



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

Rapport du Directeur général

1. Les organes directeurs de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont prié le Directeur général de soumettre au Conseil exécutif, à sa cent cinquantième session, des informations sur les mesures suivantes qui avaient été demandées. Voir le Tableau 1.

Tableau 1. Mesures que le Directeur général a été prié de prendre en vertu de décisions ou de résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et de l'Assemblée générale des Nations Unies

Décision ou résolution	Mesure	Partie concernée du document
WHA74(10) (2021)	Présenter une feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial de 2023 à 2030 pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030.	Annexe 1
WHA74.4	Élaborer des recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles et envisager la définition éventuelle de cibles à cet égard.	Annexe 2
WHA74.5	Élaborer un projet de stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire.	Annexe 3
Résolution 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies ¹	Établir des recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire.	Annexe 4
WHA73.10 (2020)	Élaborer un plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques, à l'appui de la couverture sanitaire universelle.	Annexe 7

¹ Pour donner suite au paragraphe 40 de la résolution 73/2 de l'Assemblée générale et à l'annexe 9 du document EB148/7.

Décision ou résolution	Mesure	Partie concernée du document
EB146(14) (2020)	Élaborer un plan d'action pour la période 2022-2030 afin de mettre effectivement en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique.	Annexe 8 ¹
WHA74.4	Élaborer des recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie et envisager la définition éventuelle de cibles à cet égard.	Annexe 9
WHA74(11)	Élaborer un plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles.	Annexe 10

2. Le présent rapport fait suite à la décision WHA72(11) (2019), dans laquelle l'Assemblée de la Santé prie le Directeur général « de regrouper les rapports sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale dans un rapport annuel devant être soumis à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, de 2021 à 2031, et auquel seront annexés les rapports sur la mise en œuvre des résolutions, des stratégies et des plans d'action dans ces domaines, conformément aux mandats et calendriers existants concernant ces rapports ». Le Tableau 2 présente les éléments correspondants de ce rapport.

Tableau 2. Mandats visés au paragraphe 3.e) de la décision WHA72(11) et rapports de situation correspondants présentés dans ce document

Résolutions ou décisions dans lesquelles figurent, pour les sujets ci-après, les mandats relatifs à l'établissement de rapports sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale	Partie concernée du document
<ul style="list-style-type: none"> • Résolution WHA73.2 (2020) sur la stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et les objectifs et cibles qui y sont associés, pour la période 2020-2030 	Annexe 5
<ul style="list-style-type: none"> • Résolution WHA66.10 (2013) sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles • Décision WHA72(11) (2019) sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 	Annexe 6

CONTEXTE

3. Les approches recommandées qui figurent dans les annexes du présent rapport doivent être comprises dans le contexte des engagements pris par les États Membres à l'Assemblée générale des Nations Unies et des orientations fournies par l'Assemblée mondiale de la Santé pour concrétiser ces engagements.

4. À l'Assemblée générale des Nations Unies, les États Membres se sont engagés, entre autres, à envisager :

- de définir des objectifs nationaux pour 2025 et des indicateurs de processus pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT) en fonction des situations nationales, en tenant compte des neuf objectifs mondiaux volontaires relatifs aux MNT ;

¹ Le projet de plan d'action figure à l'appendice de l'annexe 8 du document EB150/7 Add.1.

- d'élaborer des politiques et plans multisectoriels nationaux ou de renforcer ceux qui existent déjà pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2025, en tenant compte du Plan d'action mondial prolongé pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 ;
- d'élaborer dans les meilleurs délais des initiatives nationales ambitieuses dans l'optique de la mise en œuvre globale du Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris la cible 3.4 (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) des objectifs de développement durable (ODD) et d'autres cibles des ODD liées aux MNT ;
- d'intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU) ;
- de promouvoir et de mettre en œuvre des mesures politiques, législatives et réglementaires, y compris des mesures budgétaires s'il y a lieu, en vue de réduire au minimum l'incidence des principaux facteurs de risque des MNT.

5. À cette fin, les États Membres ont confirmé à l'Assemblée mondiale de la Santé les objectifs énoncés dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et dans le Plan d'action global pour la santé mentale étendus 2013-2030 afin de concrétiser les engagements pris et de contribuer à la réalisation des buts et des cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030 relatifs aux MNT.

6. Le projet de feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial, qui figure à l'annexe 1 du présent rapport, orientera les États Membres et les aidera à prendre des mesures d'urgence, en 2023 et après, pour progresser plus vite et réorienter leurs plans d'action nationaux et en accélérer l'application en vue d'atteindre durablement les neuf cibles mondiales volontaires relatives aux MNT et la cible 3.4 des ODD telle que mesurée par l'indicateur 3.4.1 des ODD (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). Le projet de recommandations visant à renforcer et à suivre la lutte contre le diabète (annexe 2) et les recommandations relatives à la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, y compris la prise en compte de l'élaboration éventuelle d'objectifs à cet égard (annexe 9), aideront les États Membres à combler les lacunes en cas de régression. Le projet de plan d'action pour la période 2022-2030 afin de mettre effectivement en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique (annexe 8) aidera les États Membres à prendre des mesures contre un facteur de risque pour lequel les progrès ont été plus lents ces dernières années. Le projet de plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 (annexe 7) et la stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire (annexe 3) aideront les États Membres à prendre des mesures dans des domaines où la charge est importante, croissante et sous-estimée. Le projet de recommandations sur le traitement des personnes vivant avec des maladies non transmissibles et la prévention et la maîtrise de leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire (annexe 4) aidera les États Membres et contribuera à assurer la continuité des services de santé essentiels et des fonctions de santé publique, conformément aux principes humanitaires. Le projet de plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles (annexe 10) permettra de mobiliser et de diffuser des connaissances, de mieux faire entendre les personnes atteintes de maladies non transmissibles et de mieux faire connaître leur situation.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

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

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,¹ a décidé de recommander à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé de prendre note du rapport et de ses annexes et d'adopter :

- la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial de 2023 à 2030 pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 ;²
- les recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris des cibles éventuelles ;³
- la stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire ;⁴
- les recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire ;⁵
- le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 ;⁶
- 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 ;⁷
- les recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie et la définition éventuelle de cibles à cet égard ;⁸
- le plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2022-2025.⁹

¹ Document EB150/7.

² Voir le document EB150/7, annexe 1.

³ Voir le document EB150/7, annexe 2.

⁴ Voir le document EB150/7, annexe 3.

⁵ Voir le document EB150/7, annexe 4.

⁶ Voir le document EB150/7, annexe 7.

⁷ Voir le document EB150/7, annexe 8, voir également le document EB150/7 Add.1, où figure l'appendice à l'annexe 8.

⁸ Voir le document EB150/7, annexe 9.

⁹ Voir le document EB150/7, annexe 10.

ANNEXE 1

**PROJET DE FEUILLE DE ROUTE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU
PLAN D'ACTION MONDIAL DE 2023 À 2030 POUR LA LUTTE CONTRE
LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2013-2030****Mandat**

1. Dans sa décision WHA74(10) l'Assemblée mondiale de la Santé prie le Directeur général de l'OMS de présenter « une feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial de 2023 à 2030, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à sa cent cinquantième session, et moyennant des consultations ultérieures avec les États Membres¹ et les parties concernées, à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé pour examen ».

Portée, objet et modalités

2. L'attention accordée aux MNT au niveau mondial, ces deux dernières décennies, ne suffit pas à alléger la charge que représentent les MNT compte tenu des neuf cibles volontaires fixées dans le Plan d'action mondial et de la cible 3.4 des ODD, telles que mesurées par l'indicateur 3.4.1. Les facteurs de risque de MNT n'ont pas évolué non plus de façon significative, à l'exception du tabagisme, dans les Régions de l'OMS au cours de la dernière décennie.² Les capacités du système de santé ne sont pas à la hauteur des besoins relatifs aux MNT, comme le montre l'absence de progrès dans le domaine de la couverture des services qui ressort du Rapport de suivi de la CSU.

3. 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. Les analyses menées sur les voies possibles montrent que chaque pays dispose encore de moyens d'atteindre les cibles mondiales relatives aux MNT.³ L'association d'interventions prioritaires contre des facteurs de risque et des maladies spécifiques à un pays donné, ainsi que les capacités nationales d'assurer l'action dans tous les secteurs gouvernementaux, peuvent aider à combattre plus vite les MNT.^{4,5}

4. La feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial 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.

5. Le Plan d'action mondial, qui comporte six objectifs, servira de guide pour l'élaboration et le renforcement des plans nationaux de lutte contre les MNT. Les neuf cibles mondiales volontaires du Cadre mondial de suivi des MNT fixées à l'horizon 2025 ne seront pas modifiées, la cible concernant la mortalité prématurée étant alignée sur la cible 3.4 des ODD et la cible relative à la réduction de

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

² Statistiques sanitaires mondiales 2020. Résumé visuel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2020; 396:918–934. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31761-X.

