Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB138/10**
Cent trente-huitième session **15 décembre 2015**
Point 6.3 de l'ordre du jour provisoire

Lutte contre les maladies non transmissibles : suivi des tâches confiées en préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2018

Rapport du Directeur général

1. En préparation d'un bilan global, à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018, des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles, ce rapport rend compte de l'état d'avancement des tâches spécifiques confiées au Secrétariat dans la résolution WHA66.10 (2013) de l'Assemblée mondiale de la Santé, la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies et la résolution 2014/10 du Conseil économique et social des Nations Unies.

TÂCHES SPÉCIFIQUES AU NIVEAU MONDIAL

2. Les tâches spécifiques confiées à l'OMS sont les suivantes :

- présenter des rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et sur la voie des neufs cibles volontaires mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

- proposer une version actualisée de l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;

- élaborer une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier les contributions d'acteurs non étatiques à la réalisation des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale ;

- élaborer un code-objet pour suivre l'aide publique au développement pour les maladies non transmissibles ;

- faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan de travail 2014-2015 du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

- faire rapport sur les progrès accomplis par l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

– donner les grandes lignes du rapport que le Directeur général présentera au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies dans la perspective d'un bilan global lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018.

Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020

3. Pour donner suite au paragraphe 3.9) de la résolution WHA66.10, le Directeur général présente ci-après le rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 pendant la période allant de mai 2013 à octobre 2015, pour examen par le Conseil exécutif avant sa transmission à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport figure à l'annexe 1.

4. Pour donner suite au paragraphe 3.10) de la résolution WHA66.10, le Directeur général présente ci-après une proposition de processus pour actualiser, en 2016, l'appendice 3 du Plan d'action mondial. Celle-ci figure à l'annexe 2.

Mécanisme mondial OMS de suivi des maladies non transmissibles

5. Pour donner suite au paragraphe 3.9) de la résolution WHA66.10, le Directeur général présente ci-après le rapport sur les progrès accomplis en 2015 sur la voie des neufs cibles volontaires mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles, pour examen par le Conseil exécutif avant sa transmission à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport figure à l'annexe 3.

Approche pouvant être utilisée pour enregistrer et publier des contributions d'acteurs non étatiques à la réalisation des neuf cibles volontaires mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles

6. Pour donner suite au paragraphe 37 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Directeur général décrit ci-après comment on pourrait élaborer, en 2016, une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier des contributions d'acteurs non étatiques à la réalisation des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, pour examen par le Conseil exécutif à sa cent quarantième session avant transmission à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé. L'élaboration de cette approche est présentée à l'annexe 4.

Suivi de l'aide publique au développement pour les maladies non transmissibles

7. À l'appui du paragraphe 33 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Secrétariat élabore actuellement un projet de document technique sur un code-objet pour suivre l'aide publique au développement pour les maladies non transmissibles, que les membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) voudront peut être examiner en 2016. Le Secrétariat envisage de mener au premier trimestre 2016 une consultation en ligne afin de recueillir des observations sur l'avant-projet auprès des États Membres, des organes du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales, de la société civile, des milieux universitaires, du secteur privé et des fondations philanthropiques. Le Secrétariat se servira des résultats de la consultation pour établir un projet de document technique pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée de la Santé.

Mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles

8. Conformément au paragraphe 14 du mandat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, le Directeur général présente ci-après le rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des mesures prévues dans le plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la période 2014-2015, pour examen par le Conseil exécutif avant sa transmission à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport figure à l'annexe 5.

Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

9. Dans sa résolution 2015/8, le Conseil économique et social des Nations Unies a pris note du rapport du Directeur général de l'OMS sur l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, présenté en vertu du paragraphe 3 de sa résolution 2014/10, et prié le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies de lui faire rapport, à sa session de 2016, sur les progrès réalisés. L'avancement des travaux de l'équipe spéciale entre avril et novembre 2015 est exposé à l'annexe 6.

Rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies

10. Au paragraphe 38 de sa résolution 68/300, l'Assemblée générale des Nations Unies a prié le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, agissant en collaboration avec les États Membres, l'Organisation mondiale de la Santé et les fonds, programmes et institutions spécialisées pertinents du système des Nations Unies, de soumettre à l'Assemblée générale, avant la fin de 2017, pour examen par les États Membres, un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles[1] et de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,[2] en prévision d'un bilan global, en 2018, des progrès accomplis en la matière. L'annexe 7 indique les caractéristiques du rapport que le Directeur général présentera au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

RAPPORT 2015 DE L'OMS SUR LE SUIVI DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

11. La Déclaration politique de 2011 et le document final de 2014 ont dessiné la voie à suivre pour élaborer des initiatives nationales contre les maladies non transmissibles. Le document final présente quatre mesures assorties de délais que les ministres se sont engagés à traiter comme des priorités en 2015 et 2016, dans la perspective de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2018 :

- d'ici à 2015, envisager de fixer des cibles nationales pour 2025 et d'établir des indicateurs de processus, en fonction des situations nationales, en tenant compte des neuf cibles volontaires mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

[1] Résolution 68/300 (2014) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

[2] Résolution 66/2 (2011) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- d'ici à 2015, envisager d'élaborer des politiques et plans multisectoriels nationaux ou de renforcer ceux existants pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2025, en tenant compte du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

- d'ici à 2016, selon qu'il conviendra, réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles et les déterminants sociaux sous-jacents en mettant en œuvre des interventions et des mesures propres à créer des environnements favorables à la santé, sur la base des orientations énoncées à l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;

- d'ici à 2016, selon qu'il conviendra, renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle tout au long de la vie, comme indiqué à l'appendice 3 du Plan d'action mondial.

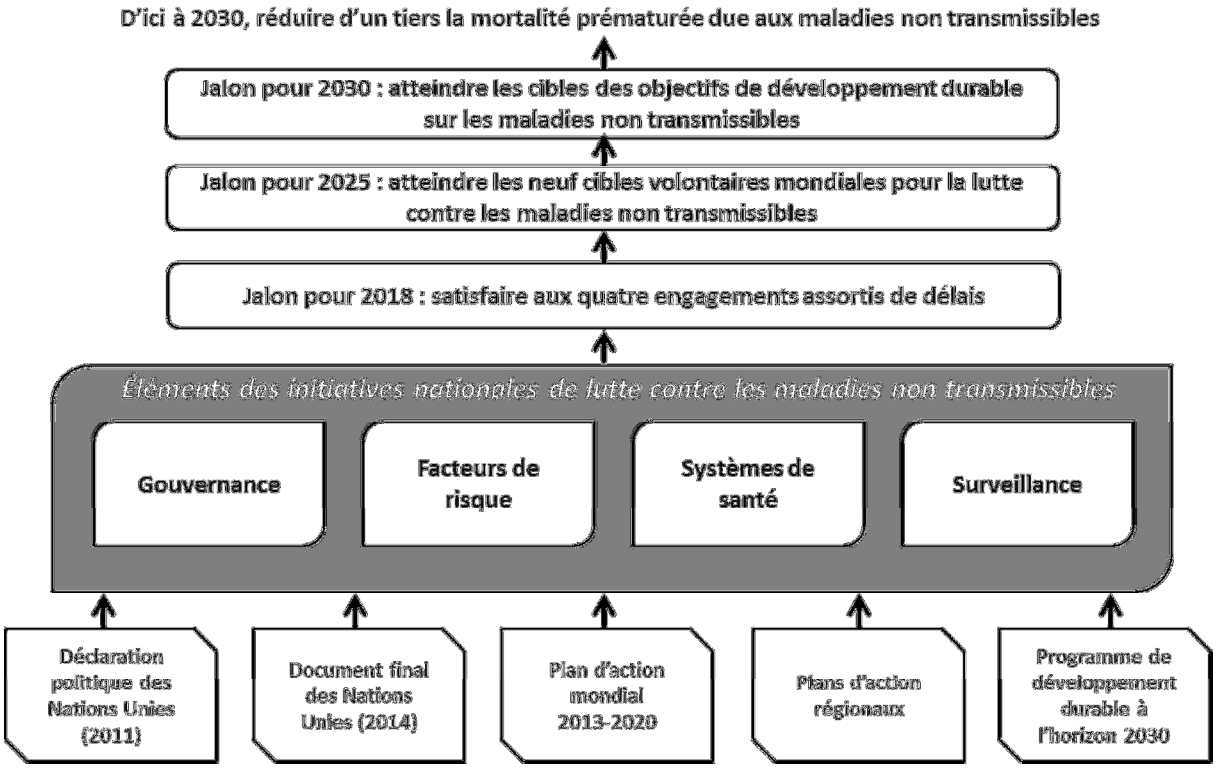
12. L'OMS a présenté officiellement son rapport de suivi 2015 des progrès de la lutte contre les maladies non transmissibles lors du Sommet des Nations Unies sur le développement durable qui s'est tenu à New York le 25 septembre 2015. Le rapport de suivi indique la mesure dans laquelle les 194 États Membres s'acquittent de ces quatre engagements assortis de délais, conformément à une note technique publiée par le Directeur général le 1er mai 2015.[1]

MESURES PRIORITAIRES POUR LES ÉTATS MEMBRES

13. Dans la perspective de la Troisième Réunion de haut niveau, en 2018, les États Membres sont encouragés à accélérer la mise en œuvre de ces engagements. À long terme, ils sont encouragés à renforcer les initiatives nationales qui contribuent à la cible mondiale des objectifs de développement durable consistant, d'ici à 2030, à réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles (Figure 1).

[1] http://www.who.int/nmh/events/2015/getting-to-2018/en/.

Figure 1. Les objectifs de développement durable et les neuf cibles volontaires à atteindre à l'échelle mondiale pour lutter contre les maladies non transmissibles



MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

14. Le Conseil est invité à examiner le projet de résolution suivant :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport intitulé « Lutte contre les maladies non transmissibles : suivi des tâches confiées en préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2018 »,[1]

[1] Document EB138/10.

