



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

Projet de liste actualisée d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Rapport du Directeur général

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

2. En outre, dans la décision WHA72(11), le Directeur général était notamment prié de présenter, pour examen par les organes directeurs, des propositions d'actualisation de la liste d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT), telle que présentée à l'appendice 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 (ci-après « le Plan d'action mondial »).¹ Ces options seraient le fruit de consultations avec les États Membres, les entités du système des Nations Unies et les acteurs non étatiques, étant entendu que les interventions proposées, en tant que produit de l'OMS visant à établir des normes et des critères, seraient fondées sur les données scientifiques les plus récentes. Ce mandat a été appuyé plus avant par les organes directeurs dans la décision WHA75(11) (2022), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté la feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. Au paragraphe 42.c) de la feuille de route pour la mise en œuvre,² il est recommandé au Secrétariat de proposer des mises à jour de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030.

¹ OMS. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>, consulté le 16 novembre 2022).

² Voir le document A75/10 Add.8.

CONTEXTE

3. Ce rapport présente une vue d'ensemble des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la promotion de la santé mentale et du bien-être, ainsi que le traitement et la prise en charge des problèmes de santé mentale.

4. Il est accompagné d'une analyse complète¹ qui précise l'état d'avancement des travaux techniques du Secrétariat visant à aider les États Membres à mettre en œuvre le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et à honorer les engagements correspondants pris par l'Assemblée générale des Nations Unies en matière de lutte contre ces maladies et de promotion, de protection et de soins de la santé mentale, conformément aux orientations fournies par l'Assemblée de la Santé pour concrétiser ces engagements, y compris en prêtant attention au suivi de la décision WHA75(11).

ANALYSE DE LA SITUATION

Situation actuelle

5. L'attention accordée aux MNT au niveau mondial et les mesures adoptées au niveau national au cours des deux dernières décennies n'ont pas été suffisantes pour alléger la charge qu'elles représentent compte tenu des neuf cibles volontaires fixées dans le Plan d'action mondial et de la cible 3.4 des objectifs de développement durable (d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être). Aucun pays n'est en passe d'atteindre les neuf cibles mondiales volontaires fixées à l'horizon 2025 par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013 par rapport à l'année de référence 2010.² L'incapacité des systèmes de santé à répondre aux besoins de prévention et de lutte contre les MNT se reflète dans l'absence de progrès dans l'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle pour les maladies non transmissibles.³ La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a mis en évidence combien il était urgent de renforcer les systèmes de santé en les réorientant en profondeur vers les soins de santé primaires, fondement des progrès vers la couverture sanitaire universelle, ainsi que de garantir la sécurité sanitaire et de parvenir à la santé et au bien-être pour tous. La prévention et la maîtrise des MNT ainsi que la promotion, la protection et les soins de la santé mentale font partie intégrante de cette réorientation.

¹ Disponible à l'adresse <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases> (consulté le 19 décembre 2022).

² La série de neuf cibles volontaires a été adoptée en 2013 dans la résolution WHA66.10. Les mesures visant à accélérer leur mise en œuvre ont été exposées dans le document EB150/7, paragraphe 6 et dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030.

³ OMS. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>, consulté le 16 novembre 2022).

6. De nouvelles données obtenues par l'OMS montrent que les cibles ne sont pas seulement ambitieuses, mais aussi atteignables.¹ Selon ces données, d'une manière générale, les pays où des mesures politiques, législatives et réglementaires sont en place – y compris des mesures fiscales – pour prévenir et maîtriser les MNT, et qui disposent de systèmes de santé solides et inclusifs, ont obtenu les meilleurs résultats en matière de lutte contre les MNT. Dans ces pays, les personnes vivant avec des MNT ou touchées par ces maladies sont davantage susceptibles d'avoir accès à des services efficaces, notamment de bénéficier d'une protection contre les facteurs de risque de MNT, d'un dépistage de l'hypertension et du diabète, d'un traitement des MNT, ainsi que d'un suivi et d'une prise en charge cohérents et de qualité.

7. Des millions de personnes – en particulier dans les milieux à faible revenu – ne peuvent pas accéder aux services de prévention, de traitement et de soins qui pourraient prévenir ou retarder les MNT, les problèmes de santé mentale et leurs conséquences. Cette terrible injustice porte atteinte au droit de chaque être humain au meilleur état de santé possible et est source de pauvreté dans tous les pays. Les analyses menées sur les voies possibles montrent que chaque pays dispose encore de moyens d'atteindre la cible mondiale relative au taux de mortalité prématurée dû à des MNT.² L'association d'interventions prioritaires ciblant des facteurs de risque et des maladies spécifiques au pays concerné, et de capacités nationales pour agir dans différents secteurs gouvernementaux, peuvent aider à accélérer le combat contre les MNT. Des approches stratégiques collaboratives et multisectorielles sont nécessaires. Il est primordial que les Ministères de la santé et les autres autorités sanitaires établissent des liens avec d'autres secteurs pour ce qui est des impératifs plus larges et des déterminants structurels communs de la santé qui influent sur l'équité en santé. Pour ce faire, il convient de renforcer les capacités des gouvernements à permettre, diriger et soutenir un engagement multisectoriel (associant l'ensemble des pouvoirs publics) et multipartite (associant l'ensemble de la société) coordonné et cohérent.

8. L'OMS a clairement exposé l'argument économique en faveur de l'investissement dans la prévention et la maîtrise des MNT ainsi que dans la promotion, la protection et les soins de la santé mentale. Le coût de la mise en œuvre de la liste d'options de politique générale et des autres interventions recommandées pour lutter contre les MNT dans 76 pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure est inférieur à 1 dollar des États-Unis (USD) par personne et par an ; conjointement, ces mesures pourraient sauver sept millions de vies par pays. D'ici à 2030, les gains économiques découlant de la mise en œuvre des interventions rentables contre les MNT pourraient s'élever à plus de 230 milliards USD dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure si l'on tient compte des avantages individuels, économiques et sociaux.³

9. On estime que la charge mondiale annuelle des problèmes de santé mentale coûte 1000 milliards USD en termes de perte de production économique.⁴ Il est possible d'assurer une prévention et de dispenser des soins en matière de santé mentale de manière efficace et peu coûteuse dans des contextes communautaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour 3 à 4 dollars USD par habitant.⁵

¹ Voir le document EB150/7.

² NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*. 2020; 396:918–934. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31761-X (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32891217/>, consulté le 16 novembre 2022).

³ OMS. *Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240041059>, consulté le 16 novembre 2022).

⁴ The Lancet Global Health Editorial. Mental health matters *Lancet Global Health* 2020 ; 8(11) : E1352 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30432-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30432-0/fulltext), consulté le 16 novembre 2022).

⁵ OMS. Mental health investment case: a guidance note. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le développement, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240019386>, consulté le 16 novembre 2022).

La charge mondiale des MNT et les facteurs de risque

10. La proportion mondiale des décès dus aux MNT sur l'ensemble des décès est passée de 61 % en 2000 à 74 % en 2019.¹ Au niveau mondial, en 2019, parmi les 10 causes principales de décès, 7 étaient attribuables à des MNT.¹ Les maladies bucco-dentaires, même si elles sont en grande partie évitables, touchent la moitié de la population mondiale.² On estime que 2,4 milliards de personnes vivent avec un problème de santé pour lequel la réadaptation serait bénéfique.³ À l'échelle mondiale, la plus forte baisse de la mortalité entre 2000 et 2019 a été observée pour les maladies respiratoires chroniques (une baisse de 37 % des taux normalisés selon l'âge pour tous les âges combinés), suivies des maladies cardiovasculaires (27 %) et du cancer (16 %), tandis que les décès dus au diabète ont légèrement augmenté (3 %).⁴ Ces progrès ne sont toutefois pas comparables à ceux réalisés dans la lutte contre les maladies transmissibles, et sont inégaux d'une Région et d'une catégorie de revenus à l'autre.⁵

11. Parmi les décès prématurés dus aux MNT (décès dus aux MNT à un âge inférieur à 70 ans) en 2019, 86 % étaient survenus dans les pays à revenu faible et intermédiaire.¹ Il est important de mesurer la probabilité de décéder, entre 30 et 70 ans, des suites d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique (indicateur 3.4.1 des ODD par rapport à l'année de référence 2015) pour déterminer l'ampleur de la charge de mortalité due aux MNT au sein d'une population. Au niveau mondial, le risque de décès prématuré a diminué de plus d'un cinquième, passant de 22,9 % en 2000 à 17,8 % en 2019.⁶

12. La mortalité prématurée et la morbidité dues aux MNT peuvent être partiellement attribuées au manque d'efficacité des mesures prises pour combattre bon nombre de facteurs de risque de ces maladies. Les données existantes indiquent que, bien que 60 pays soient susceptibles d'atteindre l'objectif de réduction de la consommation de tabac d'ici à 2025, 1,27 milliard de personnes dans le monde consommeront encore du tabac d'ici à 2025.⁷ À l'échelle mondiale, en 2019, selon les projections réalisées, la proportion de personnes obèses représentait plus de 14 % des adultes âgés de 18 ans et plus, contre 9 % en 2000 et 5 % en 1975, avec un chiffre de 8 % pour les enfants et les adolescents âgés de 5

¹ OMS. Global health estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>, consulté le 17 novembre 2022).