⁴ Conformément à la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 30.a).vii).

⁵ Conformément à la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 30.a).viii).

l'inactivité physique ayant été mise à jour par l'Assemblée de la Santé en 2021.¹ L'objectif de réduction de l'usage nocif de l'alcool est en cours de révision et les résultats seront utilisés pour la feuille de route.

6. La feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial, tout en mettant l'accent sur le programme des « MNT 4 par 4 » (de lutte contre le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques) 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 (le programme des « MNT 5 par 5 »).²

7. La feuille de route sera achevée avant la fin 2022 en tant que produit technique et intégrera toutes les interventions et les modules techniques recommandés par l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Elle favorisera aussi l'application de mesures contre les MNT dans d'autres domaines d'activité, comme les soins oculaires et les soins de l'oreille et de l'audition. Elle 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 (SSP) et à la CSU ; et en renforçant les capacités, le leadership, la gouvernance et les partenariats nationaux pour la période 2023-2030, en tenant compte de l'évolution de la situation depuis 2013.

Orientations stratégiques pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial

Orientation stratégique 1 : 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.

1.1 ÉVALUER LES PROGRÈS RÉALISÉS DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE MAÎTRISE DES MNT

8. L'OMS a mis à jour les données sur la mortalité par cause pour caractériser le risque et l'évolution de la mortalité attribuable aux MNT dans chaque pays et a évalué les différentes MNT qui, associées, contribuent à la mortalité prématurée. Des cartes illustrant la probabilité de décès prématuré par MNT ont été publiées pour chaque pays sur le site Web de l'OMS.³

1.2 IDENTIFIER LES OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS RENTABLES POUR PRÉVENIR ET MAÎTRISER LES MNT.

9. Un certain nombre de difficultés courantes rencontrées au niveau national pour mettre en œuvre les « meilleurs choix » et les autres interventions recommandées pour prévenir et maîtriser les MNT sont mentionnées dans le rapport présenté par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale en 2017.⁴ Toutefois, les pays devraient replacer les obstacles et les facteurs favorisant pertinents dans le contexte national.

¹ Voir la résolution WHA71.6 (2018).

² Voir le document A72/19.

³ Feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial de 2023 à 2030 pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

⁴ Voir le document A71/14.

10. Les pays doivent, à l'aide des orientations et des outils de l'OMS, examiner systématiquement leurs progrès dans l'application de lignes directrices, de protocoles et de normes nationaux fondés sur des données factuelles pour la prévention et la prise en charge des MNT, dans l'intégration du renforcement des systèmes de santé dans les SSP et dans l'inclusion des MNT dans la CSU, et lorsqu'ils instaurent des politiques pour la prise en compte des MNT dans les situations d'urgence humanitaire¹ ainsi que pour les migrants, entre autres groupes vulnérables, et des politiques pour la recherche sur les maladies non transmissibles. La réduction des inégalités est essentielle pour atteindre les résultats escomptés.

11. La pandémie de COVID-19 qui sévit actuellement pose d'autres problèmes pour la création et le maintien d'environnements sains et les personnes atteintes de MNT risquent davantage que les autres de contracter une forme grave de la COVID-19 et d'en mourir. Les MNT doivent être prises en compte dans les plans nationaux de préparation et de riposte. Les répercussions économiques de la pandémie auront probablement un impact à long terme sur la prévention et la maîtrise des MNT.

Orientation stratégique 2 : privilégier et intensifier la mise en œuvre des interventions les plus efficaces et les plus pratiques dans le contexte national.

2.1 MOBILISATION

12. Les pays doivent acquérir plus vite des capacités de collaborer dans plusieurs secteurs et avec plusieurs parties prenantes aux niveaux national et infranational, notamment en repérant toutes les possibilités pour les acteurs non étatiques de contribuer à renforcer la lutte contre les MNT au niveau national.

13. Les chefs d'État et de gouvernement peuvent imprimer une direction stratégique à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles en favorisant le renforcement de la cohérence et de la coordination des politiques par des approches associant tous les pouvoirs publics et plaçant la santé au cœur de toutes les politiques et en associant les parties prenantes, le cas échéant, en tenant dûment compte de leurs conflits d'intérêts potentiels avec les objectifs de santé publique.^{2,3}

14. Le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles facilitera la collaboration dans plusieurs secteurs et la coopération avec plusieurs parties prenantes pour renforcer les mesures nationales de lutte contre les MNT et assurera durablement la participation constructive des personnes atteintes de MNT, à l'appui de politiques, programmes et services nationaux efficaces, équitables et inclusifs.

15. La participation constructive des personnes ayant une expérience vécue des MNT à la cocréation, à la coconception, à la mise en œuvre et à la responsabilisation devrait être un élément essentiel d'interventions centrées sur la personne.⁴ Les organisations de la société civile, dont beaucoup sont créées et soutenues par les patients et leurs familles, peuvent favoriser ces types de collaboration.

16. Les partenaires internationaux peuvent soutenir et favoriser la recherche et l'innovation en collaborant avec des partenaires issus du milieu universitaire et des établissements de recherche dans les pays.

¹Integrating NCD care in humanitarian settings. An operational guide. Genève, HCR, 2020 (<https://www.unhcr.org/5fb537094.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

²Résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 17.

³Résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴Nothing for Us Without Us. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

17. Les pays peuvent envisager d'utiliser de manière optimale les compétences et les ressources complémentaires des acteurs du secteur privé dans les systèmes de soins, pour la disponibilité des médicaments et pour la prestation et le suivi des services, tout en prenant dûment en considération la gestion des conflits d'intérêts¹ et de veiller à ce que cette collaboration contribue directement à la mise en œuvre des mesures de lutte nationales contre les MNT pour atteindre des objectifs spécifiques en matière de santé.² L'OMS mettra au point un outil pour aider les gouvernements nationaux à évaluer la situation et à collaborer utilement avec le secteur privé pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles.

18. L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles veillera à ce que la feuille de route bénéficie de l'appui sans faille du système des Nations Unies dans son ensemble, conformément aux priorités stratégiques de l'Équipe spéciale, à savoir : i) aider les pays à prendre des mesures multisectorielles pour atteindre les cibles des ODD liées aux MNT ; ii) mobiliser des ressources pour favoriser l'élaboration de mesures de lutte au niveau national ; et iii) harmoniser les mesures et nouer des partenariats. Le nouveau Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies visant à mobiliser les pays en matière de lutte contre les MNT et de santé mentale, qui a été créé par l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Programme des Nations Unies pour le développement, facilitera la mise en œuvre de la feuille de route.

2.2 ACCÉLÉRATION

2.2.1 Accélérer la mise en œuvre des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité et les plus pratiques contre les MNT dans le contexte national

19. Les « meilleurs choix » et les autres interventions recommandées par l'OMS³ constituent un ensemble d'interventions pratiques et d'un bon rapport coût/efficacité à mettre en œuvre dans toutes les situations, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. L'OMS proposera une actualisation de l'ensemble des interventions à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.⁴ L'ensemble actualisé d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et prendre en charge les MNT servira de guide pour sélectionner des interventions pertinentes et adaptables localement.

20. Au niveau national, la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac : faire avancer le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025,⁵ la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, et son plan d'action mondial, le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030⁶ et les orientations et outils de l'OMS pour promouvoir une alimentation saine⁷ devraient être mis en œuvre à grande échelle pour favoriser la cohérence entre les secteurs et participer à la bonne gouvernance dans tous les pays.

¹ Conformément à la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 43.

² Conformément à la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 44.

³ Appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

⁴ Conformément à l'alinéa 3.a) de la décision WHA72(11).

⁵ Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

⁶ Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

⁷ Alimentation saine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

21. Les pays peuvent mettre en œuvre des mesures budgétaires s'il y a lieu, en vue de réduire au minimum l'incidence des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles.¹ Ils peuvent donc instaurer des taxes sanitaires dans le cadre de leurs programmes fiscaux et les lier à la prévention et à la maîtrise des MNT. Dans le cadre des mesures recommandées en vue de réduire la consommation de tabac et l'usage nocif de l'alcool, l'augmentation des droits d'accise sur le tabac et les produits contenant de l'alcool est l'une des mesures les plus efficaces et présentant le meilleur rapport coût/efficacité.