RECOMMANDE à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1. Ayant examiné le rapport intitulé « Lutte contre les maladies non transmissibles : suivi des tâches confiées en préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2018 » ;

PP2. Rappelant la résolution WHA66.10, les résolutions 66/2, 68/300, 69/313 et 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies et les résolutions 2013/12, 2014/10 et 2015/8 du Conseil économique et social des Nations Unies,

(OP)1. PREND NOTE du processus tendant à actualiser, en 2016, l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

(OP)2. APPROUVE le processus tendant à continuer d'élaborer, en 2016, une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier des contributions d'acteurs non étatiques à la réalisation des neuf cibles volontaires mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

(OP)3. INVITE INSTAMMENT les États Membres à continuer de mettre en œuvre la feuille de route pour les engagements nationaux figurant dans les résolutions 66/2 et 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, y compris les quatre engagements nationaux pour 2015 et 2016, dans la perspective d'une Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en 2018, en tenant compte de la note technique publiée par l'OMS le 1er mai 2015, qui fixe les indicateurs de suivi des progrès que le Directeur général utilisera pour faire rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2017, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements nationaux ;

(OP)4. PRIE le Directeur général :

(OP)4.1 de présenter une version actualisée de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à l'Assemblée de la Santé en 2017, conformément au calendrier présenté à l'annexe 2 de ce rapport ;

(OP)4.2 de présenter une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier les contributions d'acteurs non étatiques par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à l'Assemblée de la Santé en 2017, conformément au calendrier de l'annexe 4 de ce rapport.

ANNEXE 1

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2013-2020 PENDANT LA PÉRIODE ALLANT DE MAI 2013 À OCTOBRE 2015

1. Ce rapport dépeint les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 pendant la période allant de mai 2013 à octobre 2015.

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LES ÉTATS MEMBRES

2. La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé neuf indicateurs de processus pour l'établissement des rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial 2013-2020, les chiffres de référence étant ceux de l'année 2010.[1] Comme en 2010, le Secrétariat a mené une enquête mondiale sur les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles. Celle-ci a permis de recueillir des données sur la plupart des indicateurs de processus ; pour les autres, les données déjà collectées par l'OMS dans ses rapports habituels ont été employées.

Tableau. Enquêtes mondiales sur les capacités de lutte contre les maladies non transmissibles

Nombre	Indicateur du Plan d'action mondial[2]	2010	2015
1	Nombre de pays disposant au moins d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le), multisectoriel(le), national(e) sur les maladies non transmissibles qui englobe plusieurs maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque communs, conformément aux plans d'action mondial/régionaux contre les maladies non transmissibles 2013-2020.	30/166 (18 %)[a]	61/166 (37 %)
2	Nombre de pays disposant d'au moins une unité/un service/un département opérationnel(le) chargé(e) des maladies non transmissibles au sein du ministère de la santé ou une entité équivalente.	88/166 (53 %)[b]	110/166 (66 %)
3a	Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) pour réduire l'usage nocif de l'alcool, selon qu'il conviendra dans le contexte national.	80/166 (48 %)	111/166 (67 %)
3b	Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) en vue de lutter contre la sédentarité et/ou de promouvoir l'exercice physique.	91/166 (55 %)	119/166 (72%)

[a] Le mot « multisectoriel » ne figurait pas dans le questionnaire de l'enquête sur les capacités de 2010.

[b] Pour le financement des maladies non transmissibles, le questionnaire de 2010 abordait les domaines suivants : « traitement et maîtrise », « prévention et promotion de la santé » et « surveillance, suivi et évaluation », tandis que celui de 2015 incluait les suivants : « prévention primaire », « promotion de la santé », « détection précoce/dépistage », « soins de santé et traitement » et « surveillance, suivi et évaluation ».

[1] Voir les procès-verbaux de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Commission A, dix-septième séance, section 2 (document WHA67/2014/REC/3).

[2] Voir le document A67/14, annexe 4, appendice.

Nombre	Indicateur du Plan d'action mondial[2]	2010	2015
3c	Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) conforme à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire la charge du tabagisme.	109/166 (66 %)	135/166 (81 %)
3d	Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) en vue de lutter contre la mauvaise alimentation et/ou de promouvoir une alimentation saine.	99/166 (60 %)	123/166 (74 %)
4	Nombre de pays disposant de lignes directrices/protocoles/normes fondé(e)s sur des bases factuelles et reconnu(e)s/approuvé(e)s par les pouvoirs publics ou les autorités compétentes pour la prise en charge des principales maladies non transmissibles dans le cadre des soins primaires.	125/166 (75 %)	61/166 (37 %)[a]
5	Nombre de pays disposant d'une politique et d'un plan nationaux opérationnels sur les travaux de recherche relatifs aux maladies non transmissibles, y compris la recherche et l'évaluation communautaires concernant l'impact des interventions et des politiques.	PAS DE DONNÉES	60/166 (36 %)
6	Nombre de pays disposant de systèmes de surveillance et de suivi des maladies non transmissibles leur permettant de fournir des informations par rapport aux neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale.	60/166 (36 %)	48/166 (29 %)[b]

[a] Le questionnaire de 2010 incluait seulement les lignes directrices sur le diabète, tandis que celui de 2015 englobait celles relatives aux quatre principales maladies non transmissibles.

[b] La question sur la mortalité était formulée différemment dans le questionnaire de 2010 : il y était simplement demandé si la mortalité par cause imputable aux maladies non transmissibles figurait bien dans le système national de notification sanitaire. En outre, le sel n'était pas inclus dans la surveillance des facteurs de risque.

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX

3. Au niveau multilatéral, le Conseil économique et social des Nations Unies a accueilli avec satisfaction les deux rapports du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sur les progrès accomplis par l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,[1] reconnaissant les rôles de leadership et de coordination des travaux des autres organismes des Nations Unies qu'assume l'OMS dans l'assistance technique aux initiatives nationales de lutte contre les maladies non transmissibles. Les succès initiaux obtenus par de nombreuses équipes de pays des Nations Unies montrent que l'OMS est en mesure d'ouvrir des voies nouvelles.

[1] Rapports E/2014/55 et E/2015/53 du Conseil économique et social des Nations Unies.

4. Au niveau bilatéral, très peu de réponses ont été apportées aux demandes d'assistance technique visant à renforcer les capacités des ministères de la santé à exercer un rôle de leadership stratégique et de coordination dans l'élaboration des politiques sur les maladies non transmissibles et des initiatives nationales dans ce domaine. L'augmentation du volume de l'aide publique au développement depuis l'adoption du Consensus de Monterrey[1] en 2002 ne semble pas se traduire par des efforts concrets visant à renforcer la place des maladies non transmissibles dans la coopération bilatérale au développement. La demande faite au Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques de créer un code-objet pour suivre l'aide au développement consacrée à ces maladies montre qu'il est urgent de reconnaître cette lacune et d'y pallier.

5. Au niveau des acteurs non étatiques, les partenaires de la société civile, des fondations philanthropiques et des milieux universitaires ont beaucoup contribué à la mise en œuvre du Plan d'action mondial. La société civile, très mobilisée (y compris par l'intermédiaire de la NCD Alliance), les fondations philanthropiques comme la Fondation Bill et Melinda Gates et Bloomberg Philanthrophies, et les milieux universitaires (notamment par l'intermédiaire de la série du *Lancet* sur les maladies non transmissibles) se sont révélés un puissant moteur pour donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes d'action nationaux et internationaux. Les acteurs non étatiques ont également manifesté un vif intérêt pour participer au mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles. De plus, les entités du secteur privé sont toujours plus nombreuses à produire et à promouvoir des produits alimentaires sains. Hélas, dans la plupart des pays en développement, ceux-ci ne sont ni économiquement abordables, ni accessibles, ni disponibles.

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LE SECRÉTARIAT

Objectif 1. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

6. Le Secrétariat a publié en 2014 un deuxième rapport de situation mondial sur les maladies non transmissibles. Ce rapport présente les estimations de référence de 2010 sur la mortalité et les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles, par rapport auxquelles les progrès accomplis sur la voie des neuf cibles volontaires mondiales seront évalués. Il recense également les freins, les possibilités et les mesures prioritaires pour atteindre les neuf cibles. Le Secrétariat a également publié un rapport qui présente les recommandations issues du premier dialogue sur les maladies non transmissibles et la coopération au développement (Genève, 20-21 avril 2015) sur la manière d'encourager l'intégration des maladies non transmissibles dans les programmes et initiatives sur la coopération au développement, les objectifs de développement convenus au plan international, les politiques de développement économique, les cadres de développement durable et les stratégies de réduction de la pauvreté. Ce dialogue était organisé par le mécanisme mondial de coordination.

[1] Résolution 56/210 (2002) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays

7. Le Secrétariat a créé une page Web où figurent des liens vers l'ensemble des outils de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles.[1] Cette page est destinée à être la première référence pour les responsables de l'élaboration des politiques désireux d'élaborer des initiatives nationales dans ce domaine.

8. Afin de répondre plus rapidement aux demandes d'appui technique des États Membres, de combler les lacunes en matière de compétences, de réduire les coûts et de relever les défis de financement, un groupe d'orientation interne a été créé en 2013 sur le plan de travail unifié de l'Organisation pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Il inclut les trois niveaux de l'Organisation et se réunit tous les trois mois. S'appuyant sur la gestion axée sur les résultats, plus solidement ancrée dans le budget programme 2014-2015, le groupe a progressivement élaboré au sein du Secrétariat des modalités de travail plus efficaces, efficientes, réactives, objectives, transparentes et responsables.

