foie. L'infection chronique à HBV entraîne un risque de 15 à 25 % de décès prématuré par cirrhose et cancer du foie liés au HBV. Un vaccin sûr et efficace contre l'infection chronique par le HBV est disponible et l'OMS recommande de l'ajouter aux programmes de vaccination des nourrissons. La stratégie essentielle pour atteindre l'objectif est la vaccination universelle par trois doses du vaccin contre l'hépatite B, la première dose devant être administrée dans les 24 heures suivant la naissance.

98. On dénombre près d'un demi-million de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus chaque année. Le cancer du col est causé par certains types de papillomavirus humain (HPV) et constitue le cancer le plus fréquent affectant la femme dans les pays en développement. L'utilisation de deux vaccins anti-HPV a été approuvée dans de nombreux pays. Les résultats des essais cliniques montrent que ces deux vaccins sont sûrs et efficaces et permettent de prévenir les infections des deux types de HPV qui causent le plus de cas de cancer et de lésions précancéreuses du col.

99. *Sélection de l'indicateur* : la prévention du cancer du foie par la vaccination anti-hépatite B figure parmi les options les plus rentables recommandées par l'OMS. La vaccination anti-HPV peut être très rentable si elle est offerte à un prix inférieur à \$1,10 par jeune fille vaccinée.

100. *Disponibilité des données de base, questions concernant la mesure et conditions* : les données sur le HPV et le HBV sont tirées d'enquêtes de prévalence effectuées dans le cadre du suivi des programmes de vaccination nationaux. L'enquête sur les vaccinations OMS/UNICEF et les bases de données des programmes nationaux de vaccination permettent de dégager des données sur la couverture concernant un nombre significatif de pays.

PARTIE 2 : CIBLES MONDIALES VOLONTAIRES

101. Le Tableau 2 ci-dessous contient des exemples de cibles mondiales volontaires soumis à l'examen des États Membres au cours des réunions des six Comités régionaux comme l'a demandé

l'Assemblée mondiale de la Santé dans la décision WHA65(8). En atteignant certaines de ces cibles d'ici 2025, on réaliserait un progrès important dans la lutte contre les maladies non transmissibles.

102. Un nombre limité de cibles fournira une base pour les besoins mondiaux de la surveillance. Le paragraphe 63 de la Déclaration politique invite instamment les États Membres à envisager la mise en place de cibles nationales fondées sur les situations nationales, suivant les recommandations fournies par l'OMS, afin d'évaluer les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et déterminants, ce qui contribuera aussi à atteindre les cibles mondiales.

Critères de sélection des indicateurs et des cibles dans le cadre de suivi mondial

103. Les cibles possibles énumérées ci-dessous ont été évaluées compte tenu des critères suivants :

- i) Pertinence élevée du point de vue épidémiologique et pour la santé publique.
- ii) Cohérence avec les principales stratégies, notamment les priorités de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et son Plan d'action, la Déclaration politique et le cadre de l'OMS pour les priorités des systèmes de santé dans le suivi de l'exposition, des issues et de la réponse des systèmes de santé.
- iii) Disponibilité d'interventions efficaces et réalisables de santé publique fondées sur des bases factuelles.
- iv) Éléments indiquant que les interventions sont réalisables au niveau des pays, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- v) Existence d'instruments de collecte de données non ambiguës et possibilité de fixer une base et de suivre l'évolution de la situation dans le temps.

104. En calculant ces cibles, les résultats historiques du 10^e centile supérieur des pays ont été évalués pour contribuer à fixer le niveau de résultat jugé possible. Les bases standardisées selon l'âge pour 2010 seront fixées par l'OMS pour toutes les cibles sur la base des données disponibles et des méthodes d'estimation permettant de combler les lacunes des données comme celles décrites dans le Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010.¹ Les cibles intérimaires pour 2015 et 2020 seront fixées une fois que les cibles mondiales finales auront été définies par les États Membres. Les cibles doivent être atteintes en 2025 et figurent dans l'ordre alphabétique anglais pour chaque composante du cadre de suivi mondial.