22. Avec le soutien de ses partenaires, l'OMS a mis au point des initiatives spéciales et des modules techniques visant à réduire les facteurs de risque de MNT, à maîtriser les quatre principales MNT et à réadapter les personnes handicapées afin de permettre aux pays de mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles. Les modules comprennent des outils pour faciliter l'adaptation et la mise en œuvre au niveau local. On trouvera des descriptions détaillées des modules et des initiatives disponibles sur le site Web.²

2.2.2 Mettre au point un outil de simulation en ligne pour sélectionner un ensemble hiérarchisé d'interventions contre les MNT à l'intention des pays

23. Un outil de simulation en ligne sera mis au point en 2022 pour aider les pays à hiérarchiser et à généraliser les interventions. Il sera fondé sur des modèles mathématiques pour estimer l'impact sur la santé des interventions recommandées au niveau national jusqu'en 2030 et au-delà. Une représentation graphique de l'échelle à laquelle une intervention donnée peut être mise en œuvre et de l'impact de celle-ci sur la mortalité prématurée aidera les pays à identifier un ensemble d'accélérateurs clés adaptés à leur situation épidémiologique. L'outil mis au point par l'Université de Washington pour les maladies cardiovasculaires est un prototype de l'outil proposé.³

2.2.3 Accorder plus de place à la prévention et à la maîtrise des MNT dans les SSP afin de promouvoir un accès équitable à des soins de qualité

24. Dans de nombreux pays, peu de place est accordée à la prévention et à la maîtrise des MNT dans les SSP. Le renforcement et l'extension des interventions contre les MNT dans le cadre des SSP contribueront à améliorer l'accès et l'équité de la couverture. Les soins primaires sont les premiers moyens d'action et de protection contre les MNT. Le diagnostic précoce et la maîtrise correcte des MNT et de leurs facteurs de risque dans le cadre des soins primaires réduiront les complications qui entraînent des dépenses de santé catastrophiques et des décès prématurés. Le Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires⁴ fournit des orientations permettant aux pays de renforcer les systèmes de SSP en appliquant des mesures intersectorielles et en autonomisant les personnes et les communautés. L'application PEN de l'OMS est une solution numérique qui permet d'accéder facilement à l'ensemble des soins primaires.⁵ L'orientation des patients est également essentielle pour la prise en charge des complications des MNT.

¹ Conformément à la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 21.

² Governance of WHO's leadership and coordination role in promoting and monitoring global action against noncommunicable diseases. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

³ Calculating lives saved by cardiovascular health interventions. Université de Washington (<https://dcp-uw.shinyapps.io/RTSL2/>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2020.

⁵ WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

2.2.4 Veiller à ce que la prévention et la maîtrise des MNT soient incluses dans les prestations prévues dans le cadre de la CSU

25. L'instauration progressive de la CSU peut contribuer à la réalisation du droit à la santé. La prise en compte de la valeur positive de la protection contre les risques financiers est particulièrement pertinente pour la définition des priorités en matière de MNT compte tenu du coût de ces maladies à long terme pour le patient et sa famille. Il ressort du rapport de suivi de la CSU de 2019 qu'il n'y a pas eu de progrès sensibles dans le domaine des MNT depuis 2000 et que cette question devra être abordée dans tous les pays.¹

26. Le recueil des interventions sanitaires entrant dans la CSU établi par l'OMS (WHO UHC Compendium) propose un ensemble d'interventions contre les MNT et leurs facteurs de risque, qui peuvent être incluses dans les prestations de services entrant dans la CSU au niveau national. La CSU ne sera ni globale ni universelle tant que des formules de prestations et de services contre les MNT essentiels ne seront pas proposées et généralisées.

27. Les pays devront trouver un équilibre entre la nécessité de combattre directement la pandémie de COVID-19 et celle de se préparer à d'autres urgences sanitaires, tout en maintenant la planification stratégique et l'action coordonnée pour assurer la continuité des services de santé essentiels, en particulier pour les MNT.²

2.2.5 Financement durable

28. Les pays ont besoin d'un financement durable pour soutenir les interventions auprès de la population, pour satisfaire autant de besoins que possible en matière de services et pour tenter d'éliminer les difficultés financières liées aux paiements directs. Les pays doivent augmenter progressivement les sommes allouées à la santé, y compris aux maladies non transmissibles. Cela suppose également de rendre le financement catalytique plus efficace. Les dépenses directes ne peuvent baisser que si les MNT sont prises en compte par des systèmes de protection financière adéquats dans les pays.

2.2.6 Reconstruire en mieux grâce à la recherche opérationnelle, à l'innovation et aux solutions numériques

29. La réalisation des objectifs et des cibles du plan d'action mondial ainsi que de la cible 3.4 des ODD après la pandémie de COVID-19 nécessite une approche concertée et l'intégration du programme de lutte contre les MNT dans les efforts mondiaux et nationaux existants pour reconstruire des systèmes de santé résilients.

30. Les travaux de recherche opérationnelle peuvent permettre de déterminer comment mettre en œuvre des politiques et des interventions pour des populations et/ou avec ressources différentes de celles pour ou avec lesquelles elles ont été initialement formulées et évaluées. Ils peuvent permettre aussi de savoir pourquoi la mise en œuvre du programme n'a pas d'impact.³

¹ Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

² Plateforme des partenaires contre la COVID-19. Pilier 9. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

³ A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

31. Les nouvelles technologies, notamment les interventions faisant appel à des outils numériques, peuvent être mises à profit pour généraliser le dépistage, le diagnostic précoce et l'autoprise en charge pour les personnes atteintes d'une MNT.

32. Les modèles de prestation de services devront être revus et réorientés afin que les outils de diagnostic, les technologies et les médicaments de base, ainsi qu'une main-d'œuvre qualifiée et suffisante soient disponibles pour mener à bien les interventions de lutte contre les MNT.

2.3 ALIGNEMENT

33. Les différentes parties prenantes sont réunies autour du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous¹ afin de progresser plus vite vers les ODD liés à la santé, y compris les objectifs et les cibles relatifs aux MNT. Alors que les pays sont engagés dans la réalisation des cibles des ODD, en plus des cibles du Plan d'action mondial, cet alignement contribuera à intégrer la prévention et la prise en charge des MNT dans le cadre plus large du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

34. La feuille de route tient compte de l'impact des troubles mentaux et autres problèmes de santé mentale dans la charge mondiale des MNT. Les efforts déployés pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 s'inscrivent dans le passage du programme des « MNT 4 par 4 » au programme des « MNT 5 par 5 » qui englobe la santé mentale et la pollution atmosphérique, et qui entre en synergie avec l'indicateur 3.4.2 des ODD (taux de mortalité par suicide). L'application de la liste des interventions d'un bon rapport coût/efficacité dans le domaine de la santé mentale² et des lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air³ peut être envisagée avec d'autres interventions contre les MNT, selon le contexte local.

35. La promotion de la santé et les connaissances en matière de santé facilitent la prévention et la maîtrise des MNT, réduisent la charge des MNT et assurent la pérennité des systèmes de santé. Les approches adaptées aux environnements, en particulier aux environnements sains, peuvent contribuer à rendre les interventions contre les MNT plus efficaces, y compris celles qui permettent d'agir sur les déterminants socioéconomiques et commerciaux.

Orientation stratégique 3 : garantir des données fiables, actualisées et durables sur les facteurs de risque de MNT, les maladies et la mortalité pour l'application de mesures reposant sur des données et pour le renforcement de la redevabilité.

3.1 REDEVABILITÉ

36. Il est essentiel d'investir dans la surveillance et le suivi pour obtenir des données fiables et actualisées aux niveaux national et infranational afin de hiérarchiser les interventions, d'évaluer leur mise en œuvre et d'en connaître l'impact sur la prévention et la maîtrise des MNT. Les enquêtes périodiques sur les facteurs de risque de MNT, les évaluations des capacités nationales, les registres de cas de maladies, les données des établissements de santé, le cas échéant, et un enregistrement fiable des faits d'état civil sont essentiels pour hiérarchiser les interventions et sélectionner celles qui sont les plus appropriées et qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité pour prévenir et maîtriser les MNT.

¹ Une collaboration renforcée pour une meilleure santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

² WHO menu of cost-effective interventions for mental health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ 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.

37. L'OMS donnera des informations actualisées sur la situation concernant la prévention et la maîtrise des MNT sur un portail Web qui rassemblera des données provenant de différentes sources et permettra d'établir des comparaisons afin de suivre les progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et transnational. Le portail Web devrait permettre aux pays de suivre leurs progrès grâce au Cadre mondial de suivi des MNT. L'OMS s'efforcera de prendre en compte les indicateurs relatifs aux MNT dans les paramètres de mesure de la performance des systèmes de santé et de l'accès aux soins.