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

Lutte antitabac

9. Dans le cadre des préparatifs du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, l'OMS a souligné que la taxation des produits du tabac permettrait d'obtenir des financements nationaux supplémentaires pour atteindre les cibles liées à la santé des ODD. À cet égard, le Secrétariat de l'OMS et le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ont conjointement rédigé la publication *The economic and health benefits of tobacco taxation*. En 2014, la Journée mondiale sans tabac s'est attachée à montrer que l'augmentation de la taxation du tabac est une politique gagnant-gagnant pour tous les États Membres. En 2015, son thème était la nécessité d'éliminer le commerce illicite du tabac. L'OMS collabore avec des représentants des ministères des finances de plus de 70 États Membres à travers le monde pour fournir une assistance technique sur la taxation du tabac.

10. Le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme est publié tous les deux ans. L'édition 2015 est consacrée à la fiscalité du tabac et propose une analyse approfondie de ces taxes dans tous les États Membres de l'OMS. Le rapport mondial de l'OMS sur les tendances du tabagisme 2000-2025 est un autre instrument majeur pour le dialogue stratégique. Les résultats montrent que, même si 35 pays sont en bonne voie pour atteindre la cible de réduction relative de 30 % du tabagisme actuel d'ici à 2025, la plupart n'y parviendront pas sans prendre de mesures de lutte antitabac au plus haut niveau.

11. Compte tenu des difficultés que posent les accords internationaux sur le commerce et l'investissement pour l'application de certaines mesures antitabac (comme le conditionnement neutre et les mises en garde explicites de grande taille) et conformément à la résolution WHA59.26, l'OMS a dispensé une formation et fourni un appui technique à 40 États Membres. Elle a également apporté un soutien technique à sept pays pour élaborer des plans nationaux en vue de contrer l'ingérence de

[1] http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/, consulté le 30 novembre 2015.

l'industrie du tabac. En partenariat avec l'UIT, l'OMS a élaboré des outils de sevrage mobiles à la fois innovants, rentables, personnalisés et interactifs en vue de réduire l'usage du tabac dans quatre États Membres.

12. L'OMS a prêté son concours à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, par l'intermédiaire du Secrétariat de la Convention, pour l'élaboration de directives sur les articles 6, 9 et 10 de la Convention. En outre, elle a publié l'Atlas GATS (Global Adult Tobacco Survey) 2015, la cinquième monographie sur les bases scientifiques de la réglementation des produits du tabac (*Report on the scientific basis of tobacco product regulation*) ainsi que des résumés de l'état des connaissances sur le tabagisme et la grossesse et sur le tabagisme et la démence.

Promouvoir l'alimentation saine et l'exercice physique

13. L'OMS a élaboré un ensemble d'outils pour réduire la consommation de sel. Un rapport d'une réunion technique d'experts sur les politiques fiscales sur l'alimentation a été publié afin de soutenir les États Membres désireux de mettre en place des politiques favorisant une alimentation saine. Des réseaux pour la réduction de la consommation de sel ont été créés dans plusieurs Régions en vue d'appuyer les initiatives nationales. Un soutien technique a aussi été apporté aux États Membres pour qu'ils élaborent des plans nationaux de réduction de la consommation de sel. Par ailleurs, le Secrétariat a mis au point des modèles de profils nutritionnels afin d'aider les pays à mettre en œuvre l'ensemble de recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Des activités de renforcement des capacités ont également été menées. De nombreux États Membres ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer des mesures fiscales en matière de commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.

14. Le Secrétariat a fourni un appui technique pour renforcer et actualiser les politiques et plans d'action nationaux sur la nutrition dans plusieurs États Membres. Le suivi des progrès nationaux a été effectué au moyen de la base de données mondiale OMS sur la mise en œuvre des interventions en matière de nutrition, qui couvre actuellement environ 4 000 politiques et interventions. En mars 2015, le Secrétariat a publié une directive actualisée sur l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant, et en juin 2015, il a établi la version finale des recommandations sur l'apport total en acides gras, acides gras saturés et acides gras trans.

15. Des outils ont été élaborés pour guider les États Membres désireux de promouvoir l'exercice physique, y compris un ensemble de politiques sur l'éducation physique de qualité destiné aux écoles, établi en collaboration avec l'UNESCO et d'autres partenaires, un ensemble d'outils de mise en œuvre sur les soins de santé primaires, le sport et les lieux de travail, et un outil d'audit des politiques. Plusieurs plans d'action régionaux sur l'exercice physique ont été élaborés, en tant que plan indépendant dans une Région, et comme composante de plans de prévention de l'obésité dans d'autres. Parallèlement, des campagnes régionales sur l'exercice physique ont été menées dans deux Régions. Une coopération technique a été engagée avec de nombreux États Membres dans les domaines de la planification des programmes d'exercice physique et du renforcement des capacités pour les interventions médiatiques et de marketing social.

Réduire l'usage nocif de l'alcool

16. Pour renforcer la capacité des ministères de la santé à diriger efficacement l'élaboration et la mise en œuvre des politiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, le Secrétariat a continué de soutenir le réseau des homologues nationaux de l'OMS en s'attachant à favoriser l'échange de

données d'expérience, à recenser les meilleures pratiques et à promouvoir des interventions d'un bon rapport coût/efficacité. Suite à la deuxième réunion du réseau mondial, l'OMS a organisé un atelier de renforcement des capacités sur les politiques de prix des boissons alcoolisées en Afrique du Sud. Des options efficaces pour réglementer la commercialisation des boissons alcoolisées, en particulier pour protéger les jeunes, ont été débattues lors d'une réunion d'experts organisée au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé en 2015. Suite à la présentation des données de référence pour les indicateurs relatifs à l'alcool, dans la deuxième édition du Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé (2014), une enquête mondiale sur les politiques en matière d'alcool a été menée en 2015. Un groupe thématique mondial des Nations Unies sur la réduction de l'usage nocif de l'alcool a également été créé en 2015 dans le cadre des travaux de l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

Objectif 4. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

17. Afin d'orienter les activités prioritaires du Secrétariat en matière de gestion des maladies non transmissibles dans les années à venir, le Secrétariat a organisé en 2015 quatre réunions techniques et stratégiques mondiales sur la prise en charge du cancer, du diabète, des affections respiratoires chroniques et des maladies cardiovasculaires. Une série de mesures prioritaires a été recensée pour chaque réunion, notamment l'élaboration d'orientations sur le dépistage du cancer dans la population, la rédaction d'un rapport mondial sur le diabète et la mise à jour des tableaux d'évaluation du risque cardiovasculaire. Plusieurs consultations régionales ont également été organisées sur les grandes questions liées à la prise en charge des maladies non transmissibles, y compris l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, les soins contre le cancer et l'approche des maladies cardiovasculaires fondée sur le risque total.

18. Le Secrétariat a continué de promouvoir une approche intégrée de la prise en charge des maladies non transmissibles, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle. L'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires a été actualisé en 2013 et complété par des orientations et des outils supplémentaires. Des éléments de cet instrument ont été adaptés en vue d'un usage dans certaines Régions de l'OMS. Par exemple, un calculateur électronique du risque de maladie cardiovasculaire a été élaboré dans la Région des Amériques à partir de la grille OMS d'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire. L'ensemble d'interventions est maintenant mis en œuvre dans 27 États Membres avec l'appui technique du Secrétariat.

19. Le Secrétariat a également élaboré plusieurs nouveaux outils et lignes directrices pour renforcer la mise en œuvre d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. Citons notamment des lignes directrices complètes sur la lutte contre le cancer du col de l'utérus ; une déclaration de l'OMS sur le dépistage par mammographie ; des critères de diagnostic et une classification pour l'hyperglycémie détectée pour la première fois pendant la grossesse ; un panorama mondial de l'hypertension ; lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement pour les sujets atteints d'hépatite B chronique ; des aide-mémoire actualisés sur les soins palliatifs, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive ; un ensemble d'outils pour faciliter l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies sanitaires contre les maladies non transmissibles ; et un outil pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les plans d'action multisectoriels nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles.

20. Le Secrétariat a fourni aux États Membres un soutien technique pour renforcer les réponses de leurs systèmes de santé face à certains problèmes liés aux maladies non transmissibles. Un appui a ainsi été apporté aux États Membres de la Région des Amériques pour la prise en charge du diabète, l'accent étant porté sur les communautés où vivent des populations vulnérables. De même, une aide a été fournie pour faire de la Barbade un site de démonstration pour le projet mondial sur le traitement standardisé de l'hypertension. Des missions d'examen et d'évaluation complets de la lutte contre le cancer au niveau national ont été menées conjointement avec l'AIEA et le CIRC dans 59 pays. Un soutien a également été apporté aux pays pour établir des registres des cancers et renforcer la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, le Secrétariat a organisé les réunions annuelles générales de l'Alliance mondiale contre les affections respiratoires chroniques, avec la participation de représentants de 25 pays et de nombreuses associations professionnelles et associations de patients.

21. Le vingtième Comité OMS d'experts de la sélection et de l'usage rationnel des médicaments essentiels a recommandé en avril 2015 d'ajouter 16 nouveaux médicaments contre le cancer à la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, et il a approuvé l'utilisation des 30 médicaments actuellement recensés parmi les schémas thérapeutiques d'efficacité cliniquement prouvée contre les maladies non transmissibles. En vue de renforcer les efforts visant une disponibilité de 80 % des technologies de base et médicaments essentiels à coût abordable nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles (y compris les génériques), le Secrétariat s'est assuré le concours des partenaires internationaux au moyen d'un document de réflexion et d'une consultation en ligne. Des enquêtes sur les prix, la disponibilité, l'accessibilité économique et les composantes de prix des médicaments contre les maladies non transmissibles ont été menées dans trois pays de la Région de la Méditerranée orientale. Dans la Région des Amériques, plus de 25 médicaments contre les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les affections respiratoires chroniques ont été inclus au Fonds stratégique de l'OPS, des accords à long terme étant passés avec des fabricants préqualifiés afin de bénéficier d'un prix unique pour chacun d'eux. Tous les États Membres de la Région ont désormais accès à ces médicaments.

