



# **Lutte contre les maladies non transmissibles**

## **Rapport du Directeur général**

Le présent rapport fait le point sur la situation mondiale concernant les maladies non transmissibles, y compris les progrès réalisés en matière de lutte. L'accent est mis sur des mesures de santé publique plus générales, et notamment sur l'intégration de mesures préventives contre les principaux facteurs de risque à l'origine de maladies chroniques dans les services de santé et surtout dans les soins de santé primaires, lesquels ont prouvé leur efficacité. L'élaboration et l'adoption de la politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle donnent l'occasion d'accorder une priorité élevée aux mesures prises contre les maladies non transmissibles.

### **“FARDEAU MONDIAL” DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES : INTRODUCTION ET ASSISE POLITIQUE**

1. Pendant des décennies, l'OMS a mené de pair la recherche sur les mesures de santé publique visant à lutter contre les maladies non transmissibles chroniques et leur élaboration,<sup>1</sup> comme prévu dans plusieurs résolutions.<sup>2</sup> L'examen entrepris par le Conseil exécutif en 1994 a rappelé l'importance et la nécessité de la prévention et a encouragé les gouvernements à adopter des politiques nationales de prévention et de lutte.
2. La santé des populations a remarquablement progressé au cours des cinquante dernières années. Grâce à l'accroissement des revenus, l'amélioration de la nutrition et des conditions de vie, l'amélioration de l'éducation et l'adoption de mesures de santé publique élémentaires, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les pays en développement était portée à 64 ans en 1995. Elle pourrait atteindre 71 ans d'ici l'an 2020.

---

<sup>1</sup> Aux fins du présent rapport, les maladies non transmissibles comprennent les maladies chroniques présentant une importance majeure pour la santé publique telles que les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, les maladies respiratoires non spécifiques chroniques, le diabète, certains troubles chroniques du squelette, les troubles mentaux et les maladies bucco-dentaires ayant un ou plusieurs facteurs de risque communs (tabagisme, environnement dangereux et régime alimentaire malsain, alcoolisme, inactivité physique et stress) pouvant aggraver des prédispositions génétiques existantes.

<sup>2</sup> Voir notamment les dispositions les plus récentes contenues dans les résolutions WHA29.66, WHA35.30, WHA36.32, WHA38.30, WHA42.35 et WHA42.36.

Toutefois, “l’allongement de la vie peut être une sanction aussi bien qu’une récompense” (voir le *Rapport sur la santé dans le monde, 1997*). Paradoxalement, l’accroissement de la longévité et les changements du mode de vie dus à un développement socio-économique vigoureux contribuent au développement des maladies non transmissibles et notamment des troubles circulatoires et du cancer, qui sont, à bien des égards, favorisés et “transmis” internationalement du fait de la mondialisation des tendances économiques, du commerce, des voyages et des médias modernes.

3. On dispose, depuis peu, de plusieurs évaluations indépendantes des maladies graves les plus répandues (*The global burden of disease*, Harvard, 1996; document OMS TDR/GEN/96.1; *Rapport sur la santé dans le monde, 1997*). Ces rapports relatent l’augmentation des maladies non transmissibles et leurs causes, quels que soient le pays et la classe sociale, le manque de préparation des gouvernements et l’insuffisance des initiatives internationales. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1997* a confirmé que les grandes maladies non transmissibles chroniques étaient responsables de près de la moitié de l’ensemble des 52 millions de décès estimés en 1996, à savoir 67 000 environ par jour. Elles sont également source d’incapacités largement répandues et représentent une perte économique pour le monde entier.

4. Les maladies non transmissibles ne sont pas seulement un problème de riches; elles sont à l’origine de 40 % de l’ensemble des décès dans les pays en développement où elles touchent davantage les jeunes que dans les pays développés – ce qui est une tendance inquiétante. A mesure que le pouvoir d’achat augmente dans les pays à “revenu moyen”, de multiples facteurs de risque affectent les groupes sociaux inférieurs. L’augmentation de la consommation de tabac et le glissement vers un régime alimentaire “à l’occidentale” à haut pouvoir énergétique, qui accroissent les risques de maladies non transmissibles – souvent dans un environnement pollué –, sont plus rapides dans les pays en développement. Cette “transition épidémiologique”, avec son double fardeau d’infections et de maladies non transmissibles, est commune à de nombreux pays en développement où surviennent environ deux tiers des décès dus aux maladies de l’appareil circulatoire (64 %), aux cancers (60 %) et aux syndromes respiratoires obstructifs chroniques (66 %).