² WHO global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022.

³ Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanssen SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 2020, 396(10267):2006-2017 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32340-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32340-0/fulltext), consulté le 16 novembre 2022).

⁴ Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>, consulté le 17 novembre 2022).

⁵ OMS. *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>, consulté le 17 novembre 2022).

⁶ OMS. *World Health Statistics 2022* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>, consulté le 17 novembre 2022).

⁷ WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>, consulté le 17 novembre 2022).

à 19 ans, soit plus du double du pourcentage de 2000.¹ Le rythme de réduction de la consommation d'alcool a été lent et inégal à l'échelle mondiale, tandis que cette consommation a augmenté dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental entre 2000 et 2015 (plus particulièrement chez les hommes), puis s'est stabilisée ou a diminué par la suite en 2019.² En 2019, la pollution atmosphérique a causé environ 6,7 millions de décès, dont 85 % étaient dus à des MNT, principalement des maladies cardiovasculaires. Plus de 9 personnes sur 10 respirent un air qui n'est pas sain et 2,4 milliards de personnes dépendent encore de combustibles et de technologies polluants pour cuisiner.³

13. Les résultats de l'enquête menée en 2021 sur les capacités des pays en matière de MNT⁴ ont montré que dans les pays, des progrès considérables ont été accomplis dans certains domaines. Avec un taux de réponse à l'enquête de 100 %, le pourcentage de pays qui ont fixé des cibles nationales de lutte contre les MNT sur la base du Cadre mondial de suivi de l'OMS est passé d'un peu moins d'un sur trois (30 %) en 2015 à bien plus de la moitié (56 %) en 2020. Des progrès similaires ont été observés en ce qui concerne le pourcentage de pays qui disposent de plans d'action intégrés et multisectoriels opérationnels sur les maladies non transmissibles ainsi que de lignes directrices pour la prise en charge des quatre principales MNT. Cependant, dans d'autres domaines, les progrès n'ont pas été aussi marqués : au cours de la dernière enquête, une baisse a été constatée dans les activités de surveillance des facteurs de risque et les campagnes de sensibilisation du public visant à promouvoir l'activité physique, sans doute en partie à cause de la pandémie de COVID-19.

Santé mentale

14. En 2019, près d'un milliard de personnes dans le monde vivaient avec un trouble mental.⁵ La dépression et l'anxiété coûtent à elles seules 1000 milliards USD à l'économie mondiale chaque année.⁶ Les personnes atteintes de troubles mentaux graves meurent 10 à 20 ans plus tôt que la population générale,⁷ et plus d'un décès sur 100 était dû au suicide en 2019.⁸ Les troubles neurologiques sont la

¹ Une projection des estimations de l'OMS a été réalisée à l'horizon 2019 comme décrit dans le document ci-après : Cadre de responsabilisation de l'OMS en matière de MNT, y compris le Cadre mondial de suivi pour la lutte contre les MNT (mise à jour 2021) conformément à la prolongation jusqu'en 2030 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT (en anglais) (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/who-ncd-accountability-framework-for-ncd-implementation-roadmap.pdf>). Les estimations de l'OMS sont disponibles à l'adresse suivante : Global Health Observatory. Noncommunicable diseases: risk factors. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>, les deux sites Web ont été consultés le 17 novembre 2022).

² OMS. *World Health Statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>, consulté le 17 novembre 2022).

³ OMS. The Global Health Observatory: Air pollution data portal. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution>, consulté le 17 novembre 2022).

⁴ OMS. Noncommunicable disease surveillance, monitoring and reporting: NCD country capacity survey. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdcss>, consulté le 17 novembre 2022).

⁵ GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [site Web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f>, consulté le 17 novembre 2022).

⁶ Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(5):415-424. doi:10.1016/S2215-0366(16)30024-4.

⁷ Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-160. doi:10.1002/wps.20128.

⁸ OMS. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, consulté le 17 novembre 2022).

principale cause d'années de vie ajustées sur l'incapacité et la deuxième principale cause de décès en 2016.¹ En 2016, le nombre de personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool était de 283 millions² et le nombre de celles souffrant de troubles liés à la consommation de drogues était de 36 millions en 2019.³ Pourtant, seuls 31 % des États Membres font état de la mise en œuvre de politiques ou de plans en matière de santé mentale et à peine 2 % des budgets de la santé sont consacrés à la santé mentale. Dans les pays à faible revenu, il y a moins d'un agent de santé mentale pour 100 000 habitants.⁴

15. Les progrès vers les objectifs de développement durable liés à la santé mentale sont les suivants :
- a) 3.4.2. Taux brut mondial de mortalité par suicide : il est estimé à 9,2 pour 100 000 habitants pour 2019 (une réduction de 3,2 % du taux brut de mortalité par suicide depuis 2015) ;⁵
 - b) 3.5.1. Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool : peu de progrès depuis 2010 ;
 - c) 3.5.2. En 2019, le niveau moyen de consommation d'alcool dans le monde, mesuré en litres d'alcool pur par personne de 15 ans et plus, était de 5,8 litres (une baisse relative de 5 % par rapport à 2010).⁶

La pandémie de COVID-19

16. La pandémie continue de perturber largement les progrès dans la lutte contre les MNT et l'amélioration de la santé mentale en retardant les avancées dans les politiques de réduction des facteurs de risque et en interrompant la prestation des services, depuis la détection précoce jusqu'à la prise en charge et la maîtrise des maladies, en passant par la surveillance, d'où une augmentation escomptée de la mortalité prématurée dans un avenir proche. Il est de ce fait d'autant plus urgent de soutenir les pays par des recommandations sur la façon de réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement de la couverture sanitaire universelle ainsi que de la sécurité sanitaire et de la santé et du bien-être pour tous, et de renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques visant à traiter les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale, et à prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire.

17. La COVID-19 a eu de vastes et nombreuses répercussions négatives sur la prestation des services de lutte contre les MNT et a entraîné une augmentation de la surmortalité. À l'échelle mondiale, la surmortalité associée à la COVID-19 a été estimée à 14,91 millions entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, soit 9,49 millions de décès de plus que ceux signalés dans le monde comme

¹ Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurology*. 2019; 18:459–80. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X).

² OMS. *Global status report on alcohol and health 2018*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>, consulté le 17 novembre 2022).

³ ONUDC. *World drug report 2021*. New York, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2021 (<https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/wdr2021.html>, consulté le 10 janvier 2023).

⁴ OMS. *Mental Health Atlas 2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>, consulté le 17 novembre 2022).

⁵ OMS. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, consulté le 17 novembre 2022).

⁶ OMS. The Global Health Observatory: SDG target 3.5 Substance abuse. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_5-substance-abuse, consulté le 17 novembre 2022).

directement attribuables à la COVID-19.¹ En 2020, 58 % et 62 % des pays ont signalé des interruptions totales ou partielles, respectivement, des services chargés de la prise en charge de l'hypertension ou du diabète dans le monde. Pour l'asthme, le traitement du cancer et les soins dentaires d'urgence, les services de prise en charge concernés ont fait état de perturbations dans environ 50 % des pays. Pour les services d'urgence cardiovasculaire, les perturbations ont été rapportées dans 48 % des pays.² Une revue systématique a recensé 38 catégories différentes de retards et de perturbations dans certains aspects des services de cancérologie, les capacités des établissements (jusqu'à 78 %), la chaîne d'approvisionnement (jusqu'à 79 %) et la disponibilité du personnel (jusqu'à 60 %) étant les principaux touchés.³ Même s'il y a eu peu de mesures et de rapports sur les stratégies d'atténuation ayant une incidence sur les issues pour les patients, et donc un manque d'éléments probants de qualité pour éclairer l'élaboration de politiques ou de programmes, les stratégies d'atténuation utilisées dans les pays signalant des perturbations ont reposé notamment sur l'amélioration des communications publiques, sur un triage, un transfert des tâches, une télémédecine, une autoprise en charge et des interventions de soins à domicile renforcés, la réorientation des patients, de nouvelles approches en matière de prescription et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que l'abandon par les pouvoirs publics des frais à la charge des usagers.

18. Les MNT et leurs facteurs de risque jouent également un rôle majeur dans l'impact des issues de la COVID-19. Des études ont fait état de constatations différentes concernant les tendances de la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19, avec une consommation accrue dans certains milieux et une diminution de la consommation dans d'autres.⁴ Pour de nombreuses MNT, la consommation d'alcool et l'obésité augmentent le risque de complications et de décès à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2.^{5,6}

19. Les troubles dépressifs majeurs et les troubles anxieux ont augmenté d'environ 27,6 % et 25,6 %, respectivement, au cours de la première année de COVID-19,⁷ ce qui a coïncidé avec de graves perturbations des services de santé mentale. Pendant la majeure partie de la période allant de 2020 à

¹ OMS. Global excess deaths associated with COVID-19 January 2020 – December 2021: a comprehensive view of global deaths directly and indirectly associated with the COVID-19 pandemic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021>, consulté le 17 novembre 2022).