38. Les mesures relatives aux MNT devraient faire partie intégrante des systèmes d'information sanitaire nationaux et infranationaux conformes à l'outil SCORE de l'OMS.¹

MESURES RECOMMANDÉES

Mesures qu'il est recommandé aux États Membres de prendre en 2022 :

39. Évaluer la situation actuelle des mesures prises au niveau national contre les MNT par rapport aux neuf cibles mondiales volontaires et à la cible des ODD et recenser les obstacles et les possibilités de donner davantage d'ampleur aux mesures nationales, notamment :

- a) renforcer les capacités nationales de gouvernance de la participation de plusieurs parties prenantes, de la collaboration intersectorielle et des partenariats utiles et efficaces ;
- b) renforcer les systèmes de suivi et de surveillance nationaux des MNT et de leurs facteurs de risque pour obtenir des données fiables et actualisées ; et
- c) donner la priorité à la recherche pour mieux comprendre l'épidémiologie des MNT et de leurs facteurs de risque, leurs déterminants sociaux, économiques et commerciaux et la gouvernance à plusieurs niveaux et dans plusieurs secteurs, et investir dans la recherche translationnelle et opérationnelle pour faire progresser la prévention et la maîtrise des MNT.

Mesures qu'il est recommandé aux partenaires internationaux de prendre en 2022 :

40. Contribuer à l'élaboration de la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial suivant les orientations stratégiques et les mesures prévues aux niveaux mondial, régional, national et local.

Mesures qu'il est recommandé au Secrétariat de prendre en 2022 :

41. Achever l'élaboration de la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2023-2030 et la publier (en tant que produit technique – bien de santé publique de l'OMS), y compris :

- a) mettre au point un portail de données sur les MNT afin de fournir un résumé visuel de tous les indicateurs relatifs aux MNT et de faciliter le suivi par les pays de leurs progrès ;
- b) établir des cartes permettant aux pays de repérer certaines MNT et de déterminer dans quelle mesure elles contribuent à la mortalité prématurée ;

¹ SCORE for Health Data Technical Package. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/score>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- c) proposer des mises à jour de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030¹ axées sur la prévention et la prise en charge des MNT, en consultation avec les États Membres, les institutions des Nations Unies et les acteurs non étatiques, pour examen par les États Membres à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;
- d) mettre au point un outil de simulation en utilisant des interventions contre les MNT mises à jour à partir des dernières données probantes et correspondant au cadre pour les SSP et celui pour la CSU, pour aider les pays à déterminer quelles sont les interventions prioritaires en fonction de leur situation nationale ;
- e) élaborer des orientations afin de favoriser la cohérence des politiques de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque dans tous les secteurs de gouvernement concernés et en associant les parties prenantes, en établissant ou en renforçant des mécanismes nationaux de gouvernance susceptibles d'orienter des mesures de lutte intégrées, coordonnées et cohérentes contre les MNT ;
- f) élaborer des orientations pour aider les États Membres à prendre des décisions en connaissance de cause sur la recherche d'une collaboration multipartite constructive, y compris avec le secteur privé et la société civile, conforme aux mesures de lutte nationales contre les MNT et qui permette de progresser ;
- g) utiliser le cadre de l'OMS pour le développement de l'innovation, qui contribuera à élargir la prévention et la maîtrise des MNT en exploitant la recherche, l'innovation et les solutions numériques ; et
- h) élaborer des orientations pour la participation constructive des personnes atteintes de maladies non transmissibles et de maladies mentales afin d'aider l'OMS et les États Membres à co-élaborer et à concevoir des principes, des politiques, des programmes et des services dans le domaine des MNT.

¹ Appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

ANNEXE 2

**PROJET DE RECOMMANDATIONS VISANT À RENFORCER ET À SURVEILLER
LES MESURES PRISES CONTRE LE DIABÈTE DANS LE CADRE DES
PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES MALADIES
NON TRANSMISSIBLES, Y COMPRIS DES CIBLES ÉVENTUELLES****DIFFICULTÉS ET POSSIBILITÉS**

1. Jamais dans le passé nos connaissances n'ont été aussi approfondies et les possibilités de prévenir le diabète et de traiter toutes les personnes atteintes de cette affection n'ont été aussi larges. Et pourtant, de nombreuses personnes et communautés ayant besoin d'une prévention efficace, ou d'un traitement du diabète qui leur est vital ou qui permettrait d'améliorer leur existence ne peuvent en bénéficier.

a) La prévalence mondiale ajustée sur l'âge du diabète chez les adultes âgés de plus de 18 ans est passée de 4,7 % en 1980 à 8,5 % en 2014.¹ Aujourd'hui, plus de 420 millions de personnes sont atteintes de diabète dans le monde. Selon les estimations, ce nombre devrait passer à 578 millions d'ici à 2030 et à 700 millions d'ici à 2045.² Un adulte diabétique sur deux ignore qu'il est atteint de cette affection.

b) Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'amputation des membres inférieurs, en particulier chez les personnes qui méconnaissent la maladie ou qui bénéficient d'une mauvaise prise en charge.

c) Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'insuline pour survivre. Aujourd'hui, partout dans le monde, on observe une forte prévalence de l'acidocétose diabétique dans les lieux où un diagnostic est posé. Les mesures visant à renforcer le diagnostic anticipé du diabète de type 1 et à garantir l'accès aux traitements à l'insuline sont cruciales pour prévenir les décès.³

d) Bien que le nombre total de décès dus au diabète ait considérablement augmenté entre 2000 et 2019, la proportion de décès dus à cette maladie survenus avant l'âge de 70 ans a diminué de 2 %.⁴

e) La prévalence croissante du diabète de type 2 est en grande partie due à la prévalence croissante de l'obésité combinée à une absence d'activité physique. La prévalence mondiale du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans a considérablement augmenté, passant de 4 % en 1975 à plus de 18 % en 2016.⁵ En 2019, seuls 40 % des pays disposaient

¹ *Rapport mondial sur le diabète*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

² Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. IDF Diabetes Atlas Committee. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract* 2019;157:107843. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843.

³ Cherubini, V, Grimsmann, JM, Åkesson, K, Birkebæk, NH, Cinek, O, Dovč, K, et al. Temporal trends in diabetic ketoacidosis at diagnosis of paediatric type 1 diabetes between 2006 and 2016: results from 13 countries in three continents. *Diabetologia*, 63(8), 1530–1541. doi: 10.1007/s00125-020-05152-1.

⁴ Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

⁵ Obésité et surpoids. Principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

d'une politique opérationnelle de lutte contre le surpoids et l'obésité.¹ Les fumeurs présentent un risque 30 à 40 % plus élevé que les non-fumeurs de développer un diabète de type 2.²

f) On estime qu'en 2015, le coût mondial du diabète a oscillé entre 1 milliard de dollars des États-Unis (USD) et 31 milliards USD, ce qui équivaut à entre 1 et 8 % du produit intérieur brut (PIB) mondial. Tandis que les principaux facteurs de coût étaient les soins hospitaliers et ambulatoires, les coûts indirects représentaient 34,7 % de la charge totale, et étaient principalement attribuables à la perte de production due aux départs de la population active et à la mortalité prématurée.³

g) Près de 27 % des pays n'ont pas de politique, de stratégie ou de plan d'action opérationnel pour le diabète, tandis que 20 % n'en ont pas non plus pour réduire la mauvaise alimentation et l'inactivité physique.¹

h) Des progrès limités ont été faits pour prévenir et prendre en charge le diabète dans le cadre de la réalisation de la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD), qui est de faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle (CSU), comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Le Rapport mondial de suivi de 2019 montre que les services de prise en charge du diabète se distinguent des autres services consacrés aux maladies transmissibles par le peu d'efforts qu'ils déploient pour assurer la CSU.⁴ Deux tiers des pays seulement déclarent disposer de cibles assorties de délais relatives aux maladies non transmissibles (MNT), parmi lesquelles peuvent figurer la stabilisation des niveaux de diabète et d'obésité et l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux technologies, dans le droit fil des neuf cibles mondiales volontaires du Cadre mondial de suivi de l'OMS. Un examen récent mené par le Secrétariat sur les progrès accomplis pour stopper l'augmentation du diabète par rapport à l'année de référence 2010 a montré que seuls 14 pays auraient des chances d'atteindre cet objectif d'ici à 2025, et qu'aucun autre pays n'y parviendrait d'ici à 2030.

i) En général, les établissements de soins de santé primaires (SSP) des pays à revenu faible ne disposent pas des technologies de base nécessaires pour diagnostiquer et prendre en charge le diabète.¹ Au niveau mondial, les médicaments essentiels contre le diabète seraient généralement disponibles dans environ 80 % des établissements du secteur des soins de santé publics.¹ Cependant, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, ils ne sont disponibles que dans la moitié de ces établissements environ.

j) L'insuline et les produits de technologie de la santé associés demeurent inabordables dans de nombreux pays, en particulier pour les patients qui paient directement ces produits ou pour les systèmes de santé de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, qui ne sont pas en mesure d'offrir une couverture durable et équitable à toutes les personnes atteintes de diabète en raison

¹ *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Executive Summary*. Rockville, MD, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis, 2014 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Bommer C, Heeseemann E, Sagalova E, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 423–30. doi : 10.1016/S2213-8587(17)30097-9.