¹ Les cibles de prévalence sont standardisées selon l'âge afin d'écartier les effets potentiels sur la mortalité ou la prévalence fondés sur les différentes distributions par âge selon les populations et dans le temps, et les données qui seront notifiées à l'avenir concernant l'ensemble des indicateurs seront standardisées selon l'âge. Sans cela, on ne distinguerait pas si les différences entre les taux ou la prévalence sont dues à l'âge ou à d'autres facteurs.

Tableau 2. Exemples de cibles mondiales volontaires (avec les indicateurs et sources de données)

Cibles concernant les issues	Indicateur	Source(s) de données
1. Mortalité prématurée par maladies non transmissibles		
Réduction relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardio-vasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une affection respiratoire chronique	Système d'enregistrement de l'état civil avec certification médicale de la cause du décès ou enquête avec autopsie verbale
Cibles concernant l'exposition	Indicateur	Source(s) de données
2. Alcool		
Réduction relative de 10 % de la consommation globale d'alcool (y compris la consommation dangereuse et nocive)	Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par personne de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur	Statistiques officielles et systèmes de notification de la production, de l'importation, de l'exportation et données sur les ventes ou la taxation
3. Apport en graisses		
Réduction relative de 15 % de la proportion moyenne de l'apport énergétique total en acides gras saturés dans le but d'atteindre le niveau recommandé de moins de 10 % de l'apport énergétique total	Proportion moyenne standardisée selon l'âge de l'apport énergétique total en acides gras saturés chez les personnes de 18 ans et plus	Enquête nationale
4. Obésité		
Arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité	Prévalence standardisée selon l'âge de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus	Enquête nationale (avec mesure)
5. Sédentarité		
Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante	Prévalence standardisée selon l'âge de l'activité physique insuffisante chez les personnes de 18 ans et plus	Enquête nationale
6. Hypertension		
Réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension	Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension chez les personnes de 18 ans et plus	Enquête nationale (avec mesure)
7. Hypercholestérolémie		
Réduction relative de 20 % de la prévalence de l'hypercholestérolémie totale	Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie chez les personnes de 18 ans et plus	Enquête nationale (avec mesure)
8. Apport en sel/sodium		
Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel dans la population dans le but d'atteindre le niveau recommandé de moins de 5 grammes par jour	Apport moyen standardisé selon l'âge chez les personnes de 18 ans et plus en sel par jour	Enquête nationale (avec mesure)

Cibles concernant l'exposition	Indicateur	Source(s) de données
9. Tabac		
Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel	Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans et plus	Enquête nationale
Cibles concernant la réponse des systèmes de santé	Indicateur	Source(s) de données
10. Chimio prophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux		
50 % des personnes qui en ont besoin bénéficient d'une chimio prophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que de conseils	Chimio prophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux (y compris pour le contrôle de la glycémie) et conseils à l'intention des personnes de 40 ans et plus ayant un risque cardio-vasculaire à 10 ans ≥ 30 % (y compris celles déjà atteintes d'une maladie cardio-vasculaire)	Enquête nationale
11. Médicaments essentiels contre les maladies non transmissibles et technologies de base contre les principales maladies non transmissibles		
80 % de disponibilité des technologies de base et médicaments génériques essentiels contre les principales maladies non transmissibles dans les établissements du secteur public et du secteur privé	Disponibilité de technologies de base et de médicaments génériques essentiels contre les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés, y compris les établissements de soins primaires	Données sur les établissements

Description détaillée des cibles à atteindre en 2025

105. On trouvera ci-dessous une description complète de chaque cible proposée, la justification et les moyens de l'atteindre. Sur la base de la décision WHA65(8) de l'Assemblée mondiale de la Santé, on a distingué les catégories suivantes : « cible adoptée », « cibles bénéficiant d'un vaste soutien », « cibles dont l'élaboration ultérieure bénéficie d'un appui ».

Cible adoptée

Mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles

106. *Cible* : réduction relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques.