22. Le Secrétariat a contribué aux travaux menés par le Comité international de la Croix-Rouge, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Médecins sans frontières, l'UNICEF, l'UNFPA et le HCR pour mettre à jour le kit sanitaire d'urgence interinstitutions 2011 destiné à être utilisé pendant les urgences humanitaires et les secours aux sinistrés. Son objectif était de garantir que les maladies non transmissibles sont prises en compte pendant la phase aigüe des interventions contre les catastrophes ou les situations d'urgence. Une note d'orientation a également été rédigée sur la façon dont les États Membres peuvent intégrer la lutte contre les maladies non transmissibles dans les interventions d'urgence. Une analyse de situation sur les soins contre les maladies non transmissibles prodigués aux réfugiés et déplacés syriens a été menée en Égypte, en Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Turquie.

Objectif 5. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les maladies non transmissibles

23. Le Secrétariat a organisé en mai 2015 une réunion spéciale de chercheurs éminents, de représentants d'organisations non gouvernementales internationales et de centres collaborateurs de l'OMS afin de définir des orientations stratégiques et des activités clés que l'OMS pourrait mettre en application en matière de recherche sur les maladies non transmissibles, en collaboration avec ses partenaires, au cours des trois prochaines années. Les conclusions de cette réunion permettront au Secrétariat d'établir un plan de travail 2016-2018 pour la mise en œuvre des mesures prévues au paragraphe 54 (recherche) du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, en tenant compte des engagements pris dans ce domaine dans les résolutions 66/2 et 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

24. L'OMS élabore actuellement un guide pratique sur la recherche opérationnelle en collaboration avec des experts internationaux, afin de guider les pays dans l'analyse des problèmes de santé, de produire de nouvelles données factuelles et de faire le lien entre les données factuelles existantes et les politiques, de fixer des priorités d'action, et d'étudier des approches novatrices pour transposer à plus grande échelle les interventions recommandées.

Objectif 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

25. Le Secrétariat a fourni un soutien technique et des orientations aux États Membres pour renforcer ou développer leurs systèmes de suivi ou de surveillance des maladies non transmissibles en ce qui concerne la mortalité, les facteurs de risque comportementaux et les facteurs de risque biologiques/métaboliques. Des missions techniques et des ateliers régionaux ont été organisés afin de fournir des conseils, un soutien et une formation aux États Membres qui mettent en place ou développent leurs systèmes de surveillance des facteurs de risque. Un appui a également été apporté aux États Membres afin qu'ils élaborent leurs cibles et indicateurs nationaux sur les maladies non transmissibles en se fondant sur les normes mondiales. À ce titre, des spécifications et des définitions détaillées ont été mises au point sur les indicateurs, et des outils ont été diffusés pour aider à fixer des cibles adaptées au contexte national.

26. De mai à août 2015, le Secrétariat a procédé au recensement exhaustif et à l'évaluation des capacités nationales à disposition des États Membres pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

ANNEXE 2

PROCESSUS POUR ACTUALISER, EN 2016, L'APPENDICE 3 DU PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2013-2020

CONTEXTE

1. L'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 consiste en une liste d'options de politique générale et d'interventions correspondant à chacun des six objectifs du plan. Ces 81 recommandations incluent 14 interventions considérées comme étant d'un « très bon rapport coût/efficacité » et « abordables » pour tous les États Membres (interventions *les plus rentables*)[1] ainsi que d'autres interventions d'un « bon rapport coût/efficacité » (interventions *rentables*).

2. Une consultation d'experts s'est tenue du 22 au 23 juin 2015 en vue de conseiller le Secrétariat sur une méthodologie pour actualiser l'appendice 3.[2] Parmi les participants figuraient des spécialistes de la méthodologie de l'évaluation économique et des experts de différents sujets. Dans leur recommandation au Secrétariat, les experts sont convenus que l'appendice 3 devrait être actualisé à la lumière des nouvelles données scientifiques. De même, il a été recommandé au Secrétariat de se servir du processus d'actualisation de l'appendice 3 pour renforcer la confiance du public et la transparence en classant les interventions d'un bon rapport coût/efficacité en deux catégories.

APPROCHE GLOBALE

3. Le Secrétariat actualisera l'appendice 3 en suivant l'approche ci-après :

a) La version actuelle de l'appendice 3 servira de point de départ.

b) Le processus employé sera transparent : un algorithme clair présentera quelles interventions ont été examinées et les modalités de leur classement (y compris pour celles qui ne figureront pas dans la version finale du texte).

c) Des améliorations seront apportées à la présentation du document afin de le rendre plus clair et de faciliter pour les États Membres l'évaluation des interventions à la lumière du contexte national (voir ci-dessous la section « Présentation de l'appendice 3 actualisé »).

d) Des informations et des orientations supplémentaires accompagneront l'appendice 3 actualisé pour mettre en perspective les problématiques liées à la mise en œuvre, aux systèmes de santé et à l'équité.

[1] Interventions permettant de gagner une année de vie en bonne santé pour un coût inférieur au revenu annuel moyen ou au produit intérieur brut par habitant.

[2] http://www.who.int/nmh/events/meeting-report-consultation-on-appendix-3-final.pdf?ua=1.

e) La liste d'interventions devra être actualisée de manière continue.

f) Une fois la liste des interventions établie, la page Web de l'OMS sur les outils de lutte contre les maladies non transmissibles sera actualisée.

INVENTAIRE DES INTERVENTIONS À ANALYSER

4. Les critères d'efficacité ci-après devraient être employés pour recenser les interventions à analyser :

a) Certaines interventions figurant dans la version actuelle de l'appendice 3 nécessitent une nouvelle analyse du rapport coût/efficacité en raison de nouvelles données ou de l'évolution des coûts.

b) Certaines interventions figurant dans la version actuelle de l'appendice 3 pourraient être remplacées par d'autres plus spécifiques.

c) Certaines interventions nouvelles qui ne figuraient pas à l'appendice 3 devraient être analysées en vue d'y être intégrées.

d) Sont concernées par cette analyse les interventions nouvelles répondant aux critères suivants :

- celles correspondant à des domaines d'intervention du Plan d'action mondial qui ne sont pas couverts dans la version actuelle de l'appendice 3 ;
- celles correspondant à des domaines couverts par de nouvelles lignes directrices de l'OMS publiées depuis 2011 ;
- d'autres interventions proposées par l'intermédiaire des consultations d'experts mondiales de l'OMS et des tableaux d'experts de l'OMS.

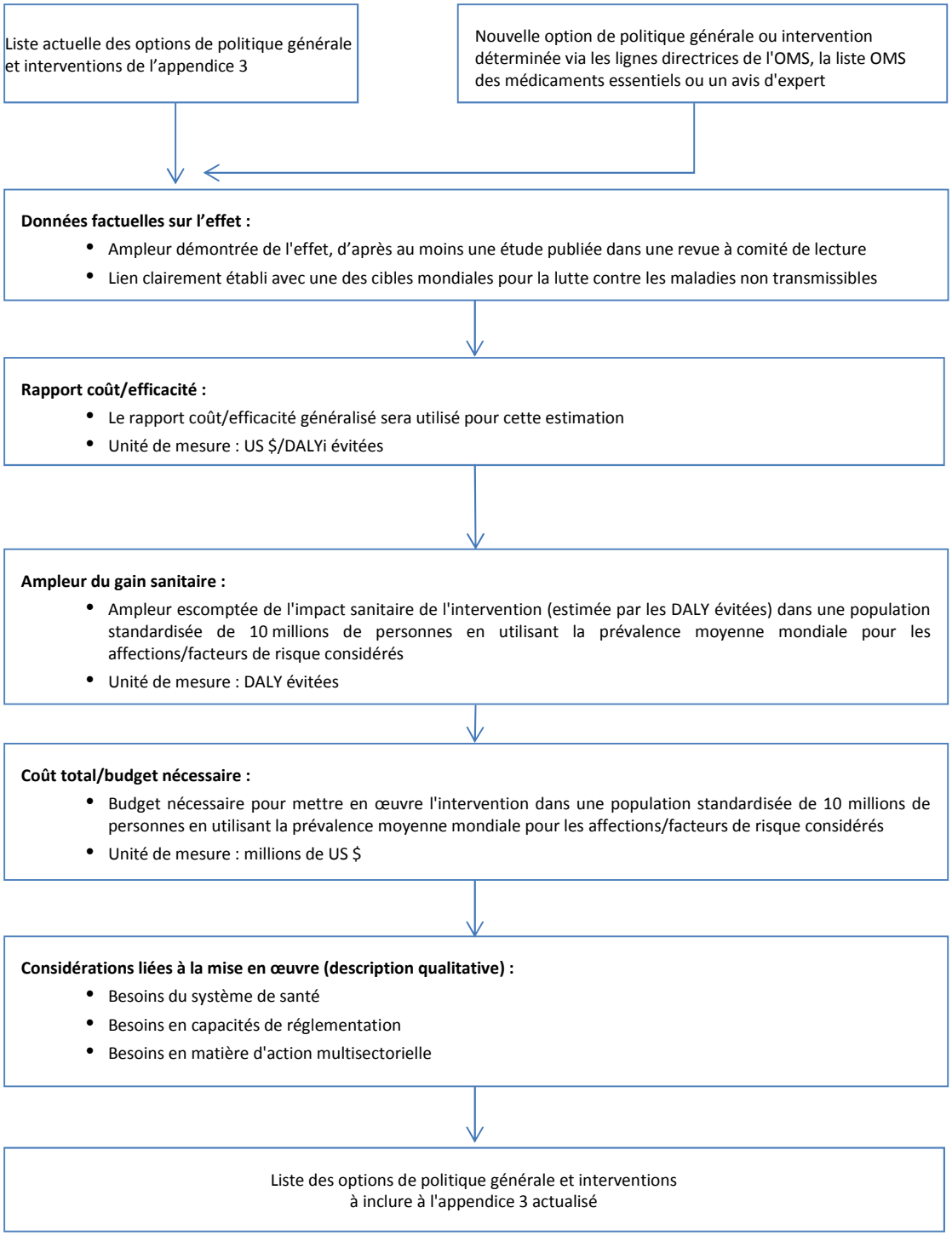
e) Pour qu'il soit envisagé de les analyser, toutes les nouvelles interventions doivent répondre aux critères d'efficacité suivants :

- l'ampleur de leur effet doit être démontré et quantifiable, d'après au moins une étude publiée dans une revue à comité de lecture ;
- elles doivent être clairement reliées à l'une des neuf cibles volontaires mondiales.