⁴ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

des prix élevés de ces produits. L'élaboration de politiques publiques efficaces pour améliorer l'accès à des médicaments et à des produits de santé d'un prix abordable doit s'appuyer sur des données probantes provenant d'une analyse précise de données solides et transparentes sur les prix et la disponibilité.^{1,2}

k) La pandémie de COVID-19 a démontré combien des systèmes de santé surexploités pouvaient être fragiles. Une enquête menée en 2020 par l'OMS a révélé que dans la moitié des pays participants, les services de dépistage et de traitement du diabète et des complications liées au diabète avaient été partiellement ou complètement perturbés. Dans un tiers des pays, le diabète n'était pas intégré aux plans de préparation aux situations d'urgence.³

l) Les données sur le diabète issues des systèmes de suivi et de surveillance de la plupart des pays sont rares et inadéquates. Seuls 56 % des pays ont mené une enquête sur la prévalence du diabète au cours des cinq dernières années. En outre, 50 % des pays, principalement à revenu élevé, déclarent avoir des registres du diabète, mais comme ces registres se trouvent principalement dans les hôpitaux et permettent une couverture limitée, ils ne fournissent pas suffisamment d'informations sur l'issue de la maladie.⁴ Deux tiers des pays ne disposent pas de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil permettant de recueillir des informations sur les causes de décès. La fiabilité des données sur les décès attribuables au diabète est donc insuffisante.

m) En 2019, seul un tiers des pays ont déclaré disposer d'une politique ou d'un plan pour la recherche sur les MNT, et la recherche était l'un des domaines clés les moins financés du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

2. Il est possible de remédier aux difficultés qui se posent. Les principales possibilités offertes sont les suivantes :

a) **Point de repère pour toutes les MNT** : la prise en charge optimale du diabète nécessite la contribution coordonnée d'un éventail de professionnels de santé, et suppose également de garantir l'accès aux médicaments et aux technologies essentiels et de disposer d'un système favorisant l'autonomisation des patients. La pertinence d'une telle approche va au-delà du diabète, le diabète pouvant faire office de maladie repère dans le cadre d'une action visant à appréhender l'exhaustivité globale et la solidité des mesures nationales adoptées pour faire face aux MNT.

b) **Base solide pour la transposition à plus grande échelle** : en 2019, 85 % des pays déclaraient disposer de personnel dédié au diabète au sein de leur unité/service/département de prise en charge des MNT, tandis que 73 % des pays déclaraient disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel sur le diabète, ce qui représentait une augmentation de 45 % par rapport à 2010. En outre, 80 % des pays déclaraient disposer de politiques ou de stratégies opérationnelles pour réduire la mauvaise alimentation et l'inactivité physique et 84 % déclaraient disposer de lignes directrices nationales sur la prise en charge du diabète qui étaient utilisées dans au moins 50 % des

¹ Babar ZUD, Ramzan S, El-Dahiyat F, Tachmazidis I, Adebisi A, Hasan SS. The availability, pricing, and affordability of essential diabetes medicines in 17 low-, middle-and high-income countries. *Frontiers in pharmacology* 2019;10:1375. Doi: 10.3389/fphar.2019.01375.

² WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

³ *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.

⁴ *Rapport mondial sur le diabète*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

établissements de santé.¹ Bien que des politiques et des programmes soient en place dans plusieurs pays, il n'existe ni cadre de suivi clair ni cibles ou indicateurs convenus au niveau national pour évaluer l'impact de ces politiques sur la prévention et la maîtrise du diabète. Établir des cibles et des indicateurs pourrait favoriser une mise en œuvre efficace.

c) **Vers la CSU :** les engagements politiques pris en faveur de la CSU pour atteindre la cible 3.8 des ODD est l'occasion d'inclure la prévention et la maîtrise du diabète dans les prestations de santé offertes et de combattre le diabète de façon plus efficace et plus équitable, tout en apportant aux plus vulnérables la protection financière requise.

d) **Nouvelle perspective sur les MNT :** la pandémie de COVID-19 a touché de manière disproportionnée les personnes atteintes de diabète, ce qui peut inciter à mieux intégrer le diabète dans la préparation et la riposte aux pandémies et aux autres situations d'urgence.

e) **Célébration du 100^e anniversaire de la découverte de l'insuline :** l'instauration du Pacte mondial contre le diabète offre à la communauté mondiale investie dans la lutte contre le diabète l'occasion de se réunir pour s'interroger sur la façon d'éliminer les obstacles à l'accès à l'insuline et aux technologies de la santé associées, y compris sur la façon de promouvoir les points de convergence et l'harmonisation des exigences réglementaires relatives à l'insuline et à d'autres médicaments et produits de santé pour le traitement du diabète ; ainsi que sur la possibilité et l'intérêt potentiel de mettre au point un outil en ligne pour partager des informations ayant trait à la transparence des marchés de médicaments antidiabétiques et des produits de santé connexes.

f) **Mobilisation des technologies numériques :** l'utilisation accrue des technologies numériques et une plus grande aptitude à se servir des outils numériques pourrait renforcer la sensibilisation des patients et leur capacité à se prendre en charge eux-mêmes, et renforcer également la capacité d'évaluer les facteurs de risque et la disponibilité ainsi que le besoin réel de médicaments essentiels et d'en rendre compte, en plus de contribuer à une meilleure prise en charge du diabète et à de meilleurs résultats en matière de lutte contre cette maladie. Des initiatives telles que Be Healthy Be Mobile, appliquées au traitement du diabète, peuvent aider les pays et les autorités nationales à introduire et à développer des solutions numériques pour la prise en charge du diabète en mettant à leur disposition des orientations et des ressources.²

g) **Promotion de l'inclusion :** la participation des personnes atteintes de diabète et de leurs aidants apporte des connaissances essentielles venant influencer positivement sur la conception des politiques, ainsi que des récits puissants permettant de sensibiliser le public au diabète et de renforcer l'engagement des responsables de l'élaboration des politiques. L'adhésion et la contribution active des personnes atteintes de diabète au Pacte mondial contre le diabète constitue un tremplin et un modèle venant jeter les bases de leur participation constructive à la recherche de solutions.

¹ *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² *Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

DÉFINIR DES CIBLES DE COUVERTURE POUR LE DIABÈTE

3. Le Secrétariat, avec le soutien d'un groupe d'universitaires, a élaboré une approche en vue d'établir des cibles de couverture pour le diabète sur la base d'un projet de proposition.¹ Ce projet a ensuite été examiné dans le cadre d'une consultation technique organisée les 28 et 29 juillet 2021, l'objectif étant d'obtenir l'avis complémentaire d'experts quant aux moyens d'affiner les méthodes employées et les modalités de sélection. La note d'information technique utilisée pour établir les cibles est disponible sur le site Web de l'OMS, de même que le présent document de travail.¹

4. Le processus de sélection et de hiérarchisation des cinq cibles mondiales proposées en matière de couverture pour le diabète comportait les étapes suivantes :

a) l'examen et l'élaboration d'une taxonomie d'éventuels indicateurs relatifs aux cibles organisée autour de quatre domaines (facteurs à l'échelle des politiques ou du système ; processus de soins ; résultats intermédiaires ; et résultats à long terme en matière de santé) et par niveau de risque (diabète avéré ; risque élevé ; ensemble de la population) ;

b) la hiérarchisation d'un sous-ensemble d'indicateurs, en fonction de quatre critères :

- importance pour la santé, données solides pour faire des prédictions ou intérêt au regard de résultats importants en matière de santé ;
- caractère modifiable ou applicable dans le cadre d'interventions évolutives dans différents contextes ;
- disponibilité des données au niveau mondial et facilité de mesure, l'indicateur étant déjà disponible ou pouvant l'être si les pratiques de surveillance sont renforcées ; et
- écarts et disparités au niveau mondial, dans la mesure où une grande proportion de la population est touchée et où il existe, au niveau mondial, d'importantes variations en matière de réalisation de l'objectif ;

c) l'examen de l'état d'avancement actuel, au niveau mondial, des cinq indicateurs privilégiés selon les critères suivants : variations, niveaux, tendances et couverture (cet examen a servi à déterminer les cibles proposées) ; et

d) une estimation des effets qu'aurait sur la santé le fait d'atteindre ou non les objectifs de couverture proposés.