² OMS. *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>, consulté le 17 novembre 2022). c

³ Delays and disruptions in cancer health care due to COVID-19 pandemic: Systematic Review. *JCO Glob Oncol*. 2021 Feb; 7:311-323. doi: 10.1200/GO.20.00639. PMID: 33617304; PMCID: PMC8081532.

⁴ OMS. *World Health Statistics 2022*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>, consulté le 17 novembre 2022).

⁵ Patanavanich R, Siripoon T, Amponnavarat S, Glantz SA. Active smokers are at higher risk of COVID-19 death: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2022 Apr 1:ntac085. doi : 10.1093/ntr/ntac085. Epub ahead of print. PMID: 35363877.)

⁶ Cai Z, Yang Y, Zhang J. Obesity is associated with severe disease and mortality in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *BMC Public Health* 2021; 21(1)1505. doi : 10.1186/s12889-021-11546-6.

⁷ OMS. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemics impact: Scientific brief, 2 March 2022. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1, consulté le 17 novembre 2022).

2021, parmi les services de santé essentiels, les services relatifs à la santé mentale, aux troubles neurologiques et à la toxicomanie ont été les plus perturbés.¹

20. Malgré les données attestant de graves perturbations des services de soins de santé et d'une protection moindre à l'égard des facteurs de risque en raison de la pandémie de COVID-19, qui ont conduit à une surmortalité, le renforcement des systèmes de santé pour la prévention et la maîtrise des MNT et la promotion, la protection et les soins de santé mentale ne bénéficient toujours pas d'une attention majeure dans le financement par les organismes internationaux de la lutte contre la COVID-19.

Défis actuels et feuille de route pour agir plus vite au niveau des pays

21. Les investissements actuels dans la mise en œuvre de la liste d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles et les ensembles de mesures de l'OMS, tel que l'ensemble OMS d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (PEN) pour les soins de santé primaires, ne sont toujours pas à la hauteur nécessaire pour accélérer les progrès vers la cible 3.4 des ODD, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure.

22. L'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020² décrit clairement les difficultés qui font obstacle aux progrès aux niveaux national et infranational dans la réalisation des six objectifs, ainsi que d'autres questions transversales sous-jacentes au Plan d'action. Des recommandations y sont également formulées à l'intention du Secrétariat et des États Membres pour relever ces défis en matière de mise en œuvre.

23. Le Secrétariat a présenté des réponses à ces recommandations dans la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial de 2023 à 2030 (ci-après « la feuille de route »),³ qui a été adoptée par l'Assemblée de la Santé dans la décision WHA75(11). L'épidémiologie des MNT étant variable selon les pays et les Régions, ainsi que les situations socioculturelles, économiques et politiques locales, les pays doivent trouver, au niveau national, différents moyens d'atteindre la cible 3.4 des ODD et les cibles fixées dans le Plan d'action mondial. La feuille de route vise à orienter et à aider les États Membres pour qu'ils prennent des mesures d'urgence, en 2023 et après, afin de progresser plus vite, de réorienter leurs plans d'action nationaux et d'en accélérer l'application en vue d'atteindre durablement les neuf cibles mondiales volontaires relatives aux MNT et la cible 3.4 des ODD. La feuille de route, tout en mettant l'accent sur le programme des « MNT 4 par 4 » (quatre maladies – maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et affections respiratoires chroniques – causées par quatre facteurs de risque comportementaux – tabagisme, usage nocif de l'alcool, mauvaise alimentation et inactivité physique) conformément au mandat, devra être mise en œuvre en totale conformité avec les engagements visant à réduire la pollution atmosphérique et à promouvoir la santé mentale et le bien-être (ces derniers étant pris en compte dans le programme des « MNT 5 par 5 »).

¹ WHO. *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November-December 2021: interim report*, 7 February 2022. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527>, consulté le 17 novembre 2022).

² OMS. *Évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 ([https://www.who.int/fr/publications/m/item/mid-point-evaluation-of-the-implementation-of-the-who-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-2013-2020-\(ncd-gap\)](https://www.who.int/fr/publications/m/item/mid-point-evaluation-of-the-implementation-of-the-who-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-2013-2020-(ncd-gap)), consulté le 17 novembre 2022).

³ Document A75/10 Add.8.

TRAVAUX DU SECÉRARIAT

24. Le treizième programme général de travail de l'OMS (2019-2025) s'articule autour de trois priorités stratégiques interconnectées visant à assurer une vie saine et le bien-être de tous à tout âge : l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations. Des réponses efficaces et équitables pour la prévention et la maîtrise des MNT et la promotion, la protection et les soins de la santé mentale font partie intégrante de ces trois priorités stratégiques interconnectées.

25. Le travail technique du Secrétariat est coordonné par un réseau d'experts techniques, réunissant les trois niveaux de l'Organisation, de sorte que les actions, approches, initiatives et missions mondiales clés du Secrétariat contribuent aux cibles du triple milliard du programme général de travail et appuient les trois réorientations stratégiques qui guident les travaux de l'OMS pour atteindre ces cibles : renforcer le leadership ; améliorer l'impact en santé publique dans tous les pays ; et axer les biens publics mondiaux sur l'impact.

26. L'ampleur du travail technique du Secrétariat dans son intégralité, qui aide les États Membres à progresser vers la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et à atteindre les neuf cibles mondiales volontaires relatives aux MNT d'ici à 2025 et la cible 3.4 des ODD, ainsi que d'autres cibles clés, telles que les cibles 3.5, 3.8 et 3.a des ODD, est décrit dans le rapport complémentaire¹ qui présente les actions, approches, initiatives et missions mondiales clés menées par les trois niveaux de l'OMS, via les trois réorientations stratégiques du treizième programme général de travail, 2019-2025.

Renforcer le leadership

27. Le processus de préparation de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui se tiendra en 2025, s'appuie sur les engagements politiques existants pris par l'Assemblée générale en 2011, 2014 et 2018 et offrira l'occasion de tenir compte de l'évolution des programmes et des domaines prioritaires du programme de lutte contre les MNT.² Le Secrétariat facilitera les événements stratégiques en tant qu'étapes cruciales vers l'élaboration et la poursuite d'une vision collective pour les prochaines décennies et d'une voie à suivre pour accélérer les progrès vers la cible 3.4 des ODD sur les MNT et la santé mentale et la cible 3.8 des ODD sur la couverture sanitaire universelle, y compris leur examen en vue de la préparation de la deuxième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle en 2023.³

28. Dans le cadre du processus de préparation, les États Membres devraient fixer des jalons inclusifs, ambitieux et intégrés, qui définissent la vision du programme de lutte contre les MNT de 2025 à 2050 sur la base de données probantes, fondées sur l'équité et les droits humains, en plaçant les pays sur une voie durable pour les prochaines décennies, un lien étant établi avec l'action en cours dans les domaines du bien-être, de l'environnement et de la sécurité sanitaire.

¹ Disponible à l'adresse <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases> (consulté le 19 décembre 2022).

² Document A75/10 Add.5 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add5-fr.pdf, consulté le 17 novembre 2022).

³ OMS. Preparatory process leading to the fourth High-level meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in 2025. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/preparatory-process-leading-to-the-fourth-high-level-meeting-of-the-general-assembly-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-2025>, consulté le 18 décembre 2022).

29. La feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial visera à agir plus vite au niveau national grâce à trois orientations stratégiques pour atteindre la cible 3.4 des ODD avant 2025 et 2030 :

- a) agir plus vite au niveau national grâce à une meilleure compréhension de l'épidémiologie et des facteurs de risque des MNT et des obstacles et facteurs favorisant constatés dans les pays.
- b) privilégier et intensifier la mise en œuvre des interventions pratiques les plus efficaces dans le contexte national ;
- c) garantir des données fiables, actualisées et durables sur les facteurs de risque de MNT et la mortalité pour l'application de mesures reposant sur des données et pour le renforcement de la redevabilité.

30. La feuille de route devrait servir de guide général permettant aux Régions et aux pays, aux institutions du système des Nations Unies et aux acteurs non étatiques d'agir plus vite au niveau national contre les MNT, notamment en renforçant et en réorientant les plans d'action multisectoriels ; en donnant aux systèmes de santé davantage de moyens de faire face aux MNT grâce aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle ; et en renforçant les capacités, le leadership, la gouvernance et les partenariats nationaux.