107. *Fixation de la cible* : la cible envisagée d'une réduction relative de 25 % au cours de la période de 15 ans allant de 2010 à 2025 se fonde sur une analyse des tendances historiques de l'indicateur constatées au cours des dernières décennies. Pour fixer cette cible, on a analysé les données de 81 États Membres disposant de données d'état civil sur au moins 15 ans, de 1980 à 2010, répondant aux critères de qualité concernant l'exhaustivité et l'indication de la cause de décès. On a calculé le taux annuel moyen de baisse pour la probabilité inconditionnelle de mourir d'une des quatre causes

entre 30 et 70 ans (pour les deux sexes) pour chaque pays à partir des données disponibles au cours de cette période de 30 ans – calcul au 24^e centile supérieur des 81 pays (voir Figure 3). En partant de l'hypothèse prudente selon laquelle les autres États Membres ne disposant pas de données historiques de haute qualité se situeraient tous sous ce niveau, ce centile correspond au 10^e centile pour l'ensemble des États Membres et reflète une réduction annuelle moyenne de l'ordre de 2 %. La cible pour la période de 15 ans allant de 2010 à 2025 a donc été fixée à une réduction relative de 25 % (taux de baisse annuel de 2 % composé sur 15 ans).

Tableau 3. Espérance de vie régionale estimée et probabilité de décès entre 30 et 70 ans en 2009

	Espérance de vie à 30 ans (années)	Âge de décès prévu	Probabilité de décès (en %) entre l'âge de 30 ans et l'âge de 70 ans
Pays à revenu élevé	51,0	81,0	18
Pays à revenu faible ou intermédiaire			
Région africaine	35,5	65,5	54
Région des Amériques	47,2	77,2	26
Région de l'Asie du Sud-Est	41,5	71,5	39
Région européenne	42,0	72,0	39
Région de la Méditerranée orientale	42,5	72,5	36
Région du Pacifique occidental	45,9	75,9	27

Source : Tables de survie de l'OMS pour 2009 (Statistiques sanitaires mondiales 2011).

108. *Possibilité d'atteindre la cible* : l'expérience des pays les plus performants au cours de la période 1980-2010 a montré que des baisses très sensibles du taux de mortalité par maladies non transmissibles peuvent être obtenues et que la cible n'est pas hors de portée. Les options les plus rentables connues pour la prévention et le traitement peuvent conduire à des réductions très sensibles des taux de mortalité par les quatre grands groupes de maladies. Ainsi :

- i) L'OMS a estimé que les cinq principaux risques comportementaux et alimentaires – indice de masse corporelle élevé, faible consommation de fruits et légumes, sédentarité, tabagisme et consommation d'alcool – sont à l'origine de 30 % des décès par cancer.
- ii) L'OMS a estimé que huit facteurs de risque – usage nocif de l'alcool, tabagisme, hypertension, indice de masse corporelle élevé, hypercholestérolémie, hyperglycémie, apport faible en fruits et légumes et sédentarité – sont à l'origine de 61 % des décès par maladies cardio-vasculaires. Des réductions ultérieures de la mortalité peuvent être obtenues par des interventions des services de santé ciblant les personnes à haut risque cardio-vasculaire et les patients ayant connu un événement cardio-vasculaire aigu.
- iii) Environ 60 % des cas de diabète de l'adulte peuvent être évités en modifiant le mode de vie et des réductions ultérieures de la mortalité peuvent être obtenues grâce au diagnostic et au traitement.
- iv) Environ 60 % des décès par affections respiratoires chroniques sont imputables au tabagisme, ou à l'exposition à la fumée de combustibles solides à l'intérieur des habitations.

Cibles bénéficiant d'un vaste soutien

Hypertension

109. *Cible* : réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension (tension systolique ≥ 140 et/ou diastolique ≥ 90).

110. *Fixation de la cible* : la diminution en pourcentage qui est proposée se fonde sur l'expérience au cours de la période 1980-2010 concernant les réductions relatives obtenues par le 10^e centile supérieur des pays.