5. Sur cette base, le Secrétariat recommande d'établir les cinq cibles de couverture mondiale pour le diabète ci-après, l'objectif étant qu'elles soient atteintes d'ici à 2030 :

- 80 % des personnes atteintes de diabète sont diagnostiquées ;²

¹ Gregg E, Buckley J, Ali MK, Davies J, Flood D, Griffiths B, et al. Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030: (données non publiées). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² L'expression « personnes atteintes de diabète » englobe tous les types de diabète. En raison des conséquences potentiellement fatales des retards de diagnostic et de la forte prévalence de l'acidocétose diabétique au moment du diagnostic, il convient d'appeler au renforcement de l'action mondiale visant à procéder au dépistage plus précoce des cas de diabète de type 1.

- 80 % des personnes dont le diabète a été diagnostiqué maîtrisent bien leur glycémie ;
- 80 % des personnes dont le diabète a été diagnostiqué maîtrisent bien leur tension artérielle ;
- 60 % des personnes atteintes de diabète de plus de 40 ans reçoivent des statines ; et
- 100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à des traitements à l'insuline¹ et à des dispositifs d'autosurveillance de la glycémie à un prix abordable.

6. Les cibles de couverture proposées ne constituent pas une indication pour le traitement de chaque patient, mais elles permettent d'appréhender les domaines où des lacunes sont observées (diagnostic du diabète au niveau mondial et lacunes de la couverture thérapeutique, par exemple) ; elles permettront d'estimer avec clarté les progrès vers la réalisation des objectifs et auront un impact important sur les résultats en matière de santé. Les cibles proposées sont ambitieuses, mais atteignables, et auraient un impact sur la santé dans de nombreux pays.

7. À cet égard, les projections de modélisation ont démontré ce qui suit :

- l'obtention d'au moins 60 % des niveaux visés de diagnostic, de traitement et de maîtrise de 3 cibles (glycémie, tension artérielle et utilisation de statines) entraîne un gain médian de 38 années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) pour 1000 personnes sur 10 ans, tandis que l'obtention de 80 % de ces niveaux entraîne un gain médian de 64 DALY pour 1000 personnes sur 10 ans ;² et
- dans la plupart des régions, l'amélioration du traitement et de la maîtrise sans dépistage réduit les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires de 25 à 35 % et l'amélioration du diagnostic, du traitement et de la maîtrise réduit la cause la plus fréquente de décès (décès attribuables aux maladies cardiovasculaires) de plus de 40 %.²

8. La réalisation des cinq cibles proposées de couverture mondiale pour le diabète contribuera à la réalisation de la cible 3.4 des ODD. Ces cibles sont également en phase avec le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ; la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; et le renforcement des systèmes de santé pour la protection sociale et la CSU, comme indiqué dans la résolution 72/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Conformité au Cadre mondial de suivi des MNT et effets sur le suivi

9. Les cibles de couverture mondiale proposées sont complémentaires de l'objectif fixé par le Cadre mondial de suivi des MNT, qui est de stopper l'augmentation du diabète, et fournissent un ensemble supplémentaire d'objectifs spécifiques et mesurables liés à la prise en charge du diabète. La mesure des cibles proposées devrait être principalement effectuée au moyen d'enquêtes basées sur la population, ce qui permettrait à la plupart des pays de communiquer des informations sans rajouter à la charge de travail que supposent les activités la collecte de données. À cet égard, trois des cinq cibles proposées sont déjà prises en considération par les outils utilisés pour rendre compte des indicateurs du Cadre mondial de suivi existants.

¹ Notamment à des dispositifs d'administration de l'insuline (seringues et aiguilles, par exemple).

² Document de travail de l'OMS daté du 9 août 2021 intitulé « Projet de recommandations visant à renforcer et à suivre les réponses au diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les cibles potentielles » ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/french_212413_eb150_-_annex_2_\(diabetes\)_-_final_\(for_web\)_f.pdf?sfvrsn=d11252fb_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/french_212413_eb150_-_annex_2_(diabetes)_-_final_(for_web)_f.pdf?sfvrsn=d11252fb_5)).

10. Les recommandations prévoient une série de mesures qui contribueront, si elles sont prises par l'ensemble des États Membres et des partenaires internationaux, à alléger la charge de plus en plus lourde que le diabète fait peser et à parvenir à la réalisation des cibles.

RECOMMANDATIONS VISANT À RENFORCER ET À SURVEILLER LES MESURES PRISES CONTRE LE DIABÈTE

11. Mesures qu'il est recommandé aux **États Membres** de prendre :

a) **renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la prévention et la maîtrise du diabète dans les pays :**

- renforcer la capacité des ministères de la santé à exercer un rôle stratégique de direction et de coordination dans l'élaboration des politiques sur le diabète qui permette d'associer toutes les parties prenantes au sein des administrations publiques, des organisations non gouvernementales et de la société civile, ainsi que les personnes atteintes de diabète et le secteur privé, afin que les questions relatives à la prévention et à la maîtrise du diabète soient traitées de manière coordonnée, globale et intégrée ;
- allouer des crédits budgétaires nationaux suffisants à la prévention et à la maîtrise du diabète et désigner des mécanismes de financement de sorte à réduire les dépenses à la charge des patients ;
- renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques relatives au diabète en veillant à ce que les ensembles de prestations actuels de la CSU au niveau national et les stratégies/politiques/plans d'action multisectoriels en matière de MNT contiennent les dispositions qui s'imposent en matière de prévention et de prise en charge du diabète ;
- envisager de fixer des cibles de couverture pour le diabète au niveau national, en s'appuyant sur les orientations fournies par l'OMS, afin de faire progressivement bénéficier un plus grand nombre de personnes de soins de qualité, d'accroître la responsabilisation et d'évaluer périodiquement les capacités nationales de prévention et de maîtrise du diabète ;

b) **réduire les facteurs de risque modifiables de diabète et les déterminants sociaux sous-jacents :**

- accélérer la mise en œuvre de politiques et de stratégies visant à réduire les facteurs de risque de diabète et ses complications, notamment en recensant les synergies avec les recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité ;¹
- promouvoir les connaissances en matière de santé et renforcer la participation des personnes atteintes de diabète à la prise de décisions cliniques en mettant l'accent sur la communication entre les professionnels de santé et les patients et sur la sensibilisation ;

¹ Document de synthèse de l'OMS : Recommandations et cibles potentielles relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité tout au long de la vie. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-fr.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24&download=true, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- tenir compte de la charge disproportionnée du diabète parmi certains groupes de population et s'attaquer aux déterminants sociaux sous-jacents qui exposent ces populations à un risque accru de développer un diabète et ses complications, à des soins de qualité inférieure ou à un manque d'accès aux médicaments essentiels contre le diabète ;
- c) **renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de maîtriser le diabète au moyen de SSP centrés sur la personne et de la CSU :**
- élargir la prestation de SSP et en faire la pierre angulaire d'une prise en charge du diabète qui soit durable, centrée sur la personne, à assise communautaire et intégrée ;
 - établir des normes minimales de détection précoce et de prise en charge du diabète tout au long du parcours de soins en mettant l'accent sur les SSP, tout en renforçant les systèmes d'orientation entre les soins primaires et les autres niveaux de soins ;
 - envisager d'adopter les cibles proposées de couverture mondiale à atteindre d'ici à 2030 afin d'encourager le dépistage précoce et d'améliorer la prise en charge, et envisager de les adapter aux conditions locales ;
 - renforcer la capacité du personnel de santé et des établissements de détecter le diabète à un stade précoce et de le prendre en charge, y compris de diagnostiquer et de traiter les complications liées au diabète, de fournir des informations, des soins de santé mentale et un soutien psychosocial aux patients, de promouvoir l'autoprise en charge, et de fournir des soins palliatifs et de réadaptation ;
 - assurer la disponibilité et l'accessibilité économique des médicaments essentiels et des dispositifs prioritaires en intégrant les médicaments, les dispositifs d'administration de l'insuline et les dispositifs de surveillance de la glycémie aux ensembles de prestations nationales ;
 - veiller à ce que le traitement des personnes atteintes de diabète ne soit pas interrompu dans les situations d'urgence humanitaire ;
 - évaluer l'impact des solutions de santé numériques innovantes ;
 - associer les personnes atteintes de diabète à la prise de décision sur les politiques et stratégies de prévention et de maîtrise du diabète, et à la mise en œuvre de celles-ci.
- d) **promouvoir et appuyer la capacité nationale de mener des travaux de recherche-développement et de mettre au point des innovations de qualité pour la prévention et la maîtrise du diabète ;**
- e) **suivre l'évolution et les déterminants du diabète et évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise de l'affection :**
- élaborer et renforcer les systèmes de surveillance et de suivi du diabète et d'autres facteurs de risque de MNT correspondants, en s'inspirant du cadre de surveillance des MNT de l'OMS ;

- élaborer et renforcer les systèmes de suivi pour évaluer les lacunes de la couverture thérapeutique et les résultats cliniques (morbidité et mortalité), ainsi que les performances du système de santé (capacité et interventions) via la collecte systématique et régulière d'indicateurs normalisés sur la prise en charge du diabète en établissement.