31. Le Secrétariat a publié en 2022 le Rapport mondial sur la santé mentale,¹ qui présente les dernières données probantes disponibles, fournit des exemples de bonnes pratiques et s'appuie sur des témoignages directs. Le rapport explique clairement pourquoi et où des changements sont indispensables, et comment les intervenants peuvent approfondir l'engagement en faveur de la santé mentale, remodeler les environnements qui influent sur celle-ci, et renforcer les systèmes de santé mentale.

32. Le Secrétariat aide les États Membres à faire face aux effets de la pollution atmosphérique sur la santé en élargissant les connaissances et le suivi de l'exposition à la pollution atmosphérique et des impacts de celle-ci et en renforçant les capacités du secteur de la santé et d'autres secteurs grâce à des outils leur permettant de mener une action multisectorielle. Le Secrétariat aide également les États Membres à adapter à la mise en œuvre des nouvelles lignes directrices mondiales de l'OMS sur la qualité de l'air pour tenir compte du contexte national, au moyen d'une série d'activités visant à favoriser les dialogues et les politiques intersectoriels.

¹ OMS. *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>, consulté le 16 novembre 2022).

Axer les biens publics mondiaux sur l'impact¹

33. Le Secrétariat aide les États Membres à concrétiser la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial, avec un ensemble complet de produits techniques dans tous les domaines programmatiques, qui sont actuellement à différents stades de développement au Siège et dans les bureaux régionaux et permettront aux États Membres d'obtenir plus vite au niveau des pays les résultats fixés à l'échelle mondiale en matière de MNT et de santé mentale, qui sont présentés dans la vue d'ensemble.²

34. L'appui à la concrétisation de la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial sera fourni en pleine conformité avec l'élaboration de produits techniques par le Secrétariat pour aider les États Membres à mettre en œuvre le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 et à lutter contre les effets de la pollution atmosphérique sur la santé.

35. Par la décision WHA75(11), l'Assemblée de la Santé a adopté, entre autres, le plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique.³ En réponse, le Secrétariat s'est consacré essentiellement : i) à aider les États Membres à mettre en œuvre le plan d'action et ses stratégies et interventions à fort impact, en tenant notamment compte de l'initiative SAFER de l'OMS et ii) à renforcer les activités mondiales de sensibilisation, de coordination, de suivi et de renforcement des capacités ayant trait à la problématique de l'alcool et à la santé.

Améliorer l'impact en santé publique dans tous les pays

36. La pandémie de COVID-19 a révélé la nécessité d'une réorientation et d'un renforcement radicaux des systèmes de santé pour favoriser la prévention et la maîtrise des MNT, et la promotion, la protection et les soins de santé mentale en tant que fondement de la couverture sanitaire universelle, ainsi que de la sécurité sanitaire et de la santé et du bien-être pour tous. Malgré les engagements pertinents pris lors de l'Assemblée générale des Nations Unies et les orientations fournies par l'Assemblée de la Santé pour concrétiser ces engagements, les pays sont de plus en plus en demande d'un appui technique compte tenu des orientations et des recommandations plus fermes visant à accélérer les ripostes nationales, améliorer l'intégration des services de santé dans les soins de santé primaires, renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques de prévention et de traitement des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale, et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire. En réponse, le Secrétariat élaborera des orientations techniques et des recommandations pour aider les États Membres à réorienter leurs systèmes de santé de sorte que ceux-ci intègrent la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, en tant que composante de la couverture sanitaire universelle et d'une préparation et d'une riposte efficaces face aux urgences de santé publique. Il sera nécessaire d'évaluer les réponses des systèmes de santé en matière de prévention et de maîtrise des MNT et de promotion, de protection et de soins de la santé mentale par des mesures des résultats. L'un des résultats de référence pour les MNT sera l'amélioration du diagnostic, du traitement et de la maîtrise de l'hypertension qui contribue

¹ OMS. WHO global public health goods for biennium 2020-2021 in WHO Results Report 2020-2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-2021#outcomes>), et OMS. WHO Public Health Goods Technical Products: ongoing technical products for biennium 2022-2023). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/our-work/technical-products>, consulté le 17 novembre 2022).

² Disponible à l'adresse <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases> (consulté le 10 janvier 2023).

³ Disponible à l'adresse <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol> (consulté le 10 janvier 2023).

aujourd'hui à 32 % de tous les décès dans le monde,¹ avec seulement 54 % des personnes souffrant d'hypertension diagnostiquées, 42 % traitées et 21 % dont l'hypertension est maîtrisée.²

37. Étant donné que le Secrétariat ne dispose pas de ressources financières et humaines suffisantes pour répondre à toutes les demandes d'appui technique émanant des pays, il continuera de s'appuyer sur le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires³ et les ensembles élaborés pour favoriser la prévention et la maîtrise des MNT et la promotion, la protection et les soins de la santé mentale en établissant des partenariats aux niveaux national, régional et mondial. D'autres orientations doivent encore être élaborées sur les nouveaux modèles de prestation de services, y compris l'autoprise en charge, les solutions de santé numériques, les personnels de santé prêts à prendre en charge les MNT, le transfert des tâches, l'inclusion des MNT dans les soins de santé universels, et le suivi de la couverture et de la riposte pour parvenir à des résultats sanitaires pertinents.

38. Les travaux en cours pour renforcer les services de lutte contre les MNT via les soins de santé primaires sont entrepris avec un soutien initial, à l'effet catalyseur, fourni dans plus de 120 pays par le biais du Partenariat pour la CSU ; un appui plus intense est apporté par le biais du projet phare Pathway to Care Norway NCD, un appui à la lutte contre l'hypertension par le biais de Resolve to Save Lives et un appui à la lutte contre le cancer par le biais du St. Jude Children's Research Hospital (à Memphis, Tennessee (États-Unis d'Amérique)), entre autres. Ces initiatives démontrent ce qui peut être réalisé grâce au renforcement du système de santé moyennant une approche intégrée des soins de santé primaires, y compris plus récemment dans le contexte d'une pandémie et d'urgences sanitaires.

39. Afin d'aider les pays à fournir à un plus grand nombre de personnes atteintes de MNT des services de santé essentiels de qualité et des médicaments, vaccins, produits de diagnostic et technologies de santé de qualité, sûrs, efficaces, abordables et essentiels, et dans le cadre du Pacte mondial contre le diabète et des engagements pris lors des dialogues avec les entités du secteur privé, l'OMS a préqualifié les premières insulines humaines. En outre, des conditions de stockage actualisées pour les produits préqualifiés faciliteront grandement l'utilisation de ces médicaments essentiels dans des conditions de température difficiles dans des endroits où l'accès à la réfrigération est limité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire concernés.⁴

40. En réponse aux demandes formulées dans la résolution WHA74.5 (2021) sur la santé bucco-dentaire, le Secrétariat a élaboré un plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire,⁵ y compris un cadre de suivi des progrès assorti d'objectifs mesurables clairs à atteindre d'ici à 2030. Ce plan d'action est une étape cruciale dans la mise en œuvre de la résolution sur la santé bucco-dentaire et de la stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire, adoptée dans la décision WHA75(11). Il traduit la vision, le but et les objectifs stratégiques énoncés dans la stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire en orientations pratiques concernant les interventions visant à renforcer et à mieux coordonner les

¹ GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [site Web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f>, consulté le 10 janvier 2023).

² NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet* S0140-6736(21)01330-=-.

³ OMS. Operational Framework for Primary Health Care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>, consulté le 17 novembre 2022).

⁴ OMS. First human insulins prequalified [news item]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://extranet.who.int/pqweb/news/first-human-insulins-prequalified>, consulté le 17 novembre 2022).

⁵ Global oral health action plan (2023-2030) (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/eb152-draft-global-oral-health-action-plan-2023-2030-fr.pdf>, consulté le 18 décembre 2022).

activités en matière de santé bucco-dentaire. Le projet de cadre de suivi mondial qui l'accompagne prévoit deux cibles mondiales générales et neuf cibles mondiales liées aux objectifs stratégiques, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs de base visant à évaluer les progrès de la mise en œuvre.

41. Lancée en 2019, l'Initiative spéciale de l'OMS pour la santé mentale¹ vise à faire progresser les politiques, le plaidoyer et les droits humains relatifs aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives et à renforcer les services de santé mentale. Les pays de mise en œuvre sont l'Argentine, le Bangladesh, le Ghana, la Jordanie, le Népal, le Paraguay, les Philippines, l'Ukraine et le Zimbabwe. L'initiative a bien progressé en 2022, mais son succès demeure incertain en raison de ressources financières et humaines limitées. Il sera essentiel d'investir davantage dans cette initiative pour que les pays puissent fournir des services adéquats et servir les plus vulnérables.

42. Le programme conjoint de l'UNICEF et de l'OMS pour la santé mentale et le bien-être et le développement psychosociaux des enfants et des adolescents² vise à renforcer les capacités de mise en œuvre de stratégies multisectorielles fondées sur des données probantes pour soutenir les enfants, les adolescents et les aidants. À ce jour, huit pays ont été sélectionnés pour y participer : le Bhoutan, la Colombie, l'Égypte, le Guyana, la Jordanie, les Maldives, le Mozambique et la Papouasie-Nouvelle-Guinée. En 2022, l'UNICEF et l'OMS ont soutenu l'élaboration de dossiers de soutien aux pays, engagé 5 millions USD pour appuyer la mise en œuvre et elles contribuent à la conception de plans d'action multisectoriels adaptés aux pays.