111. *Possibilité d'atteindre la cible* : cette cible doit être atteinte par : la mise en œuvre des interventions visant à réduire l'apport en sel ; la promotion de régimes alimentaires sains, notamment avec une consommation accrue de fruits et légumes et une réduction de l'apport en graisses saturées ; des efforts visant à réduire l'excès pondéral et l'obésité ; et le dépistage, la détection et le traitement de l'hypertension.

Tabagisme

112. *Cible* : réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme au niveau actuel.

113. *Fixation de la cible* : la diminution en pourcentage proposée est fondée sur des réductions de la prévalence du tabagisme qui peuvent être obtenues comme l'ont démontré certains pays à revenu élevé ou intermédiaire qui ont appliqué des programmes antitabac énergiques. Sur la base des données issues du Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, on a analysé les tendances des taux de prévalence du tabagisme pour les États Membres qui avaient appliqué des mesures déterminées de réduction de la demande au niveau le plus élevé. L'analyse a révélé que ces pays à revenu élevé ou intermédiaire ont obtenu une réduction annuelle en valeur absolue de l'ordre de 1 % de la prévalence du tabagisme. Un tel résultat entraînerait une réduction relative de 30 % d'ici 2025, une cible qui est donc considérée comme pouvant être atteinte.

114. *Possibilité d'atteindre la cible* : cette cible doit être atteinte par la mise en œuvre complète de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et en particulier des mesures de réduction de la demande au niveau le plus élevé concernant l'imposition des produits du tabac, l'utilisation d'étiquettes de mise en garde sanitaire de grande dimension, l'adoption de lois complètes sur la protection contre la fumée du tabac et l'interdiction de toute forme de publicité, de promotion et de parrainage.

Apport en sel/sodium

115. *Cible* : réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel dans la population, dans le but d'atteindre un niveau inférieur à 5 grammes par jour (environ 2 grammes de sodium).

116. *Fixation de la cible* : l'OMS recommande un apport de moins de 5 grammes par jour chez les personnes de 18 ans et plus pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. La diminution proposée est également fondée sur la recommandation de l'OMS pour la prévention des maladies cardio-vasculaires selon laquelle chacun doit être fortement encouragé à réduire l'apport quotidien en sel d'au moins un tiers. Sur la base des données disponibles, il est estimé que l'apport quotidien en sel est situé entre 9 et 12 grammes par jour.

117. *Possibilité d'atteindre la cible* : la cible doit être atteinte par des interventions de réduction de l'apport en sel, et notamment par des campagnes dans les médias visant à informer le consommateur et à lui donner les moyens d'effectuer des choix en connaissance de cause, ainsi que par une réduction de la teneur en sel des aliments préparés au moyen d'une reformulation des produits. Un nombre limité de pays a mis en œuvre des stratégies de réduction de l'apport en sel/sodium et les données provenant de ces pays (par exemple la Finlande et le Royaume-Uni) ont montré que sur une période de 7 à 10 ans une réduction de l'apport moyen en sel dans la population pouvant atteindre jusqu'à 30 % est possible. Plusieurs pays à revenu moyen ou faible appliquent déjà des stratégies de réduction de l'apport en sel/sodium ou ont l'intention de le faire dans un proche avenir.

Sédentarité

118. *Cible* : réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante.

119. *Fixation de la cible* : la diminution en pourcentage qui est proposée est fondée sur les réductions de la prévalence du nombre d'adultes trop sédentaires qu'il a été possible d'obtenir dans les pays ayant mis en œuvre des interventions de santé publique efficaces et réalisables visant à promouvoir l'activité physique chez l'adulte. Les exemples comprennent des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire. Le Canada est le pays qui applique depuis le plus longtemps des mesures au niveau national contre la sédentarité et les données montrent que de 1981 à 2002 les taux de participation sont passés de 21 à 42 %, une augmentation de 21 points de pourcentage au cours de la période. Au Brésil, les données relatives à l'activité physique montrent qu'entre 2002 et 2008, période au cours de laquelle se sont multipliées les mesures visant à accroître l'activité physique dans toute une série de cadres, la proportion d'adultes trop sédentaires a baissé de 6 %. Singapour et la Thaïlande ont obtenu des résultats comparables. Ces exemples montrent qu'un effet de l'ordre de 1 % par an peut être obtenu grâce à des mesures sur le plan national.