12. Mesures qu'il est recommandé aux **partenaires internationaux** de prendre, y compris au secteur privé :

a) **renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la prévention et la maîtrise du diabète dans les pays :**

- faire en sorte que le programme mondial pour la santé et le développement continue d'accorder une large place au diabète ;
- mettre la coopération internationale dans le domaine du diabète en phase avec les plans nationaux concernant les MNT, de façon à renforcer l'efficacité de l'aide et l'impact sur le développement des ressources extérieures mobilisées pour appuyer la lutte contre le diabète ;
- faire en sorte que la société civile favorise la responsabilisation et aide les pays à examiner régulièrement les progrès réalisés dans la mise en œuvre des feuilles de route nationales sur le diabète en vue d'atteindre les cibles relatives au diabète fixées au niveau national ;

b) **réduire les facteurs de risque modifiables de diabète et les déterminants sociaux sous-jacents :**

- défendre et appuyer les politiques axées sur la population, y compris les politiques en matière d'alimentation et de nutrition, les activités de promotion de la santé et les campagnes visant à améliorer les connaissances en matière de santé ;
- défendre et aider à mettre en œuvre et à évaluer les initiatives de prévention et de maîtrise du diabète à ancrage communautaire ;

c) **renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de maîtriser le diabète au moyen de SSP centrés sur la personne et de la CSU :**

- s'engager à soutenir les activités qui améliorent l'accessibilité économique et la disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le diagnostic, la prise en charge et l'autoprise en charge des personnes atteintes de diabète ;
- soutenir et intensifier la mise en œuvre de solutions numériques en matière de santé sur la base d'évaluations des besoins des pays ;
- dans le même temps, communiquer des informations et participer au mécanisme de notification que l'OMS utilisera pour enregistrer et publier les contributions du secteur privé,¹ qui pourrait s'appuyer sur des données ou des mécanismes existants ;

¹ Voir la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- promouvoir les partenariats pour accélérer la mise en œuvre d’actions ambitieuses visant à renforcer l’accès et les soins, pour concrétiser les orientations du Pacte mondial contre le diabète, ainsi que les contributions du secteur privé ;
- d) **promouvoir et appuyer la capacité nationale de mener des travaux de recherche-développement et de mettre au point des innovations de qualité pour la prévention et la maîtrise du diabète :**
- investir dans la capacité nationale de recherche sur la prévention et la maîtrise du diabète en vue d’éclairer l’élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales ;
- e) **suivre l’évolution et les déterminants du diabète et évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise de l’affection :**
- appuyer l’élaboration et le maintien de systèmes de suivi et promouvoir l’utilisation des technologies de l’information et des communications ;
 - investir dans des systèmes d’information qui relient différentes sources d’information sur la prise en charge et les résultats.
13. Mesures qu’il est recommandé à l’OMS de prendre :
- a) **renforcer à l’échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, les actions multisectorielles et les partenariats pour accélérer la prévention et la maîtrise du diabète dans les pays :**
- réunir et guider les partenaires dans le cadre du Pacte mondial contre le diabète afin de mieux sensibiliser, de créer des synergies pour agir et d’exploiter les capacités collectives des acteurs nationaux, régionaux et mondiaux qui s’emploient à renforcer la prévention et la maîtrise du diabète ;
 - appuyer les activités menées dans les pays pour inclure le diabète dans la CSU et élaborer des recommandations pour financer de manière suffisante, prévisible et durable la prévention et la maîtrise du diabète, y compris dans les situations où les ressources sont limitées, et pour répondre aux besoins des populations défavorisées et marginalisées ;
 - accroître la participation constructive des personnes atteintes de diabète à la conception, à la mise en œuvre et à l’évaluation des programmes et des services de lutte contre le diabète ;
- b) **réduire les facteurs de risque modifiables de diabète et les déterminants sociaux sous-jacents :**
- fournir des orientations sur la prévention du diabète de type 2 par l’adoption d’une approche axée sur le meilleur choix, et par la promotion de la santé et des connaissances en matière de santé ;
- c) **renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de maîtriser le diabète au moyen de SSP centrés sur la personne et de la CSU :**
- soutenir l’adaptation par les pays et la mise en œuvre des orientations de l’OMS sur la prise en charge du diabète ;

- mettre au point des produits techniques et normatifs pour couvrir toute la gamme de soins destinés aux patients diabétiques et faciliter la mise en œuvre de solutions numériques fondées sur des données probantes ;
- encourager le secteur privé à renforcer ses engagements et ses contributions afin d'accroître l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de la santé pour le diabète, notamment pour garantir la préqualification de l'insuline, l'approvisionnement groupé et l'harmonisation des exigences réglementaires, tout en prenant dûment en considération la gestion des conflits d'intérêts ;
- inviter le secteur privé à renforcer son attachement et sa contribution à la prévention et à la prise en charge du diabète en s'associant à l'Équipe spéciale dirigée par l'OMS,^{1,2} notamment en participant aux programmes de préqualification de l'insuline, aux dispositifs d'autosurveillance et aux mécanismes internationaux d'approvisionnement groupé en médicaments contre le diabète (une fois créés) dirigés par l'Organisation des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et mécanismes de financement internationaux, tout en prenant dûment en considération la gestion des conflits d'intérêts ;
- élaborer des lignes directrices et fournir une assistance technique aux pays pour garantir le traitement ininterrompu du diabète dans les situations d'urgence humanitaire ;
- estimer le coût de la réalisation des cibles de couverture mondiale proposées ;

d) promouvoir et appuyer la capacité nationale de mener des travaux de recherche-développement de qualité et de mettre au point des innovations pour la prévention et la maîtrise du diabète :

- élaborer un plan pour appuyer la recherche nationale sur la prévention et la maîtrise du diabète et de ses complications ;
- appuyer la priorité accordée au programme de recherche pour la prévention et la maîtrise du diabète et promouvoir la recherche sur la mise en œuvre afin d'évaluer l'efficacité des interventions à l'échelle individuelle et de la population pour prévenir et maîtriser le diabète et l'obésité ;
- aider les pays à élaborer des politiques ou des plans de recherche sur le diabète qui incluent la recherche à assise communautaire et une évaluation de l'impact des interventions et des politiques ;

e) mesures recommandées pour suivre l'évolution et les déterminants du diabète et évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise de l'affection :

- continuer d'assurer le suivi de la dynamique des facteurs de risque de MNT et de la capacité des pays à prévenir et à maîtriser les MNT, y compris le diabète ;

¹ Dialogue with the private sector on medicines and technologies for diabetes care, septembre 2021, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/01/default-calendar/dialogue-with-the-private-sector-on-medicines-and-technologies-for-diabetes-care>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Voir le document EB144/20.

- élaborer un cadre et un outil pour assurer le suivi des performances des systèmes de soins en procédant au suivi des processus de soins et des issues au niveau des établissements de santé ;
- appuyer la mise en place et le maintien de systèmes de suivi et promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et des communications.

ANNEXE 3

PROJET DE STRATÉGIE MONDIALE SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**CONTEXTE**

1. Consciente de l'importance des principales maladies et affections bucco-dentaires pour la santé publique mondiale, en mai 2021, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA74.5 (2021) sur la santé bucco-dentaire et a prié le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres, un projet de stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire. Cette stratégie servira de base à un plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire, y compris un cadre de suivi des progrès assorti d'objectifs mesurables clairs à atteindre d'ici à 2030.

2. La résolution sur la santé bucco-dentaire et le projet de stratégie mondiale qui en découle sont fondés sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030, en particulier l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et sa cible 3.8, qui consiste à instaurer la couverture sanitaire universelle (CSU). Ils concordent avec le treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023 ; la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019 ; le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires de 2020 ; la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (2016) ; le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ; la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, adoptée en 2003 ; la résolution WHA74.16 sur les déterminants sociaux de la santé ; la décision WHA73(12) sur la Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2020-2030) ; et la résolution WHA67.11 (2014) intitulée : « Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata ».

APERÇU GÉNÉRAL DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DANS LE MONDE

3. La santé bucco-dentaire est l'état de la bouche et des dents. Elle permet aux individus d'effectuer des fonctions essentielles, telles que manger, respirer et parler, et englobe des dimensions psychosociales, comme la confiance en soi, le bien-être et la capacité de créer des liens sociaux et de travailler sans douleur, inconfort ou gêne. La santé bucco-dentaire évolue au cours de la vie, du début de la vie à la vieillesse, fait partie intégrante de la santé en général et permet aux individus de participer à la vie en société et de réaliser leur potentiel.