43. À la suite de l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031, également via la décision WHA75(11), le Secrétariat aidera les États Membres à fournir des services aux personnes atteintes d'épilepsie et d'autres troubles neurologiques moyennant le suivi de la mise en œuvre. Pour appuyer celle-ci, le Secrétariat a publié une note de synthèse sur l'optimisation de la santé du cerveau tout au long de la vie³ et une note technique sur une approche de santé publique de la maladie de Parkinson.⁴

44. L'annexe au présent rapport comporte un projet de liste actualisée d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et maîtriser les MNT dans le cadre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2030, laquelle aidera les pays à mieux hiérarchiser et à intensifier la mise en œuvre des interventions les plus efficaces et les plus pratiques dans le contexte national. Cette mise à jour est fournie en réponse aux demandes formulées dans les décisions WHA72(11) (2019) et WHA75(11) (2022).

¹ OMS. Special Initiative for Mental health Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>, consulté le 17 novembre 2022).

² UNICEF and WHO Joint Programme on Mental Health and Psychosocial Well-being and Development of Children and Adolescents. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/unicef-and-who-joint-programme-on-mental-health-and-psychosocial-well-being-and-development-of-children-and-adolescents>, consulté le 17 novembre 2022).

³ OMS. *Optimizing brain health across the life course: WHO position paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054561>, consulté le 17 novembre 2022).

⁴ OMS. *Parkinson disease: a public health approach: technical brief*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240050983>, consulté le 17 novembre 2022).

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

45. Le Conseil est invité à prendre note du rapport et de son annexe, et à examiner le projet de décision ci-après :

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Directeur général,¹

A décidé de recommander à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé de prendre note du rapport du Directeur général et de son annexe, et d'adopter la décision suivante :

La Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,

A décidé :

1) d'approuver le projet de liste actualisée d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (mise à jour 2022 de l'appendice 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles) ;

2) de prier le Directeur général : de soumettre un projet de liste actualisée d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles pour examen par la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixantième session, et d'incorporer régulièrement les interventions révisées à l'Appendice 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030, lorsque des données sont disponibles.

¹ Document EB152/6.

ANNEXE

**PROJET D'ACTUALISATION DE L'APPENDICE 3 DU PLAN D'ACTION
MONDIAL POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES
NON TRANSMISSIBLES 2013-2030****Qu'est-ce que l'appendice 3 ?**

1. Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020¹ a été approuvé par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en 2013 ; il s'accompagne d'un appendice comprenant plusieurs options de politique générale et interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et combattre les principales maladies non transmissibles (appelé « appendice 3 »). L'objectif de l'appendice 3 est d'aider les États Membres à mettre en œuvre, comme il convient dans le contexte national (sans préjudice des droits souverains des nations à déterminer notamment leur politique fiscale), des mesures afin d'atteindre les neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale pour prévenir et combattre les principales maladies non transmissibles, par l'intermédiaire des six objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. On trouvait dans la première actualisation de l'appendice 3, réalisée en 2017 et approuvée par la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé,² des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles abordables et présentant un très bon rapport coût/efficacité, ainsi que d'autres interventions d'un bon rapport coût/efficacité destinées à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles. La liste des interventions figurant à l'appendice 3, qui n'est pas exhaustive, doit fournir des informations et des orientations sur la rentabilité des interventions auprès de la population et auprès des individus sur la base des données actuelles. Elle doit par ailleurs servir de point de départ aux activités futures destinées à élargir la base des données factuelles, compte tenu des mesures globales/d'appui et des considérations non financières.

PORTÉE ET OBJET**Pourquoi actualiser l'appendice 3 ?**

2. Les mises à jour actuelles de l'appendice 3, auxquelles il a été procédé comme suite aux décisions WHA72(11) (2019) et WHA75(11) (2022), viennent compléter les stratégies et plans d'action mondiaux existants et fait pendant à l'élaboration de plusieurs nouveaux produits techniques qui appuient la feuille de route pour la mise en œuvre, de 2023 à 2030, du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 (ci-après, la « feuille de route pour la mise en œuvre »),³ ce qui inclut la liste des interventions d'un bon rapport coût/efficacité dans le domaine de la santé mentale,⁴ les interventions recommandées pour combattre les conséquences sanitaires de la

¹ Voir le document WHA66/2013/REC/1, résolution WHA66.10.

² Voir le document WHA70/2017/REC/1, résolution WHA70.11.

³ Document A75/10 Add.8 ; parmi les documents dont l'Assemblée de la Santé a pris note, voir également le document WHA75/REC/3, procès-verbaux de la première séance, section 3, de la cinquième séance, section 2, et de la sixième séance de la Commission A (en anglais seulement).

⁴ OMS. *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343074>, consulté le 1^{er} décembre 2022).

pollution atmosphérique,^{1,2} et la liste des interventions d'un bon rapport coût/efficacité en faveur de la santé bucco-dentaire.³

3. L'appendice 3 a été actualisé afin de progresser plus vite vers la réalisation des neuf cibles mondiales volontaires relatives aux maladies non transmissibles et de la cible 3.4 des objectifs de développement durable, et de soutenir la feuille de route pour la mise en œuvre ainsi que son nouveau plan d'accélération visant à fournir un soutien aux États Membres dans la mise en œuvre des recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, et ce de la manière suivante :⁴

- a) en examinant les interventions qui mettent en application les nouveaux produits normatifs établis par l'OMS depuis l'adoption du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;
- b) en affinant la formulation actuelle de certaines interventions suivant les enseignements tirés de l'utilisation des deux précédentes versions et en rendant compte des nouvelles orientations de l'OMS ;
- c) en ajoutant de nouvelles interventions et en actualisant les interventions existantes sur la base de critères convenus et des nouvelles données scientifiques sur l'impact.

Qu'est-ce qui a changé ?

4. Aucune modification n'a été apportée à la liste des options pour quatre des six objectifs du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles – 1 (accorder un rang de priorité plus élevé à la question de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles), 2 (renforcer la capacité nationale, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats), 5 (promouvoir la recherche-développement) et 6 (suivi et évaluation) –, qui relèvent de recommandations liées au processus et qui sont recensées dans l'annexe technique du présent document.⁵ L'appendice 3 porte sur les objectifs 3 (réduire les facteurs de risque et les déterminants sociaux sous-jacents) et 4 (renforcer et orienter les systèmes de santé).

5. Les critères utilisés pour recenser les interventions à inclure dans la présente mise à jour étaient les mêmes que ceux appliqués pour la mise à jour de 2017 :⁶

¹ OMS. *Compendium of WHO and other UN guidance on health and the environment, 2022 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352844>, consulté le 1^{er} décembre 2022).

² OMS. *WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>, consulté le 1^{er} décembre 2022).

³ Voir le document WHA74/2021/REC/1, résolution WHA74.5.

⁴ Document A75/10 Add.6, annexe 12 ; parmi les documents dont l'Assemblée de la Santé a pris note, voir également le document WHA75/REC/3, procès-verbaux de la première séance, section 3, de la cinquième séance, section 2, et de la sixième séance de la Commission A (en anglais seulement).

⁵ OMS. *Noncommunicable diseases: updating Appendix 3 of the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2030*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/updating-appendix-3-of-the-who-global-ncd-action-plan-2013-2030/>, consulté le 9 décembre 2022).

⁶ Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259350>, page 3 – « Comment ces interventions ont-elles été choisies ? » (consulté le 19 décembre 2022).

- a) l'intervention a une ampleur dont les effets, démontrés et quantifiables, sont établis dans au moins une étude publiée dans une revue à comité de lecture ;
 - b) l'intervention est clairement reliée à l'une des cibles mondiales relatives aux maladies non transmissibles.
6. Il est proposé d'inclure dans le nouvel appendice 3 les interventions ci-après (en sachant que toutes les interventions figurant dans la mise à jour de 2017 ont été réexaminées) :
- a) les interventions restées inchangées depuis la dernière mise à jour (2017) ;
 - b) les interventions issues de la mise à jour de 2017 qui ont été reformulées ou modifiées pour tenir compte de l'actualisation des politiques de l'OMS ou des données scientifiques ;
 - c) les interventions issues de la mise à jour de 2017 qui n'avaient fait l'objet d'aucune analyse à l'époque, et qui ont été examinées sur le plan de la rentabilité dans le cadre de la mise à jour de 2022 ;
 - d) les nouvelles interventions découlant des nouvelles orientations et des nouveaux produits techniques de l'OMS.