ANALYSE DES INTERVENTIONS

5. Pour les interventions qui répondent aux critères d'efficacité, les paramètres suivants seront examinés en se fondant sur l'algorithme présenté à la Figure 1.

Figure 1. Algorithme pour l'analyse des interventions



Rapport coût/efficacité

a) Il est admis qu'une analyse solide du rapport coût/efficacité est impossible pour certaines interventions. Celle-ci nécessite de pouvoir :

- évaluer l'impact sanitaire de l'ensemble des résultats escomptés ;
- modéliser les impacts sanitaires à toutes les étapes de la vie ;
- déterminer la fonction de coûts de l'intervention concernée.

b) Les interventions pour lesquelles une analyse solide du rapport coût/efficacité est jugée impossible à ce stade feront directement l'objet d'un examen des contraintes de mise en œuvre.

c) Les interventions pour lesquelles une analyse solide du rapport coût/efficacité est jugée possible seront examinées au moyen de la méthodologie d'analyse généralisée CHOICE.[1]

d) Les interventions seront classées en fonction de leur rapport coût/efficacité. Aucun seuil précis ne détermine si l'intervention présente (ou non) un « bon rapport coût/efficacité ». Des recommandations peuvent être formulées en se fondant sur le rapport coût/efficacité relatif des différentes options de politique générale ou interventions.

Ampleur du gain sanitaire

a) L'ampleur escomptée de l'impact de chaque intervention sur la santé de la population sera calculée sur la base du nombre total d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) évitées dans une population standardisée de 10 millions de personnes.

b) L'ampleur de l'effet de chaque intervention sera issue de la littérature publiée. Une méta-analyse des essais sera utilisée lorsque possible. Il faudra au minimum disposer d'une étude publiée montrant l'impact de l'intervention pour un résultat sanitaire quantifiable.

c) Le gain sanitaire sera évalué à l'aide d'un modèle épidémiologique incluant l'ensemble des résultats sanitaires sur lesquels l'intervention devrait avoir une incidence. Deux scénarios (avec intervention/sans intervention) seront comparés. La différence de DALY entre les deux scénarios correspond au gain sanitaire.

d) La prévalence des affections/facteurs de risque pertinents, fondée sur les moyennes mondiales ou sur les moyennes de chaque groupe de pays (revenu faible, revenu intermédiaire de la tranche inférieure, revenu intermédiaire de la tranche supérieure ou revenu élevé) sera appliquée à la population standardisée de 10 millions d'habitants. Les chiffres de prévalence utilisés seront donnés afin de permettre aux États Membres de comparer plus facilement l'estimation à leur situation nationale.

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/ (consulté le 29 novembre 2015).

Coût total/budget requis

a) Le coût total requis pour mettre en œuvre chaque intervention sera estimé en se fondant sur le coût de son application dans une population standardisée de 10 millions d'habitants.

b) Les coûts seront calculés en appliquant l'approche dite des « ingrédients ». Celle-ci consiste à recenser chaque élément nécessaire à la mise en œuvre de l'intervention (par exemple médicaments, seringues, formation de la police, élaboration d'une législation), à estimer une quantité (q) en fonction des lignes directrices de l'OMS ou de l'expérience du pays, et à déterminer un prix (p) pour chacun d'eux, en se servant de la base de données de prix CHOICE de l'OMS. On obtient le coût total en multipliant « p » par « q ».

c) La prévalence des affections/facteurs de risque pertinents, fondée sur les moyennes mondiales ou sur les moyennes de chaque groupe de pays (revenu faible, revenu intermédiaire de la tranche inférieure, revenu intermédiaire de la tranche supérieure ou revenu élevé) sera appliquée à la population standardisée de 10 millions d'habitants. Les chiffres de prévalence utilisés seront donnés afin de permettre aux États Membres de comparer plus facilement l'estimation à leur situation nationale.

Contraintes en matière de faisabilité/mise en œuvre

a) La faisabilité sera définie à l'aune des contraintes non financières de mise en œuvre. Cette dimension, plutôt que de fonder un jugement éliminatoire, sera prise en compte au moyen d'observations qualitatives. Celles-ci figureront dans le tableau des interventions de l'appendice 3 et indiqueront les principales considérations de mise en œuvre que les responsables de l'élaboration des politiques doivent garder à l'esprit (moyens du système de santé, capacités de réglementation, etc.).

b) Les dimensions supplémentaires de l'équité et de la protection contre le risque financier, ainsi qu'une analyse plus détaillée des contraintes de mise en œuvre, figureront dans un addendum qualitatif à l'appendice 3.

PRÉSENTATION DE L'APPENDICE 3 ACTUALISÉ

6. Une fois les interventions analysées, le Secrétariat examinera les options les plus adaptées pour présenter les informations destinées à guider les décisions de politique générale. La version actuelle de l'appendice 3 recense les interventions en fonction des six objectifs du Plan d'action mondial. Il est également possible :

a) de classer les interventions en fonction du rapport coût/efficacité ;

b) de les regrouper par type (mesures réglementaires et fiscales, prise en charge clinique, etc.).

ADDENDUM À L'APPENDICE 3 ACTUALISÉ

7. Il est recommandé d'ajouter un addendum à l'appendice 3 afin de pouvoir traiter un certain nombre de considérations importantes (problèmes de mise en œuvre selon les ressources disponibles ou le système de santé, questions d'équité, et nécessité d'une plus grande transparence concernant la méthodologie utilisée pour établir la liste d'interventions). Le Secrétariat serait chargé de déterminer le titre et le format de ce document, qui devrait quoi qu'il en soit aborder les questions ci-dessous.

Questions méthodologiques

a) Des informations techniques seraient communiquées sur le modèle CHOICE de l'OMS et la manière dont l'analyse coût/efficacité a été menée, y compris les hypothèses et les méthodes, ou un lien serait fourni vers des ressources en ligne où trouver ces renseignements.

b) La liste complète des interventions examinées en vue de leur inclusion, y compris celles qui ont révélé un mauvais rapport coût/efficacité, serait communiquée, ainsi qu'un algorithme présentant la manière dont les interventions ont passé les différents stades de l'analyse (voir la Figure 1).

c) Il faut aborder explicitement les cobénéfices multisectoriels des interventions susceptibles d'avoir de plus larges avantages sociaux en améliorant les résultats au-delà du secteur de la santé (par exemple l'amélioration des politiques de transports peut accroître la productivité économique en réduisant les embouteillages, ou l'augmentation de la fiscalité du tabac augmenter les recettes fiscales de l'État).

Questions de mise en œuvre

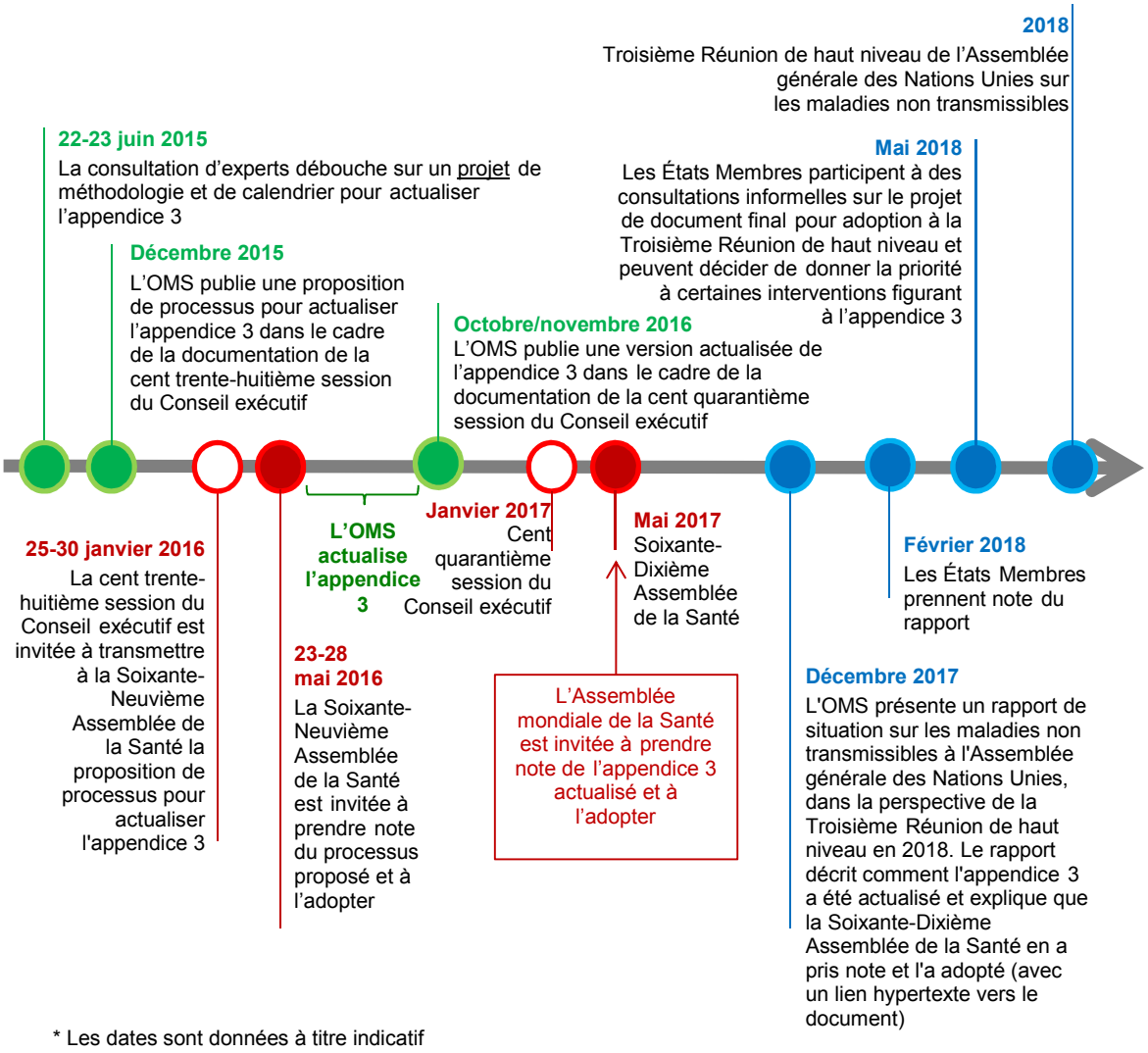
a) Les implications du point de vue de l'équité et de la protection contre le risque financier varient d'un pays à l'autre. C'est pourquoi l'on donnera des orientations générales sur l'application de ces principes, plutôt que des indications pour chaque option de politique générale ou intervention.

b) Afin de faciliter la bonne mise en œuvre des options de politique générale ou des interventions qui figurent à l'appendice 3, on pourrait élaborer un guide distinct pour les gestionnaires de programme tenant compte des différences au sein des populations.