120. *Possibilité d'atteindre la cible* : une intervention essentielle pour atteindre la cible de la réduction de la sédentarité consiste à promouvoir l'activité physique dans les médias. Elle peut aussi être favorisée par l'application de recommandations nationales sur l'activité physique visant à ce que la marche, le cyclisme, le sport et les autres activités récréatives soient accessibles et sûres, et par d'autres types de politiques dans des secteurs tels que les transports, l'éducation, les sports et l'aménagement urbain. On peut promouvoir l'activité physique notamment dans les écoles, sur le lieu de travail ainsi qu'au niveau communautaire.

Cibles dont l'élaboration ultérieure bénéficie d'un appui

Obésité

121. *Cible* : arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité.

122. *Fixation de la cible* : la cible proposée est ambitieuse. Un examen des données des pays de 1980 à 2010 montre que la prévalence mondiale de l'obésité a doublé au cours de la période, ce qui traduit un besoin urgent d'une action mondiale.

123. *Possibilité d'atteindre la cible* : cette cible doit être atteinte par un ensemble complet de mesures visant à assurer un équilibre énergétique optimal en stimulant une alimentation plus saine et une activité physique accrue dès le plus jeune âge. La base factuelle relative aux interventions réalisables à l'échelle nationale qui ont permis d'inverser les tendances actuelles n'est pas encore clairement établie. En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté dans sa résolution

WHA65.6 une cible mondiale pour stopper d'ici 2025 l'augmentation de l'excès pondéral de l'enfant de moins de cinq ans et du nourrisson. Comme il apparaît que l'excès pondéral et l'obésité ont tendance à se maintenir tout au long de la vie, l'arrêt de l'augmentation de l'excès pondéral chez le nourrisson et le jeune enfant et des mesures pour éviter l'excès pondéral et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent s'imposent si l'on veut atteindre la cible pour l'adulte en 2025.

Apport en graisses

124. *Cible* : réduction relative de 15 % de la proportion moyenne de l'apport énergétique total en acides gras saturés dans le but d'atteindre le niveau recommandé de moins de 10 % de l'apport énergétique total.

125. *Fixation de la cible* : la baisse de 15 % est fondée sur les réductions absolues de 3 à 9 % de l'apport énergétique en acides gras saturés constatées à la suite de stratégies diversifiées dans la population sur des périodes de 5 à 30 ans. En Finlande, l'apport en acides gras saturés a été ramené de 22 % en 1972 à 13 % en 2007 grâce à une consommation accrue de lait écrémé au lieu de lait entier, à la consommation de margarine à faible teneur en graisses fabriquée avec de l'huile de canola et à la consommation de fromages pauvres en graisses. L'Islande a réduit la consommation de graisses saturées principalement dans le lait et les produits laitiers, le beurre, l'agneau et la margarine, ce qui a permis de ramener l'apport total énergétique en graisses de 40 à 36 %. À Maurice, on a obtenu une réduction de 3,5 % de l'apport énergétique en acides gras saturés en modifiant le type d'huile le plus souvent utilisé pour la cuisson, l'huile de palme étant remplacée par l'huile de soja. En Pologne, la suppression des subventions en faveur du beurre et du lard au début des années 1990 a favorisé un transfert de la consommation vers les huiles végétales et entraîné une réduction de 7 % de l'apport en acides gras saturés et une augmentation du rapport des acides gras polyinsaturés aux acides gras saturés qui est passé de 0,33 en 1990 à 0,56 en 1999.