7. Les mises à jour proposées sont présentées dans le tableau. Au total, 90 interventions et 22 mesures globales/d'appui ont été recensées, ce qui représente une augmentation par rapport à la liste de 2017, qui comprenait 88 interventions (dont des mesures globales/d'appui). Il a été procédé à une analyse de rentabilité pour 58 des 90 interventions à l'aide de WHO-CHOICE,¹ une méthode permettant de choisir les interventions les plus rentables qui avait également été utilisée dans le cadre de la mise à jour de 2017. L'augmentation du nombre d'interventions entre les mises à jour de 2017 et de 2022 s'explique par la disponibilité de nouvelles données scientifiques ou de propositions de recommandations qui ont été formulées par les unités techniques et/ou les groupes d'experts du Secrétariat ayant trait au Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Sur les 58 interventions rentables, les 28 interventions étant considérées comme les plus rentables et applicables sont indiquées en **gras** dans le tableau.² Dans la version précédente, il y avait 16 interventions de cet ordre.³ Un seuil de rentabilité, qui varie en fonction de la situation nationale, est généralement appliqué pour recenser les interventions présentant un bon rapport qualité/prix. Par exemple, si le seuil national de rentabilité choisi par un pays à faible revenu est de 1000 dollars internationaux par année de vie en bonne santé gagnée, alors 82 % des 58 interventions proposées dans la mise à jour de 2022 présenteraient un bon rapport qualité/prix dans ce pays. En outre, 32 interventions faisant partie des orientations de l'OMS ont également été incluses, mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse WHO-CHOICE, ce qui ne signifie pas qu'elles ne soient pas rentables, abordables ou applicables. Simplement, l'analyse n'a pas pu être effectuée dans le cadre de la mise à jour de 2022, et la communication d'informations actualisées se poursuivra.

¹ Disponible à l'adresse <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/generalized-cost-effectiveness-analysis> (consulté le 19 décembre 2022).

² Avec un rapport coût/efficacité moyen ≤ 100 dollars internationaux (\$) par année de vie en bonne santé gagnée dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Le dollar international (\$) est une unité monétaire hypothétique dont la parité de pouvoir d'achat est la même que celle du dollar des États-Unis aux États-Unis d'Amérique à un moment donné.

³ Sur la base du rapport coût/efficacité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Annexe technique

8. Les mises à jour de 2022 figurant dans cette liste sont étayées par l'annexe technique,¹ qui présente des informations détaillées sur la méthodologie employée pour recenser et analyser les interventions, les hypothèses utilisées dans le cadre de la modélisation économique WHO-CHOICE et une liste actualisée des outils et des ressources de l'OMS pour chaque objectif. On trouvera par ailleurs dans l'annexe technique des analyses économiques plus détaillées pour chaque intervention, ainsi que des tableaux récapitulatifs des coûts, des incidences sur la santé et du rapport coût/efficacité présentés sous forme de fourchettes pour l'ensemble des interventions, qui sont ventilées selon les trois catégories de pays. Des informations détaillées sur les méthodes, les données et les hypothèses qui sous-tendent les différentes interventions par maladie et par facteur de risque sont présentées dans des notes techniques distinctes.²

Importance des considérations non financières

9. Les analyses économiques qui figurent dans l'annexe technique permettent d'évaluer la rentabilité, sur la base de l'impact sanitaire et du coût économique de l'intervention. Bien que ces résultats présentent une série de paramètres que les États Membres doivent examiner, il convient de souligner qu'une analyse mondiale de la rentabilité comme celle-ci doit s'accompagner d'analyses prenant davantage en considération la situation au niveau local. L'outil OneHealth Tool³ peut aider les pays à évaluer le coût de certaines interventions en fonction de leur situation nationale. Le Secrétariat envisagera par ailleurs la mise au point d'un outil interactif en ligne permettant aux pays de visualiser les effets, sur les cibles nationales relatives aux maladies non transmissibles, de la hiérarchisation et du renforcement de la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité issues de l'appendice 3 actualisé dans le cadre de la feuille de route pour la mise en œuvre.

10. Au moment d'examiner les interventions axées sur la prévention et la prise en charge des maladies ou des affections, y compris des maladies non transmissibles, il conviendrait de mettre l'accent tant sur des critères financiers que non financiers, car ils auront tous deux des répercussions sur la mise en œuvre et l'impact des interventions. Il est essentiel de prendre en compte des aspects non financiers tels que l'acceptabilité, la faisabilité ou la capacité du système de santé, la durabilité, l'évolutivité, l'équité et l'éthique⁴ dans le cadre de la hiérarchisation et de la mise en œuvre des interventions proposées, en fonction de la situation propre à chaque pays. Les considérations non financières essentielles pouvant avoir une incidence sur la faisabilité de certaines interventions dans certains contextes figurent dans une colonne distincte du tableau.

¹ OMS. Noncommunicable diseases: updating Appendix 3 of the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/updating-appendix-3-of-the-who-global-ncd-action-plan-2013-2030/>, consulté le 9 décembre 2022).

² OMS. Updating Appendix 3 of the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé [site Web] (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/updating-appendix-3-of-the-who-global-ncd-action-plan-2013-2030/>, consulté le 2 décembre 2022).

³ Disponible à l'adresse <https://www.who.int/tools/onehealth> (consulté le 18 décembre 2022).

⁴ OMS. Principles of health benefit packages. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020689>, consulté le 2 décembre 2022).

Tableau. Actualisation 2022 de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
OBJECTIF 3		
TABAGISME		
Mesures générales/incitatives	<p><i>Pour les Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la mise en œuvre effective de la Convention-cadre de l'OMS et des directives pour l'application de ses articles, ainsi que du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, le cas échéant • Établir et rendre opérationnels les mécanismes nationaux de coordination de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS dans le contexte d'une stratégie nationale de lutte antitabac prévoyant des mandats, des responsabilités et des ressources spécifiques <p><i>Pour les États Membres qui ne sont pas Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Envisager de mettre en œuvre les mesures prévues par la Convention-cadre de l'OMS et les directives pour l'application de ses articles, ainsi que le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, le cas échéant, en tant qu'instruments fondamentaux de la lutte antitabac à l'échelle mondiale 	
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les prix des produits du tabac et les droits d'accise sur ces produits • Adopter des mises en garde sanitaires illustrées de grande taille sur tous les conditionnements du tabac, ainsi qu'un conditionnement neutre/standard • Promulguer et appliquer une interdiction complète de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage • Éliminer l'exposition passive à la fumée du tabac dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics fermés et les transports publics • Mener des campagnes médiatiques efficaces pour avertir le grand public des dangers du tabagisme et du tabagisme passif, et favoriser un changement de comportements • Fournir un soutien efficace et gratuit à l'échelle de la population (comprenant de brefs conseils, un service téléphonique national gratuit et l'utilisation des technologies mobiles (mCessation)) pour aider tous les consommateurs de tabac à arrêter de fumer • Organiser des interventions pharmacologiques efficaces et gratuites à l'intention de tous les consommateurs de tabac qui souhaitent arrêter de fumer – recours au traitement de substitution nicotinique, au bupropion et à la varénicline 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiert des capacités pour mettre en œuvre la réglementation et la législation et veiller à leur respect • Requiert des prestataires qualifiés en nombre suffisant et un système de santé efficace

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système de suivi et de traçabilité pour favoriser l'élimination du commerce illicite des produits du tabac qui soit conforme à l'article 8 du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac • Interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage transfrontières, y compris lorsque ces activités sont menées via des moyens de communication modernes 	
USAGE NOCIF DE L'ALCOOL		
Mesures générales/incitatives	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les recommandations applicables issues de la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, en prenant des mesures multisectorielles dans les domaines recommandés • Mettre en œuvre le Plan d'action mondial de l'OMS contre l'alcool 2022-2030 pour appuyer et compléter les mesures et les interventions mises en œuvre au niveau national, dans le prolongement des 10 domaines d'action recommandés dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool • Renforcer le leadership et accroître l'engagement et les capacités afin de combattre l'usage nocif de l'alcool • Renforcer les connaissances sur l'ampleur et la nature des problèmes causés par l'usage nocif de l'alcool grâce à des programmes de sensibilisation, à des travaux de recherche opérationnelle et à une amélioration des systèmes de suivi et de surveillance 	
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les droits d'accise sur les boissons alcoolisées • Promulguer et appliquer des interdictions ou des restrictions globales de la publicité en faveur de l'alcool (dans plusieurs types de médias) • Promulguer et appliquer des restrictions à la disponibilité de l'alcool au détail (en limitant les horaires de vente) • Promulguer et appliquer des lois contre la conduite en état d'ébriété, fixer des seuils d'alcoolémie pour les conducteurs de véhicules et prévoir des contrôles routiers inopinés • Proposer de brèves interventions psychosociales aux personnes qui font un usage dangereux et nocif de l'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Le prélèvement des taxes doit aller de pair avec d'autres mesures tarifaires, telles que l'interdiction des remises ou des promotions • Requiert des capacités et des infrastructures pour appliquer et faire appliquer la réglementation et la législation • Requiert des prestataires qualifiés à tous les niveaux des soins de santé