CALENDRIER

8. Le calendrier pour l'actualisation de l'appendice 3 est présenté à la Figure 2.

Figure 2. Calendrier pour l'actualisation de l'appendice 3



* Les dates sont données à titre indicatif

ANNEXE 3

RAPPORT SUR LES PROGRÈS ACCOMPLIS EN 2015 SUR LA VOIE DES NEUF CIBLES VOLONTAIRES MONDIALES POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

1. Ce rapport présente les progrès accomplis en 2015 sur la voie des neuf cibles volontaires mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LES ÉTATS MEMBRES

2. Au paragraphe 1.2 de la résolution WHA66.10, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le cadre global mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles, comprenant une série de 25 indicateurs pouvant être appliqués aux niveaux régional et national pour suivre les tendances et évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles. Les progrès accomplis par les États Membres sur la voie des neuf cibles volontaires mondiales fixées pour 2025 sont résumés ci-dessous à la lumière des 15 indicateurs de base.

Élément du cadre	Cible	Indicateur	2010	2014
Mortalité et morbidité				
Mortalité prématurée due à une maladie non transmissible	1) Réduction relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques	1) Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une affection respiratoire chronique	20 %	19 %[1]

[1] Chiffre pour 2012.

Élément du cadre	Cible	Indicateur	2010	2014
Facteurs de risque				
Facteurs de risque comportementaux				
Usage nocif de l'alcool[1]	2) Baisse relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool,[2] selon qu'il convient dans le contexte national	3) Consommation totale (enregistrée et estimée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en une année civile, en litres d'alcool pur, selon qu'il convient dans le contexte national	6,4	6,3
		4) Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon qu'il convient dans le contexte national	6 % (adultes)	6 % (adultes)
		5) Morbidité et mortalité liées à l'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon qu'il convient dans le contexte national	PAS DE DONNÉES	PAS DE DONNÉES
Sédentarité	3) Réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'exercice physique	6) Prévalence du manque d'exercice physique chez les adolescents, défini comme une activité quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse d'une durée inférieure à 60 minutes	81 %	PAS DE DONNÉES
		7) Prévalence standardisée selon l'âge du manque d'exercice physique chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (défini comme une activité hebdomadaire d'intensité modérée d'une durée inférieure à 150 minutes ou équivalent)	23 %	PAS DE DONNÉES

[1] Les pays sélectionneront un ou plusieurs indicateurs en fonction de la situation nationale et conformément à la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, par exemple la prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool, la consommation totale d'alcool par habitant ou encore la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.

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

Élément du cadre	Cible	Indicateur	2010	2014
Apport de sel/sodium	4) Réduction relative de 30 % de l'apport moyen de sel/sodium dans la population[1]	8) Apport journalier moyen de sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	3,95 grammes par jour	PAS DE DONNÉES
Tabagisme	5) Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus	9) Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez l'adolescent 10) Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez l'adulte (18 ans ou plus)	15 %[2] Prévalence du tabagisme sans fumée : 6 % Prévalence du tabagisme chez l'adulte (18 ans ou plus) : 23,1 %	PAS DE DONNÉES La prévalence du tabagisme sans fumée n'est pas disponible Prévalence de la consommation de tabac chez l'adulte (18 ans ou plus) : 21,8 %
Facteurs de risque biologiques				
Hypertension artérielle	6) Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale	11) Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique ≥140 mmHg et/ou tension diastolique ≥90 mmHg) et tension systolique moyenne	23 %	22 %

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

[2] D'après les données de 67 pays ayant participé à une enquête mondiale sur les jeunes et le tabac en 2009, 2010 et 2011.

Élément du cadre	Cible	Indicateur	2010	2014
Diabète et obésité[1]	7) Arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité	12) Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie/du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (glycémie plasmatique à jeun ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant)	8 % PAS DE DONNÉES	9 % PAS DE DONNÉES
		13) Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent (définis de la manière suivante selon les normes OMS de croissance pour l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent : un écart type de l'indice de masse corporelle (IMC) en fonction de l'âge et du sexe, pour l'excès pondéral, et deux écarts types de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe, pour l'obésité)	11 % (obésité) 37 % (excès pondéral)	13 % (obésité) 39 % (excès pondéral)
		14) Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (IMC ≥25 kg/m² pour l'excès pondéral et ≥30 kg/m² pour l'obésité)		
Mesures prises par les systèmes nationaux				
Chimiothérapie pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux	8) Au moins 50 % des personnes remplissant les critères bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux	18) Proportion de personnes remplissant les critères (âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardiovasculaire dans les 10 ans ≥30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardiovasculaire) qui bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) dans le but de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux	PAS DE DONNÉES	PAS DE DONNÉES

[1] Les pays choisiront un ou plusieurs indicateurs adaptés au contexte national.

Élément du cadre	Cible	Indicateur	2010	2014
Médicaments essentiels et technologies de base pour traiter les principales maladies non transmissibles	9) Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés	19) Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels (génériques, y compris) de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et des technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	PAS DE DONNÉES	PAS DE DONNÉES

ANNEXE 4

ÉLABORATION D'UNE APPROCHE QUI PUISSE ÊTRE UTILISÉE POUR ENREGISTRER ET PUBLIER DES CONTRIBUTIONS D'ACTEURS NON ÉTATIQUES À LA RÉALISATION DES NEUF CIBLES VOLONTAIRES POUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

PORTÉE ET OBJET

1. Au paragraphe 37 de sa résolution 68/300, l'Assemblée générale des Nations Unies a demandé à l'OMS d'élaborer avant la fin de 2015, en consultation avec les États Membres, dans le contexte du mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et tout en assurant une protection suffisante contre les groupes d'intérêt, une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier des contributions du secteur privé, d'entités philanthropiques et de la société civile à la réalisation des neuf cibles volontaires pour les maladies non transmissibles.

2. Compte tenu du large éventail d'approches envisageables pour mener cette tâche à bien, ce rapport présente les pistes de réflexion préliminaires que le Secrétariat propose d'examiner en 2016, en étroite consultation avec les États Membres, à savoir :

- les options possibles pour déterminer quels types de contributions d'acteurs non étatiques peuvent utilement être enregistrés, et la façon de garantir qu'elles auront le plus grand impact sur la réalisation des neuf cibles volontaires ;

- les autres possibilités pour définir quels acteurs non étatiques pourraient être admis à participer, et selon quelles modalités éventuelles ;

- un premier examen des types d'instruments qui pourraient être élaborés pour enregistrer les contributions de la manière la plus efficace.

3. Le présent rapport propose un ensemble initial de principes généraux (paragraphe 5) et de considérations (paragraphes 6 à 10) dont le Secrétariat tiendra compte pour établir un projet d'approche final. Il présente également une analyse préliminaire des risques et mesures d'atténuation potentiels (paragraphe 11).

4. On trouvera en fin de rapport une proposition de calendrier pour achever en 2016 les travaux qui seront examinés par les États Membres en 2017 dans le cadre des organes directeurs de l'OMS (paragraphe 12).

PRINCIPES GÉNÉRAUX

5. L'élaboration d'une approche pour enregistrer des contributions d'acteurs non étatiques devrait prendre plusieurs années et pourrait se fonder sur des principes généraux spécifiques, dont une première série est proposée ci-dessous.

- Soutenir la réalisation des cibles volontaires.

- Respecter les principes de transparence, d'ouverture, d'inclusion, de responsabilisation et d'acceptation de la vérification indépendante.

- Assurer la cohérence avec le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS (en cours d'élaboration).

- Reconnaître le conflit d'intérêts fondamental entre l'industrie du tabac et la santé publique.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ÉLABORATION D'UNE APPROCHE POUR ENREGISTRER LES CONTRIBUTIONS

6. La section suivante présente une série d'options méthodologiques pour l'élaboration de la version finale de l'approche.

7. **Critères liés à l'alignement.** Le Secrétariat propose que les autres cadres, programmes et initiatives internationaux existants soient pris en compte pour élaborer cette approche, qui pourrait :

a) être alignée sur les cadres, stratégies, plans d'action et recommandations de l'OMS déjà convenus par les États Membres, y compris :

- la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;

- la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;

- la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ;

- les recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ;

- les recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé ;

- le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

- le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS ;

b) intégrer les enseignements tirés d'autres initiatives et cadres mobilisant plusieurs types d'acteurs non étatiques (par exemple le Pacte mondial des Nations Unies, l'indice de l'accès aux médicaments, l'Initiative on Public-Private Partnerships for Health et G-Finder), tout en reconnaissant la spécificité de ces efforts ;

c) faire fond sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris sur la cible des objectifs de développement durable consistant à réduire d'un tiers, d'ici à 2030, la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles, et sur le Programme d'action d'Addis-Abeba, qui invite les entreprises du secteur privé à s'engager comme partenaires dans le processus de développement et à investir dans les domaines critiques pour le développement durable.