## **MESURES PREVENTIVES EPROUVEES**

5. Au cours des quarante dernières années, de nombreuses études ont révélé certains facteurs de risque pour les maladies non transmissibles et, partant, les avantages sanitaires des programmes visant à réduire ces risques. A la fin des années 70, des programmes expérimentaux entrepris en Europe et aux Etats-Unis d’Amérique ont démontré de façon éclatante qu’ils pouvaient être effectivement réduits. Le projet concernant la Carélie du Nord, en Finlande, a fait état d’un effet durable sur une période de vingt ans. Des programmes de l’OMS comme INTERSANTE (Programme intégré de santé communautaire) et CINDI (Programme d’intervention intégré à l’échelle d’un pays contre les maladies non transmissibles) ont comparé les résultats obtenus dans des pays ayant des modes de développement culturel et socio-économique différents. A Maurice, on a pu observer, sur une période de cinq ans, une réduction marquée de la prévalence de l’hypertension, de l’hypercholestérolémie et du tabagisme; à Beijing et à Tianjin, en Chine, on a constaté des changements bénéfiques concomitants des régimes alimentaires et de la tension artérielle; un projet lancé au Chili a montré comment empêcher les écoliers de se mettre à fumer; en France, la loi Evin a permis de réduire la consommation de tabac de 10 %; une modification du prix de la viande et des produits laitiers en Pologne a clairement abaissé les taux de décès dus aux cardiopathies coronariennes.

6. Les preuves de ces effets sont nombreuses. En Carélie du Nord, à nouveau, la réduction de 65 % de la mortalité par cardiopathie coronarienne dans la population d’âge moyen a été en grande partie expliquée par la diminution des trois principaux facteurs de risque (cholestérol, hypertension, tabagisme). De nombreuses études de surveillance telles que le projet MONICA (Monitoring des maladies cardio-vasculaires) ont confirmé ces preuves sur une plus grande échelle. Des réductions considérables de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires en Australie, au Canada, aux Etats-Unis d’Amérique, en Finlande, en Nouvelle-Zélande et

dans d'autres pays sont liées au changement des niveaux de risque, lesquels sont liés à l'amélioration des traitements.

7. Des acquis importants en matière de santé et de qualité de vie sont donc possibles grâce à la lutte contre les maladies non transmissibles et à la "compression de la morbidité". Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1997* fait également observer que, malgré le vieillissement démographique mondial, les handicaps graves n'augmentent pas. La capacité fonctionnelle des personnes âgées est une considération essentielle pour calculer les coûts sociaux et les soins de santé. La prévention communautaire de ces maladies en Finlande a contribué en grande partie à l'accroissement de l'espérance de vie, qui a gagné six ans pendant les vingt-cinq dernières années, au cours desquelles le nombre de personnes bénéficiaires de pensions d'invalidité due aux maladies cardiovasculaires a baissé d'environ 25 %, ce qui indique nettement que ce type de prévention et de lutte permet des gains importants en matière de santé.