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner régulièrement les prix compte tenu du niveau de l'inflation et des revenus • Fixer des prix planchers pour l'alcool, le cas échéant • Fixer un âge minimum approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et faire appliquer cette limite d'âge, et réduire la densité des points de vente au détail • Limiter ou interdire la promotion de boissons alcoolisées dans le cadre de parrainages et d'activités destinées aux jeunes • Assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles et des comorbidités liés à l'usage de l'alcool dans le cadre des services sanitaires et sociaux • Communiquer aux consommateurs des informations, y compris via des étiquettes et des mises en garde, sur le contenu des boissons alcoolisées et sur les méfaits associés à la consommation d'alcool 	
MAUVAISE ALIMENTATION		
Mesures générales/incitatives	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant élaborée conjointement par l'OMS et l'UNICEF et le Plan d'application exhaustif de l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant • Élaborer et mettre en œuvre des directives alimentaires et nutritionnelles nationales, ainsi que des modèles de profil nutritionnel pour différentes applications, le cas échéant 	
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> • Reformulation des politiques pour des boissons et des produits alimentaires plus sains (élimination des acides gras trans et/ou réduction des graisses saturées, des sucres libres et/ou du sodium, par exemple) • Étiquetage sur la face avant des emballages dans le cadre de politiques globales en matière d'étiquetage nutritionnel pour aider les consommateurs à mieux cerner les aliments sains et à opter pour ce type de produits • Politiques publiques d'achat et de services alimentaires en faveur d'une alimentation saine (pour réduire l'apport énergétique ainsi que l'apport de sodium et de mauvaises graisses et augmenter la consommation de légumineuses, de céréales complètes, de fruits et de légumes, par exemple) • Communication et campagnes dans les médias incitant à un changement de comportement de sorte à favoriser une alimentation saine (pour réduire l'apport énergétique ainsi que l'apport de sucres libres, de sodium et de mauvaises graisses et augmenter la consommation de légumineuses, de céréales complètes, de fruits et de légumes, par exemple) • Politiques visant à protéger les enfants des effets néfastes de la promotion des produits alimentaires sur l'alimentation • Protection, promotion et défense des pratiques d'allaitement optimales • Taxation des boissons sucrées dans le cadre des politiques fiscales pour une alimentation saine 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiert des mesures multisectorielles, en collaboration avec les ministères concernés et avec le soutien de la société civile • Nécessite des capacités en matière de réglementation et des mesures multisectorielles

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Subventions sur les boissons et les aliments sains (les fruits et légumes, par exemple) dans le cadre de politiques fiscales globales pour une alimentation saine • Étiquetage des menus dans les services de restauration en vue de favoriser une alimentation saine (pour réduire l'apport énergétique ainsi que l'apport de sucres libres, de sodium et/ou de mauvaises graisses, par exemple) • Limitation de la taille des portions et des conditionnements en vue de favoriser une alimentation saine (pour réduire l'apport énergétique ainsi que l'apport de sucres libres, de sodium et/ou de mauvaises graisses, par exemple) • Éducation et conseils en matière de nutrition pour favoriser une alimentation saine dans différents environnements (par exemple dans les établissements préscolaires et scolaires, sur les lieux de travail et dans les hôpitaux) 	
SÉDENTARITÉ		
Mesures générales/incitatives	<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, qui a pour thème « Une population plus active pour un monde en meilleure santé » • ACTIFS : module technique pour promouvoir l'activité physique • Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité • Leadership et engagement de l'ensemble des pouvoirs publics en faveur de la lutte contre la sédentarité au moyen d'une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie • Mobilisation forte en faveur d'une plus grande sensibilisation aux avantages transversaux de l'augmentation de l'activité physique, de la recherche opérationnelle, de l'application des connaissances et d'un renforcement des systèmes de suivi et de surveillance 	
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des campagnes de communication soutenues à l'échelle de la population sur les meilleures pratiques pour promouvoir l'activité physique, et établir des liens avec des programmes à assise communautaire et visant à améliorer l'environnement pour susciter un changement de comportements • Fournir une analyse concernant l'activité physique, des conseils en la matière et un appui au changement de comportements, par de brèves interventions dans le cadre des services systématiques de soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiert des mesures multisectorielles, en collaboration avec les ministères concernés et avec le soutien de la société civile • Requiert des capacités, et du personnel suffisamment formé dans le domaine des soins primaires
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une politique de planification urbaine et des transports ainsi qu'une politique d'aménagement urbain à tous les échelons de l'administration publique afin que les populations puissent bénéficier de quartiers compacts permettant une utilisation mixte des terres, de réseaux connectés propices aux déplacements à pied et à vélo et d'un accès équitable à des espaces publics ouverts sûrs et de qualité qui favorisent l'activité physique et la mobilité active • Mettre en œuvre, en milieu scolaire, des programmes qui prévoient une éducation physique de qualité, mettre à disposition des installations, des équipements et des programmes adéquats propices aux déplacements actifs vers et/ou depuis l'école et favoriser l'activité physique chez tous les enfants, quelles que soient leurs capacités, pendant et après l'école • Améliorer les infrastructures piétonnières et cyclables en permettant à tous d'y accéder dans des conditions d'égalité, l'objectif étant de donner à des personnes de tous âges et de toutes capacités la possibilité de se déplacer à 	

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
	<p>pied ou à vélo et de pratiquer d'autres formes de micromobilité (déplacements en fauteuils roulants, en scooters ou en patins, par exemple) en toute sécurité, et de promouvoir ces pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des programmes d'exercice physique sur le lieu de travail à composantes multiples • Permettre et promouvoir l'exercice physique en mettant en place des programmes sportifs et récréatifs au niveau local et organiser des événements participatifs collectifs gratuits pour favoriser la mobilisation des personnes de tous âges, quelles que soient leurs capacités 	
OBJECTIF 4		
Mesures générales/incitatives	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les interventions de lutte contre les maladies non transmissibles présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble des soins de santé primaires de base, avec des systèmes d'orientation-recours à tous les niveaux de soins, pour faire avancer le projet de couverture sanitaire universelle • Chercher des mécanismes de financement de la santé viables et des outils économiques novateurs reposant sur des bases factuelles • Étendre le dépistage précoce et la couverture, en privilégiant les interventions à fort impact et d'un très bon rapport coût/efficacité, y compris les interventions rentables pour agir sur les facteurs de risque comportementaux • Former les personnels de santé et renforcer les capacités des systèmes de santé, en particulier au niveau des soins primaires, en vue de prévenir et combattre les maladies non transmissibles • Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) d'un prix abordable nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés • Mettre en œuvre d'autres interventions et options d'un bon rapport coût/efficacité relevant de l'objectif 4 pour renforcer et réorienter les systèmes de santé afin qu'ils combattent les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque moyennant des soins de santé primaires centrés sur la personne et la couverture sanitaire universelle • Élaborer et mettre en œuvre une politique de soins palliatifs prévoyant l'accès aux analgésiques opioïdes pour soulager la douleur, ainsi que la formation du personnel de santé dans ce domaine • Utiliser davantage les technologies numériques pour élargir l'accès aux services de santé, rendre la prévention des maladies non transmissibles plus efficace et faire baisser les dépenses liées aux soins de santé 	
MALADIES CARDIOVASCULAIRES		
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention secondaire du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales en créant un registre des patients qui bénéficieront d'une prophylaxie continue à base de pénicilline • Traitement pharmacologique de l'hypertension chez l'adulte, au moyen notamment : de thiazides ou d'agents qui s'y apparentent ; d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine/de bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine et d'inhibiteurs calciques 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre possible dans tous les contextes et conforme aux dernières lignes directrices de l'OMS (2021) • Les protocoles simples peuvent être suivis par des prestataires non médecins selon la situation nationale