8. **Critères d'impact.** Le Secrétariat propose d'étudier les options suivantes afin d'inciter les acteurs non étatiques à enregistrer les contributions susceptibles d'avoir le plus grand impact sur la réalisation des neuf cibles volontaires :

a) Les acteurs non étatiques pourraient être encouragés à donner la priorité aux options de politique générale et interventions classées à l'appendice 3 du Plan d'action mondial comme étant très efficaces et abordables pour tous les pays. Cela permettrait de garantir une visibilité supérieure aux contributions qui ont le plus grand impact.

b) Concernant les différents types de contributions que les acteurs non étatiques pourraient être encouragés à enregistrer, le Secrétariat pourrait proposer les options suivantes, sans s'y limiter :

- les acteurs non étatiques enregistreraient seulement des contributions liées à des activités qui atténuent directement les conséquences potentielles de leurs activités de base sur la charge mondiale des maladies non transmissibles ;

- les acteurs non étatiques enregistreraient des contributions dans deux domaines : 1) les activités qui atténuent directement les conséquences de leurs activités de base sur la charge mondiale des maladies non transmissibles ; et 2) les initiatives qui contribuent à réduire la probabilité que leurs salariés contractent des maladies non transmissibles ;

- les acteurs non étatiques enregistreraient des contributions dans trois domaines : 1) les activités qui atténuent directement les conséquences de leurs activités de base sur la charge mondiale des maladies non transmissibles ; 2) les initiatives qui contribuent à réduire la probabilité que leurs salariés contractent des maladies non transmissibles ; 3) les autres initiatives de nature philanthropique qui ont des conséquences directes et significatives prouvées sur les maladies non transmissibles (comme la fourniture d'un appui financier ou en nature pour soutenir la mise en œuvre des interventions classées comme « d'un très bon rapport coût/efficacité » et « abordables pour tous les pays »).

9. **Critères de participation.** Les acteurs non étatiques aux niveaux mondial, régional et national représentent un large éventail de parties prenantes qui pourraient être regroupées en fonction de critères tels que la taille du marché, la couverture, le secteur et le contexte géographique. La diversité des acteurs non étatiques devrait être prise en compte pour définir l'approche la plus efficace pour enregistrer leurs contributions. On trouvera ci-dessous différentes options que le Secrétariat examinera en vue de définir les conditions à remplir et les modalités de participation.

a) On pourrait considérer de manière générale que, pour participer à l'initiative, les acteurs non étatiques devraient se conformer à la définition et aux principes du cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS (en cours d'élaboration), aux dispositions des résolutions 66/2 et 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies et au Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

b) Différentes options pourraient ensuite être envisagées pour déterminer les modalités de participation des acteurs non étatiques admissibles. Elles pourraient tenir compte de la typologie et des différences contextuelles et prendre les formes suivantes :

- Tous les acteurs admissibles et souhaitant participer pourraient être autorisés à enregistrer leurs contributions, indifféremment du contexte géographique, de la couverture, du secteur et de la taille.

- Des critères spécifiques fondés sur le contexte géographique et la couverture, le secteur et la taille pourraient être élaborés afin de restreindre la participation à certains acteurs admissibles seulement (par exemple seules les entités ayant une présence mondiale ou une taille de marché/couverture minimales seraient invitées à participer).

- Tous les acteurs admissibles pourraient être encouragés à participer, mais la participation serait différenciée en fonction de la taille, du type ou du secteur, ce qui permettrait d'élaborer des modalités d'établissement de rapports et lignes directrices distinctes pour les différents groupes d'acteurs.

c) Enfin, le Secrétariat pourrait envisager de diviser le processus d'enregistrement en plusieurs phases. Ainsi, un groupe d'acteurs non étatiques (par exemple les acteurs mondiaux dont les activités de base sont directement liées aux neuf cibles volontaires) pourrait être encouragé à prendre part à la première phase, la participation étant éventuellement élargie à un stade ultérieur.

10. **Options méthodologiques.** L'approche pourrait être mise en œuvre moyennant tout un éventail de mécanismes possibles pour encourager la participation volontaire des acteurs non étatiques, qui seraient invités à enregistrer leurs contributions. Cela permettrait à l'ensemble des acteurs concernés de faire rapport sur leurs contributions de la façon la plus objective et indépendamment vérifiable possible, peut-être en leur laissant la possibilité d'évaluer celles-ci à la lumière d'un ensemble de paramètres et d'indicateurs prédéfinis. Pour garantir une large participation et l'adhésion de tous les types d'acteurs, il serait important que tout outil élaboré pour l'établissement des rapports soit perçu comme pertinent et facile à utiliser. Plusieurs options pourraient être envisagées à cet égard :

a) Un outil d'établissement de rapport universel, en ligne, composé de champs prédéfinis correspondant à des paramètres et des critères standardisés et offrant des indicateurs potentiels. Ce formulaire prédéfini, à remplir en ligne, pourrait inciter les acteurs non étatiques à enregistrer les contributions qui ont le plus grand impact sur la lutte contre les maladies non transmissibles. Il serait un moyen de parvenir à un niveau élevé de transparence, de cohérence et d'exactitude. Il permettrait également aux acteurs non étatiques de participer même avec des ressources très limitées, englobant ainsi un vaste éventail d'acteurs de différents types représentant différents secteurs et contextes.

b) Un cadre d'évaluation global incluant des exigences, des paramètres et des lignes directrices minimaux. Ce modèle pourrait être disponible sur l'Internet pour les acteurs non étatiques qui souhaitent participer. Cette approche offrirait une plus grande latitude à ces acteurs tout en les aidant à centrer leurs rapports sur les domaines ayant le plus grand impact. Elle supposerait cependant une moindre transparence et une moins grande cohérence. De plus, il peut être difficile de comparer des contributions relevant de différents secteurs, types et contextes.

c) Une plateforme Internet ouverte (ou portail) où les acteurs non étatiques pourraient télécharger leurs rapports aux fins d'une vaste évaluation et comparaison. Une liste de paramètres et d'indicateurs prédéfinis pourrait être établie pour fournir des exemples. Cette approche permettrait aux acteurs de publier leur propre évaluation des contributions qui leur ont semblé les plus utiles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles. Même si elles laissent une plus grande liberté d'interprétation aux acteurs non étatiques, les données publiées risquent d'être moins comparables, et il pourrait être plus difficile d'évaluer la pertinence des contributions enregistrées en l'absence d'un cadre d'évaluation prédéfini complet.

RISQUES ET MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELS

11. Le Secrétariat examinera plusieurs défis et risques en vue de définir plus avant l'approche pour enregistrer les contributions d'acteurs non étatiques.

a) La participation des acteurs non étatiques se fera sur une base volontaire. Toute approche élaborée devrait donc être considérée comme un outil susceptible :

- de faciliter effectivement l'enregistrement des contributions d'acteurs non étatiques en les incitant à évaluer l'impact réel de leurs contributions afin de prévenir et combattre plus efficacement les maladies non transmissibles ;

- de favoriser une coordination plus étroite entre les différentes catégories d'acteurs non étatiques.

b) Les outils d'établissement de rapports potentiels devraient être considérés non comme des outils unilatéraux, mais comme des instruments participatifs.

c) L'enregistrement de contributions par les acteurs non étatiques ne devrait pas avoir vocation à servir leurs intérêts ou à promouvoir leurs marques, leurs produits, leurs opinions ou leurs activités en apportant seulement des avantages limités ou nuls du point de vue de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il est possible d'éviter cette situation en définissant clairement les critères caractérisant une contribution. Certains acteurs pourraient présenter de manière trompeuse leur participation à l'initiative ou l'enregistrement de contributions comme valant approbation par l'OMS. Le rôle de l'OMS devrait donc être clairement défini.

d) La participation à l'initiative par certains acteurs non étatiques pourrait servir à détourner l'attention de leurs activités de base pour la centrer sur des activités qui n'ont pas d'impact direct prouvé du point de vue de la lutte contre les maladies non transmissibles. On pourrait y remédier en élaborant des paramètres et des lignes directrices clairs sur l'enregistrement des contributions.

CALENDRIER PROPOSÉ

12. Le calendrier proposé pour l'examen et la mise en œuvre de l'approche est présenté ci-dessous.

Janvier 2016 à janvier 2017 : le Secrétariat, en étroite consultation avec les États Membres, achèvera ses travaux sur l'élaboration d'une approche. Il s'agira notamment de proposer une méthode ou un mécanisme concret d'établissement de rapports et des paramètres et indicateurs connexes spécifiques.

Janvier 2017 à mai 2017 : la Soixante-Dixième Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sera invitée à adopter la version finale proposée de l'approche.

Septembre 2017 : une fois l'approche adoptée par la Soixante-Dixième Assemblée de la Santé, le Directeur général s'y référera dans le rapport qu'il soumettra en 2017 à l'Assemblée générale des Nations Unies sur la mise en œuvre de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, en préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en 2018.

Mai 2017 et au-delà : une fois adopté par la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, et conformément à la mesure 4.2 de son plan de travail pour la période 2016-2017,[1] le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles commencera à mettre en œuvre l'approche élaborée par le Secrétariat.

[1] Voir le document A68/11, annexe 3.

ANNEXE 5

RAPPORT SUR LES PROGRÈS ACCOMPLIS PENDANT LA PÉRIODE ALLANT DE MAI 2014 À NOVEMBRE 2015 DANS LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES PRÉVUES DANS LE PLAN DE TRAVAIL 2014-2015 POUR LE MÉCANISME MONDIAL DE COORDINATION POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

1. Ce rapport présente les progrès que le secrétariat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles a accomplis dans la mise en œuvre des mesures prévues dans le plan de travail 2014-2015.[1]

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LE SECRÉTARIAT

2. La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du plan de travail du mécanisme mondial de coordination 2014-2015. Les progrès accomplis par le Secrétariat concernant les mesures de ce plan de travail sont résumés ci-dessous.