## CADRE POUR LA POURSUITE DE L'ACTION

8. La recherche sociale communautaire et épidémiologique dans différentes parties du monde a clairement identifié les multiples facteurs de risque concernant le développement des principales maladies non transmissibles ainsi que leur origine, à savoir des modes de vie malsains et un environnement pollué. Il est possible de déterminer les risques potentiels dès la tendre enfance, ce qui montre que la prévention doit commencer dès le plus jeune âge et s'étendre à l'adolescence et à l'âge adulte. Cette stratégie est basée sur un nombre considérable de facteurs de risque modifiables courants tels que le tabagisme, un régime alimentaire riche en calories (et notamment en graisses saturées), la consommation d'alcool et l'absence d'activité physique (le stress et la pollution de l'environnement ont été récemment ajoutés à la liste); à l'âge adulte, ces facteurs se retrouvent souvent dans des combinaisons variées. Le tabagisme est responsable à lui seul de 90 % des cancers du poumon, de 75 % des syndromes respiratoires obstructifs chroniques et de 25 % des infarctus du myocarde dans les pays développés. Un régime riche en calories et une vie sédentaire mènent à l'obésité et aux cardiopathies coronariennes, aux accidents vasculaires cérébraux, à certaines formes de cancer, au diabète et aux infections rhumatismales chroniques.

9. Le premier principe est l'approche intégrée basée sur la reconnaissance des risques et des déterminants de la santé, qui ne peut être influencée positivement que si le secteur de la santé et les secteurs apparentés agissent de concert. Le secteur de la santé doit jouer un rôle catalytique et faciliter la coordination des actions intersectorielles, multidisciplinaires et communautaires. Le deuxième principe est la participation plus étroite et la coopération des services de santé, les soins de santé primaires étant axés sur la prévention ou la réduction des facteurs de risque. La prévention primaire des maladies non transmissibles, qui est à la portée de tous les pays, doit comprendre des mesures destinées à la fois à l'ensemble de la population et aux groupes à haut risque – les premières pour réduire le niveau moyen des risques dans une communauté donnée, ce qui est de la plus haute importance et est complété par la stratégie destinée aux groupes à haut risque, les deuxièmes afin d'axer les efforts sur les personnes exposées à un risque élevé, à cause généralement d'une combinaison de facteurs de risque et/ou parce que la maladie s'est déjà déclarée.

10. Une politique et une stratégie générales basées sur un cadre de santé publique et des services de prestation des soins de santé, conciliant les mesures susmentionnées ainsi que la promotion de la santé et la prévention des maladies, la détection précoce, le traitement et la réadaptation, sont indispensables au développement des programmes intégrés des maladies non transmissibles aux niveaux local, national et régional.

### Eléments essentiels

11. **Politique de santé publique.** La lutte contre les maladies non transmissibles fait partie intégrante du développement humain durable et de la santé publique, car une grande partie de la mortalité prématurée est évitable et la morbidité impose un lourd fardeau aux systèmes sanitaires et sociaux. Au niveau national, les

ministères de la santé jouent un rôle catalytique et ils doivent maintenir leur capacité de déterminer la politique sanitaire de la nation et d'aider à réguler la protection sanitaire et le développement des ressources de santé, en surveillant la santé de la population et la qualité des soins en fonction des compétences et de la motivation préexistantes, et en reflétant les responsabilités intersectorielles et multidisciplinaires aux différents niveaux des services de santé, ainsi qu'il est stipulé dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986).

**12. Collaboration et coordination.** Outre une action intersectorielle indispensable, il existe à la fois un besoin et une occasion de coopération, comme l'a souligné ultérieurement la Déclaration de Jakarta (1997), entre les ministères de la santé, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les groupes communautaires. Les organisations non gouvernementales offrent, aux niveaux national et international, des possibilités discrètes de trouver des terrains d'entente et de coordonner la lutte contre les maladies non transmissibles. L'initiative internationale pour la santé cardio-vasculaire énoncée dans la Déclaration de Victoria (1992) illustre bien ces tentatives internationales qui visent à lutter contre les maladies cardio-vasculaires.