126. *Possibilité d'atteindre la cible* : cette cible doit être atteinte en introduisant des politiques visant à accroître la consommation de produits contenant moins d'acides gras saturés et à remplacer les acides gras saturés par des acides gras polyinsaturés.

Alcool

127. *Cible* : réduction relative de 10 % de la consommation globale d'alcool (y compris la consommation dangereuse et néfaste).

128. *Fixation de la cible* : la réduction visée de 10 % de la consommation globale d'alcool est compatible avec les réalisations obtenues dans un nombre non négligeable de pays. Selon les données de l'OMS, de 1990 à 2005, la consommation d'alcool par personne a diminué dans 46 pays dont l'Argentine, le Canada, le Chili, la France, l'Italie, la Nouvelle-Zélande et la Suisse. Au cours de cette période, la consommation d'alcool a diminué dans 17 pays européens dans une proportion allant de 13 % à 47 %. Quelque 70 pays ont vu la consommation par personne augmenter au cours de la période 1990-2005 dans une proportion allant de 10 % à plus de 100 %. Inverser cette tendance est une cible légitime pour les pays confrontés à une augmentation régulière de la consommation d'alcool. On estime que la réduction relative de 10 % de la consommation globale d'alcool permettra d'éviter 43 000 décès et 670 000 DALY dans le monde imputables aux maladies non transmissibles parmi les personnes de 15 à 64 ans. Si les troubles neuropsychiatriques étaient également pris en compte, le nombre de décès évités et de DALY augmenterait sensiblement et le nombre des DALY évitées serait plus de trois fois plus important.

129. *Possibilité d'atteindre la cible* : cette cible doit être atteinte en appliquant et en imposant des politiques efficaces et rentables contre l'alcool, ainsi que par des mesures concertées et appropriées de toutes les parties prenantes conformément à la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Hypercholestérolémie totale

130. *Cible* : réduction relative de 20 % de la prévalence de l'hypercholestérolémie totale (5,0 mmol/l ou 190 mg/dl ou plus).

131. *Fixation de la cible* : la réduction en pourcentage proposée est fondée sur l'expérience historique de 1980 à 2010 des réductions relatives obtenues par le 10^e centile supérieur des pays.

132. *Possibilité d'atteindre la cible* : cette cible doit être atteinte : par des régimes alimentaires qui encouragent une consommation accrue de fruits et légumes et diminuent l'apport en graisses saturées ; par des efforts visant à réduire l'excès pondéral et l'obésité ; par la promotion d'une activité physique accrue ; et par le dépistage, la détection et le traitement de l'hyperlipidémie.

Disponibilité de médicaments génériques essentiels et de technologies de base pour traiter les principales maladies non transmissibles

133. *Cible* : 80 % de disponibilité des technologies de base et médicaments génériques essentiels contre les principales maladies non transmissibles dans les établissements du secteur public et du secteur privé.

134. *Fixation de la cible* : la cible de 80 % de disponibilité a été utilisée dans le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS pour 2008-2013 et la Stratégie du Programme des médicaments essentiels de 2008 à 2013.

135. *Possibilité d'atteindre la cible* : le niveau de 80 % a déjà été atteint par de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire pour les vaccins, les antirétroviraux, les antituberculeux et les antipaludiques. Une volonté politique et un financement suffisant peuvent permettre d'atteindre l'accès universel aux médicaments génériques essentiels contre les maladies non transmissibles.

Chimioprophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux

136. *Cible* : 50 % des personnes qui en ont besoin bénéficient d'une chimioprophylaxie contre les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux ainsi que de conseils.

137. *Fixation de la cible* : l'expérience des pays à revenu élevé présentant des taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires en baisse montre qu'environ 50 % de la diminution peut être attribuée à la réduction du risque cardio-vasculaire par un traitement, y compris la prévention secondaire.

138. *Possibilité d'atteindre la cible* : la cible sera atteinte en renforçant les soins primaires de dépistage et de traitement précoces en cas de maladie cardio-vasculaire ou chez les sujets à haut risque en utilisant le diabète et l'hypertension comme points d'entrée.

= = =