Mesure	**Activité**	**Progrès accomplis en 2014 et en 2015**
Mesure 1.1	Mener un dialogue, en 2014, afin de déterminer comment encourager la poursuite de l'intégration de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes et les initiatives de coopération au développement, les objectifs de développement convenus au plan international, les politiques de développement économique, les cadres de développement durable et les stratégies de lutte contre la pauvreté. Ce dialogue fera l'objet d'un rapport assorti de recommandations.	Un dialogue sur les maladies non transmissibles et la coopération au développement s'est tenu les 20 et 21 avril 2015 et un rapport a été publié.[2]
Mesure 1.2	Organiser, en 2015, un dialogue sur les moyens de renforcer la coopération internationale dans le cadre de la coopération Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire aux fins de la lutte contre les maladies non transmissibles. Ce dialogue fera l'objet d'un rapport assorti de recommandations.	Un dialogue sur les maladies non transmissibles et la coopération internationale s'est tenu du 30 novembre au 1er décembre 2015.
Mesure 2.1	Créer, en 2014, une plateforme sur le Web qui rassemble et diffuse des informations concernant les données scientifiques nécessaires pour informer les décideurs des liens entre maladies non transmissibles, pauvreté et développement.	Une plateforme sur le Web a été créée en 2015.[3]

[1] Voir le document A67/14 Add.3 Rev.1.

[2] Disponible à l'adresse http://www.who.int/global-coordination-mechanism/final_meeting_report_dialogue_ncd_development_april15_en.pdf?ua=1 (consulté le 30 novembre 2015).

[3] Voir http://www.who.int/ncds/gcm/en/.

Mesure	**Activité**	**Progrès accomplis en 2014 et en 2015**
Mesure 2.2	Créer, en 2015, une plateforme sur le Web qui favorise et facilite la collaboration internationale et interpays pour l'échange des meilleures pratiques dans les domaines suivants : l'intégration de la santé dans toutes les politiques, les approches englobant l'ensemble des pouvoirs publics et l'ensemble de la société, la législation, la réglementation, le renforcement des systèmes de santé et la formation des personnels de santé, afin de diffuser les enseignements de l'expérience des États Membres qui ont relevé ces défis.	En cours d'élaboration.
Mesure 2.3	Organiser à partir de 2014 une série de séminaires sur le Web pour soutenir le rôle de coordination de l'OMS dans les domaines où les parties intéressées peuvent apporter une contribution et prendre des mesures concertées contre les maladies non transmissibles.	Une série de séminaires sur le Web a été organisée.
Mesure 3.1	Créer, en 2014, un groupe de travail chargé de recommander des moyens d'encourager les États Membres et les acteurs non étatiques à tenir leur engagement figurant au paragraphe 44 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.	Le groupe de travail a été créé en mars 2015 et s'est réuni trois fois avant d'achever ses travaux. Un rapport intérimaire a été publié en juillet 2015.[1] Un rapport final sera présenté fin 2015 au Directeur général.
Action 4.1	Créer une communauté de pratique dont les membres peuvent contribuer à la lutte et prendre des mesures concertées contre les maladies non transmissibles.	Une première communauté de pratique a été organisée autour des travaux du groupe d'orientation interne de l'OMS sur la mise en œuvre d'un plan de travail unifié de l'Organisation sur le suivi et la surveillance des maladies non transmissibles.
Mesure 5.1	Créer, en 2014, un groupe de travail chargé de recommander des moyens d'encourager les États Membres et les acteurs non étatiques à tenir leur engagement figurant au paragraphe 45.d) de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.	Le groupe de travail a été créé en mars 2015 et s'est réuni trois fois avant d'achever ses travaux. Un rapport intérimaire a été publié en juillet 2015.[1] Un rapport final sera présenté au Directeur général fin 2015.

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/wg-interim-report-comments/en/ (consulté le 30 novembre 2015).

ANNEXE 6

RAPPORT SUR LES PROGRÈS ACCOMPLIS ENTRE AVRIL ET NOVEMBRE 2015 PAR L'ÉQUIPE SPÉCIALE INTERORGANISATIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

1. Ce rapport présente les progrès accomplis par le Secrétariat depuis mars 2015, lorsque le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a transmis au Conseil économique et social des Nations Unies le rapport du Directeur général de l'OMS sur l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.[1]

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LE SECRÉTARIAT

Missions conjointes de programmation par pays

2. Sous la direction de l'OMS, et avec la participation des organismes des Nations Unies intéressés, des missions conjointes de programmation par pays ont été effectuées à Tonga (mars 2015), à la Barbade (avril 2015), en République démocratique du Congo (juillet 2015), en Mongolie (septembre 2015), au Sri Lanka (octobre 2015) et au Mozambique (novembre 2015). L'objectif était, d'une part, de soutenir les équipes de pays des Nations Unies dans les efforts qu'elles déploient pour aider les États Membres à renforcer les initiatives nationales de lutte contre les maladies non transmissibles et, d'autre part, de créer des groupes thématiques des Nations Unies servant de relais pour dispenser une assistance technique coordonnée à plus vaste échelle. Les équipes de pays des Nations Unies auxquelles des missions ont été confiées en 2014 et 2015 ont rendu compte des progrès accomplis à la cinquième réunion de l'équipe spéciale en octobre 2015. Une mission conjointe de suivi PNUD/OMS a été menée à la Barbade en août 2015 afin d'aider le gouvernement à bâtir un argumentaire en faveur de l'investissement dans la lutte contre les maladies non transmissibles.

Élaboration de programmes mondiaux conjoints

3. Lorsque le Conseil économique et social des Nations Unies a adopté en juin 2015 la résolution 2015/8 sur les activités de l'Équipe spéciale, l'OMS a présenté aux États Membres des plans sur l'élaboration de trois autres programmes mondiaux conjoints avec d'autres organismes des Nations Unies, à savoir : i) le programme mondial conjoint PNUD/OMS pour catalyser l'action multisectorielle contre les maladies non transmissibles ; ii) le programme mondial conjoint AIEA/CIRC/OMS pour renforcer les mesures nationales de lutte contre le cancer ; et iii) le programme mondial conjoint AIEA/CIRC/ONUSIDA/UNFPA/UNICEF/ONUDC/ONU-Femmes/Banque mondiale/OMS pour renforcer les mesures nationales de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Les organisations participantes mettent la dernière main aux arrangements juridiques et opérationnels et ont commencé à mobiliser conjointement des ressources. Le programme mondial conjoint UIT/OMS « Be He@lthy, Be Mobile », destiné à promouvoir l'utilisation des technologies mobiles pour combattre les maladies non transmissibles, couvre désormais l'Inde.

[1] Document E/2015/53.

Élaboration du plan de travail 2016-2017

4. À sa cinquième réunion en octobre 2015, l'Équipe spéciale a examiné un projet de plan de travail pour 2016-2017.[1] Elle est convenue de se concentrer sur un ensemble restreint de priorités stratégiques de haut niveau, notamment la mise en œuvre de programmes mondiaux conjoints, l'élaboration d'une initiative accélérée pour les pays et la mise en place d'une campagne stratégique mondiale de communication pour promouvoir les activités de l'Équipe spéciale et les travaux de ses membres. La version finale du plan de travail sera publiée fin 2015 sur le site Web de l'Équipe spéciale.[2]

Conflits d'intérêts

5. Conformément aux paragraphes 22 à 24 de mandat de l'équipe spéciale, l'OMS centralise les informations sur les incidents ayant trait à des conflits d'intérêts. À cet égard, l'OMS a été informée que certains membres de l'Équipe spéciale continuent de mener des activités en collaboration avec l'industrie du tabac et de recevoir des fonds de celle-ci. De plus, un cas lui a été signalé où l'industrie du tabac s'est associée à certains membres de l'Équipe spéciale à leur insu et sans leur consentement. Plusieurs membres de l'Équipe spéciale ont désormais adopté des politiques qui excluent explicitement toute forme de collaboration avec l'industrie du tabac. L'OMS continuera d'encourager les autres membres de l'Équipe spéciale à élaborer des politiques strictes qui empêchent toute forme de collaboration avec l'industrie du tabac.

[1] Un rapport sur les conclusions de la cinquième réunion est disponible à l'adresse http://www.who.int/ncds/un-task-force/events/oct-2015-uniatf-fifth-meeting/en/.

[2] http://www.who.int/ncds/un-task-force/en/.

ANNEXE 7

STRUCTURE DU RAPPORT À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES

1. Ce rapport présente la structure du rapport que le Directeur général présentera à l'Assemblée générale des Nations Unies fin 2017 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration politique de 2011 et du document final de 2014.

FORMAT DU RAPPORT

2. Comme on le voit ci-dessous, la Note du Secrétaire général transmettant le rapport de la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui sera présentée à l'Assemblée générale des Nations Unies pour examen par les États Membres, fin 2017, aura un format semblable à celui employé en 2013.[1]

Chapitre	Thème
1	Introduction
2	Où en sommes-nous ? (résultats, progrès et processus, y compris des liens vers le Programme de développement durable à l'horizon 2030)
3	Progrès accomplis pour réaliser les engagements et les tâches à l'échelle mondiale
4	Progrès accomplis pour réaliser les quatre engagements nationaux pour 2015 et 2016
5	Coopération internationale
6	Recommandations
Annexe	Rapport 2017 de l'OMS sur le suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles

3. Contrairement au rapport de 2013, le rapport de 2017 comportera une annexe avec des données de pays individuelles sur les 10 indicateurs de progrès présentés dans la note technique publiée par l'OMS le 1er mai 2015.[2]

= = =

[1] Document A/68/650.

[2] Document disponible à l'adresse http://www.who.int/nmh/events/2015/getting-to-2018/en/.