**13. Réorientation des services de santé et ressources humaines.** Ce dont on a besoin, c'est d'une double approche de la prévention des maladies non transmissibles dans le contexte de la réforme du secteur de la santé : 1) mise en place de "nouvelles" fonctions de santé publique afin de relever les défis d'un cadre communautaire de prévention, et collaboration plus étroite avec les services de prestation des soins de santé; 2) appui sur les services existants afin d'équilibrer les mesures en faveur de la prévention et des soins couvrant toute la durée de la vie, accompagné d'un soutien des programmes de santé à l'école destinés à engendrer des habitudes d'alimentation saine et d'exercice physique, et à prévenir le tabagisme précoce. Lorsqu'il s'agit de groupes à risque spécifiques, la première priorité de protocoles thérapeutiques adaptés doit être d'associer des interventions non pharmacologiques à des traitements médicamenteux d'un bon rapport coût/efficacité pour certaines maladies ou affections, notamment dans les pays en développement ayant un accès limité aux médicaments. Les dispensateurs de soins doivent perfectionner leurs connaissances et leurs compétences en communication, et acquérir une formation à la prévention, en premier lieu par l'intermédiaire de la formation continue. Toutefois, l'un des objectifs de la réforme devrait être l'introduction, sous une forme concrète, de la santé publique dans l'enseignement dispensé avant et après les études de médecine et de soins infirmiers. Ce type d'approche intégrée des fonctions essentielles du secteur de la santé va progressivement devenir viable.

**14. Surveillance, monitoring et évaluation.** Il est indispensable de créer une base de données chargée de la normalisation pour les programmes relatifs aux maladies non transmissibles afin d'assurer la planification, le monitoring et l'évaluation, et de fournir une rétroinformation. Cela prend plus de temps de modifier les taux des maladies non transmissibles que ceux des maladies infectieuses. Il faut par conséquent déterminer les facteurs de risque et les indicateurs voulus pour mesurer ces changements, et faciliter ainsi l'ajustement des programmes au cours de leur mise en oeuvre. L'expérience de l'OMS est très précieuse pour ce qui est de la mise en place d'indicateurs fiables permettant d'évaluer les tendances et de comparer les données d'expérience des pays.

**15. Application des données et détermination des besoins de recherche.** Afin de compléter les données existantes, la recherche opérationnelle doit porter sur l'octroi d'un appui plus efficace des services de santé aux programmes communautaires, la création d'équipes de soins de santé primaires plus efficaces, l'adoption de mesures cliniques d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire les risques et la prise en charge des cas. Il faut également poursuivre les recherches sur les maladies non transmissibles des femmes et des personnes âgées, ainsi que sur la prédisposition génétique et la résistance à la maladie.

## **ACTION INTERNATIONALE ET ROLE DE L'OMS**

16. La lutte contre les maladies non transmissibles est jusqu'ici limitée par la nature fragmentaire des activités des Etats Membres individuels. Une action mondiale est indispensable pour compléter ces efforts et contribuer

à lancer des programmes là où l'on en a besoin, car bon nombre de ces risques sont internationaux, tels que ceux qui résultent de la publicité en faveur du tabac ou des aliments trop riches, sans oublier la pollution de l'environnement. L'OMS a mobilisé la communauté internationale par la normalisation des mesures à prendre contre les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les maladies rhumatismales chroniques et la santé bucco-dentaire, ainsi qu'en matière d'épidémiologie, de prévention et de traitement.

17. Compte tenu du fardeau croissant des maladies non transmissibles, l'OMS doit prendre la tête de la collaboration internationale contre celles-ci, en utilisant les ressources mises à sa disposition et les possibilités de coopération, pour appuyer et coordonner les efforts visant : 1) à constituer des réseaux de collaboration régionaux afin de promouvoir la prévention et la lutte intégrées; 2) à élaborer des normes et règles et à les réviser selon que de besoin; et 3) à renforcer dans les Etats Membres les moyens techniques relatifs à la formulation de politiques et de programmes, depuis les projets de recherche et d'expérimentation jusqu'aux programmes nationaux intégrés.

### **ACTION DU CONSEIL EXECUTIF**

18. Le Conseil exécutif souhaitera peut-être recommander au Directeur général de mettre en place un plan d'action concernant la lutte contre les maladies non transmissibles, afin d'offrir un appui aux Etats Membres dans la mise en oeuvre de programmes concrets et efficaces; prier le Directeur général de promouvoir et de soutenir l'élaboration d'un système de surveillance local, national et mondial; et renforcer de toute urgence les moyens permettant d'appliquer ces mesures.

= = =