Liste des options de politique générale ^a	Considérations non financières essentielles ^b
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales en améliorant le traitement de la pharyngite à streptocoque au niveau des soins primaires • Chimiothérapie (traitement au moyen d'un agent antihypertenseur et par statine) pour maîtriser les risques cardiovasculaires en tenant compte du risque total et en dispensant des conseils aux sujets qui ont eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral et à ceux exposés à un risque élevé ($\geq 20\%$) d'événement cardiovasculaire fatal ou non au cours des 10 prochaines années en s'appuyant sur les diagrammes actualisés de l'OMS permettant d'estimer les risques de maladie cardiovasculaire • Chimiothérapie (traitement au moyen d'un agent antihypertenseur) pour maîtriser les risques cardiovasculaires en tenant compte du risque total et en dispensant des conseils aux sujets qui ont eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral et à ceux exposés à un risque élevé ($\geq 10\%$) d'événement cardiovasculaire fatal ou non au cours des 10 prochaines années en s'appuyant sur les diagrammes actualisés de l'OMS permettant d'estimer les risques de maladie cardiovasculaire • Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde par l'acide acétylsalicylique ; les patients sont d'abord pris en charge en milieu hospitalier et bénéficient d'un suivi dans des établissements de soins primaires – taux de couverture : 95 % • Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde par l'acide acétylsalicylique et par thrombolyse ; les patients sont initialement pris en charge en milieu hospitalier et bénéficient d'un suivi dans des établissements de soins primaires – taux de couverture : 95 % • Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde par l'acide acétylsalicylique, par thrombolyse et par clopidogrel ; les patients sont initialement pris en charge en milieu hospitalier et bénéficient d'un suivi dans des établissements de soins primaires – taux de couverture : 95 % • Traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique par thrombolyse intraveineuse • Acide acétylsalicylique à faible dose dans les 24 à 48 heures pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux ischémiques 	<ul style="list-style-type: none"> • La faisabilité et le caractère pratique de la mise en œuvre doivent être évalués et déterminés. Les interventions relatives au contrôle de la pression artérielle et de la glycémie chez les personnes diabétiques ne sont pas présentées ici mais dans la section réservée aux interventions auprès des personnes diabétiques. • La faisabilité et le caractère pratique de la mise en œuvre doivent être évalués et déterminés. Le contrôle de la glycémie n'est pas prévu dans le cadre de cette intervention mais dans l'intervention intitulée « Contrôle de la pression artérielle chez les personnes diabétiques ». • Dans le cas du traitement de l'infarctus aigu du myocarde, le choix de l'option thérapeutique dépend de la capacité des systèmes de santé • La faisabilité et le caractère pratique de la mise en œuvre doivent être déterminés en fonction de la capacité des systèmes de santé

	Liste des options de politique générale ^a	Considérations non financières essentielles ^b
	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des accidents vasculaires cérébraux ischémiques par thrombectomie mécanique dans les établissements habilités à pratiquer cette méthode • Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde par angioplastie coronaire, par acide acétylsalicylique et par clopidogrel, les patients sont initialement pris en charge en milieu hospitalier et bénéficient d'un suivi dans des établissements de soins primaires – taux de couverture : 95 % • Soins complets* dispensés aux victimes d'accidents vasculaires cérébraux aigus dans des unités spécialisées <p>* Cela inclut des stratégies de gestion des effectifs par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les accidents vasculaires cérébraux, l'accès à des équipements de contrôle et la réadaptation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La faisabilité et le caractère pratique de la mise en œuvre doivent être évalués et déterminés en fonction de la capacité des systèmes de santé ; nécessite un établissement chirurgical doté d'effectifs dûment formés • Dans le cas du traitement de l'infarctus aigu du myocarde, le choix de l'option thérapeutique dépend de la capacité des systèmes de santé • Approche multidisciplinaire précoce à déterminer, en fonction de la situation nationale notamment. La constitution d'effectifs chargés de la réadaptation en tant que partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire dépend de la capacité des systèmes de santé
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de l'insuffisance cardiaque congestive à l'aide d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, de bêtabloquants et de diurétiques • Rééducation cardiaque après un infarctus du myocarde • Traitement anticoagulant en cas de risque moyen à élevé de fibrillation auriculaire non valvulaire et en cas de sténose mitrale avec fibrillation auriculaire • Traitement de l'hypertension au moyen d'agents antihypertenseurs combinés dans un seul comprimé • Prévention secondaire de la cardiopathie ischémique à l'aide de statines, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, de bêtabloquants et d'acide acétylsalicylique (à faible dose) • Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires • Vaccination contre la COVID-19 des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires 	

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
DIABÈTE		
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage de la protéinurie chez les patients diabétiques et traitement à l'aide d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour prévenir et retarder l'atteinte rénale Contrôle de la pression artérielle chez les personnes diabétiques Utilisation de statines chez les personnes diabétiques de plus de 40 ans Soins des pieds pour prévenir l'amputation chez les patients diabétiques (y compris programmes d'éducation, accès à des articles chaussants adaptés et centres de soins pluridisciplinaires) Dépistage de la rétinopathie diabétique pour tous les patients diabétiques et traitement par photocoagulation au laser pour prévenir la cécité Contrôle de la glycémie pour les patients diabétiques, et surveillance standard de la glycémie à domicile pour les patients insulinodépendants afin d'éviter les complications du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> Suppose de disposer de personnels de santé aptes à mener des évaluations rétinienne et à procéder à des traitements par photocoagulation
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> Vaccination des personnes diabétiques contre la grippe saisonnière Vaccination des personnes diabétiques contre la COVID-19 	
AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES		
Analyse WHO-CHOICE disponible ^c	<ul style="list-style-type: none"> Traitement d'urgence en cas d'aggravation de l'asthme par bronchodilatateurs en inhalation et par stéroïdes administrés oralement Traitement d'urgence en cas d'aggravation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive par bronchodilatateurs en inhalation et par stéroïdes administrés oralement Prise en charge à long terme de la bronchopneumopathie chronique obstructive par bronchodilatateurs en inhalation Prise en charge à long terme de l'asthme par bronchodilatateurs en inhalation et par béclométhasone (faibles doses) 	<ul style="list-style-type: none"> Requiert des prestataires qualifiés à tous les niveaux des soins de santé
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes atteintes d'une maladie respiratoire chronique Accès à des fourneaux améliorés et à des combustibles plus propres afin de réduire la pollution à l'intérieur des habitations Interventions d'un bon rapport coût/efficacité afin de prévenir les affections respiratoires d'origine professionnelle, dues par exemple à l'exposition à la silice ou à l'amiante Vaccination contre la COVID-19 des personnes atteintes d'une maladie respiratoire chronique 	

Liste des options de politique générale ^a	Considérations non financières essentielles ^b
CANCER	
<p style="text-align: center; transform: rotate(-90deg); transform-origin: left top;">Analyse WHO-CHOICE disponible^c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccination contre le papillomavirus humain (1 à 2 doses) des filles et des adolescentes âgées de 9 à 14 ans • Cancer du col de l'utérus : tests de détection de l'ADN du papillomavirus humain à partir de 30 ans, et dépistage régulier tous les 5 à 10 ans (au moyen d'une approche dépistage-traitement ou d'une approche dépistage-triage-traitement) • Cancer du col de l'utérus : programmes de diagnostic précoce associés au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer • Cancer du sein : programmes de diagnostic précoce associés au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer • Cancer colorectal : programmes de diagnostic précoce associés au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer • Prévention du cancer du foie par la vaccination antihépatite B¹ • Cancer de l'enfant : programmes de diagnostic précoce associés au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer, l'accent étant mis sur les six cancers de référence établis dans l'Initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant de l'OMS • Détection précoce et traitement complet du cancer chez les personnes vivant avec le VIH • Cancer du sein : dépistage par mammographie (une fois tous les 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans) associé au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer du sein dans les cas où un programme de dépistage par mammographie est recommandé • Cancer de la cavité buccale : programme de détection précoce du cancer de la cavité buccale, comprenant, le cas échéant, un programme de dépistage ciblé s'adressant aux groupes à haut risque dans certains contextes, en fonction de la charge de morbidité et de la capacité des systèmes de santé, associé à une prise en charge globale du cancer • Cancer de la prostate : programmes de diagnostic précoce associés au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer • Dépistage du cancer colorectal : programme axé sur la population comprenant une analyse des selles, le cas échéant, à partir de 50 ans, associé à un traitement sans retard dans les cas où un programme de dépistage est recommandé • Cancers (de la sphère) ORL, y compris de la cavité buccale : programmes de diagnostic précoce associés au diagnostic sans retard et au traitement complet du cancer • Soins palliatifs de base pour le cancer : soins hospitaliers ou à domicile avec des équipes multidisciplinaires et accès aux opiacés et aux médicaments d'accompagnement essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Des systèmes de dépistage organisé dans la population sont nécessaires • Des systèmes de dépistage organisé dans la population sont nécessaires • Des systèmes de dépistage organisé dans la population sont nécessaires • Requiert l'accès aux médicaments placés sous contrôle pour le traitement de la douleur

¹ Le rapport coût/efficacité de la prévention du cancer du foie est optimal dans les pays où la prévalence de l'hépatite B est élevée, en particulier avec la vaccination dans la petite enfance et à la naissance, compte tenu de la faisabilité et du coût de la vaccination.

Liste des options de politique générale ^a		Considérations non financières essentielles ^b
Analyse WHO-CHOICE non disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes atteintes d'un cancer • Vaccination contre la COVID-19 des personnes atteintes d'un cancer 	

^a Les interventions indiquées en **gras** sont celles dont le rapport coût/efficacité moyen est ≤ 100 \$ par année de vie en bonne santé gagnée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.

^b La seule rentabilité ne suffit pas pour qu'une intervention puisse être mise en œuvre dans tous les contextes. Cette colonne indique certains des aspects non financiers essentiels dont il faudrait tenir compte pour estimer la faisabilité des interventions dans des contextes donnés.

^c <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/generalized-cost-effectiveness-analysis> (consulté le 19 décembre 2022).

= = =