Charge des maladies bucco-dentaires

4. On estime qu'il y a plus de 3,5 milliards de cas de maladies bucco-dentaires et d'autres affections bucco-dentaires dans le monde, dont la plupart peuvent être évitées.¹ Au cours des trente dernières années, la prévalence mondiale cumulée des caries dentaires, des maladies parodontales (gencives) et de la perte de dents est demeurée à 45 %, chiffre qui est plus élevé que la prévalence de n'importe quelle autre MNT.

¹ Bernabe GE, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et coll. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study *J Dent Res.* 2020;99(4):362-373. doi: 10.1177/0022034520908533.

5. Les cancers des lèvres et de la cavité buccale se placent au seizième rang des cancers les plus répandus dans le monde, avec plus de 375 000 cas nouveaux et près de 180 000 décès en 2020.¹ Le noma est une maladie non transmissible nécrosante qui survient généralement chez les jeunes enfants vivant dans l'extrême pauvreté. Il commence par une lésion des gencives à l'intérieur de la bouche et détruit les tissus mous et durs de la bouche et du visage ; et est mortel dans une proportion pouvant atteindre 90 % chez les enfants touchés.² La fente labiale et la fente palatine, anomalies congénitales crâniofaciales les plus courantes, ont une prévalence d'environ 1 pour 1500 naissances dans le monde.^{3,4} On estime que la prévalence mondiale des lésions dentaires d'origine traumatique est de 23 % pour les dents de lait et de 15 % pour les dents définitives, et qu'elles concernent ainsi plus d'un milliard de personnes.⁵

6. Les maladies bucco-dentaires présentent souvent une comorbidité avec d'autres MNT. Il a été démontré une association entre les maladies bucco-dentaires, en particulier les parodontopathies, et une série d'autres MNT, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Coûts sociaux, économiques et environnementaux des problèmes de santé bucco-dentaire

7. Si elles ne sont pas traitées, les maladies et affections bucco-dentaires ont des conséquences graves sur le plan personnel (symptômes physiques, limitations fonctionnelles, stigmatisation et effets néfastes sur le bien-être émotionnel, économique et social), qui peuvent affecter les familles, les communautés et le système de soins de santé dans son ensemble. Pour les personnes souffrant de maladies et d'affections bucco-dentaires qui se font soigner, les coûts peuvent être élevés et représenter un fardeau économique important.

8. Les paiements directs élevés et les frais de santé catastrophiques associés aux soins bucco-dentaires incitent souvent les individus à ne pas se faire soigner lorsqu'ils en ont besoin. En 2015, à l'échelle mondiale, les maladies et affections bucco-dentaires ont entraîné des coûts directs estimés à 357 milliards de dollars des États-Unis (USD) (dépenses de traitement par exemple) et des coûts indirects de 188 milliards USD (pertes de productivité dues à l'absentéisme au travail ou à l'école, par exemple), avec de grandes différences entre les pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible.⁶

9. Il y a une corrélation forte et constante entre le statut socioéconomique (revenu, profession et niveau d'instruction) et la prévalence et la gravité des maladies et affections bucco-dentaires.^{7,8} Tout au long de la vie, ces pathologies touchent davantage les membres pauvres et vulnérables de la société, souvent les

¹ Lip, oral cavity. International Agency for Research on Cancer fact sheet. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Information brochure for early detection and management of noma. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. 2017.

³ Birth defects surveillance. A manual for programme managers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

⁴ Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokaee S, Darvishi F, Mohammadi M. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2021; S2468-7855(21)00118X. doi:10.1016/j.jormas.2021.05.008.

⁵ Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis—One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2018 Apr;34(2):71-86. doi: 10.1111/edt.12389.

⁶ Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, regional-, and country-level economic impacts of dental diseases in 2015. *J Dent Res*. 2018;97(5):501-507. doi: 10.1177/0022034517750572.

⁷ Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly D, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases : a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

⁸ Matsuyama Y, Jürges H, Listl S. The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms. *Am J Epidemiol*. 2019;188(1):87-95. doi: 10.1093/aje/kwy205.

personnes qui ont de faibles revenus, les personnes handicapées, les personnes âgées vivant seules ou dans des structures d'accueil, les réfugiés, les prisonniers ou les personnes vivant dans des localités rurales et isolées, et les personnes appartenant à des minorités ou à d'autres groupes socialement marginalisés.

10. L'impact environnemental du système de soins bucco-dentaires est une grande préoccupation, comme le montre la Convention de Minamata sur le mercure, un traité mondial qui oblige les parties à mettre en œuvre des mesures visant à éliminer progressivement l'utilisation d'amalgame dentaire, qui contient 50 % de mercure. Les autres enjeux environnementaux liés aux soins de santé bucco-dentaire concernent l'utilisation des ressources naturelles, telles que l'énergie et l'eau ; l'utilisation de matériaux dentaires et de produits d'hygiène bucco-dentaire sûrs et respectueux de l'environnement ; et la gestion durable des déchets.

Déterminants commerciaux et facteurs de risque des maladies et affections bucco-dentaires

11. Les maladies et affections bucco-dentaires et les inégalités en matière de santé bucco-dentaire sont directement influencées par des déterminants sociaux et commerciaux. Les déterminants sociaux sont les causes structurelles, sociales, économiques et politiques des maladies et affections bucco-dentaires dans la société. Les déterminants commerciaux sont les stratégies utilisées par certains acteurs du secteur privé pour promouvoir des produits et des choix qui ont des effets néfastes sur la santé.

12. Les maladies et affections bucco-dentaires dépendent de facteurs de risque communs aux principales MNT, c'est-à-dire les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et les troubles mentaux. Ces facteurs de risque comprennent la consommation de tabac (à fumer et sans fumée), la consommation nocive d'alcool, un apport élevé en sucres et l'absence d'allaitement maternel, ainsi que le papillomavirus humain pour les cancers de l'oropharynx.

13. Les facteurs de risque modifiables associés à la fente labiale et palatine sont notamment le tabagisme actif ou passif de la mère, tandis que ceux associés à des lésions dentaires traumatiques incluent la consommation d'alcool, les accidents de la route et les traumatismes dus à la pratique d'un sport. L'étiologie du noma est inconnue, mais ses facteurs de risque sont notamment la malnutrition ; les co-infections ; les maladies à prévention vaccinale ; une mauvaise hygiène bucco-dentaire ; et de mauvaises conditions de vie, comme des problèmes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Promotion de la santé bucco-dentaire et prévention des maladies bucco-dentaires

14. Les efforts de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires ne ciblent que rarement les déterminants sociaux et commerciaux de la santé bucco-dentaire à l'échelle de la population. En outre, la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires ne sont généralement pas intégrées aux programmes de lutte contre d'autres MNT qui présentent les mêmes grands facteurs de risque et déterminants sociaux. En 2015, l'OMS a publié des lignes directrices sur l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant dans lesquelles elle recommandait vivement de réduire la consommation de sucres libres tout au long de la vie en se fondant sur les preuves scientifiques d'une corrélation directe entre l'apport en sucres libres, d'une part, et d'autre part, le poids corporel et les caries dentaires. Néanmoins, les initiatives de santé publique visant à réduire la consommation de sucre sont rares.

15. Les initiatives qui s'attaquent aux déterminants en amont peuvent présenter un bon rapport coût/efficacité et avoir une portée et un impact élevés sur la population. Parmi les stratégies en amont visant à réduire l'apport en sucres libres et la consommation de tabac et d'alcool, il convient de mentionner des politiques, des taxes et/ou une réglementation du prix, de la vente et de la publicité de produits nocifs pour la santé. Parmi les interventions politiques de niveau intermédiaire, citons la

création de conditions plus favorables dans des environnements essentiels, tels que les établissements d'enseignement, les écoles, les lieux de travail et les structures d'accueil.

16. Des millions de personnes n'ont pas accès aux programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires.¹ L'utilisation de fluor pour prévenir les caries dentaires est limitée. Bien souvent, les méthodes de prévention essentielles, par exemple la fluoration de l'eau et d'autres méthodes communautaires, l'application topique de fluor ou l'emploi de dentifrice fluoré de qualité, ne sont pas disponibles ou présentent un coût trop élevé.

Systèmes de soins bucco-dentaires

17. L'engagement politique et les ressources consacrées aux systèmes de soins bucco-dentaires sont souvent limités au niveau du ministère de la santé. Ordinairement, le système de soins bucco-dentaires est insuffisamment financé, fourni par des prestataires de services privés, hautement spécialisé et isolé du système de soins de santé général. Dans la plupart des pays, les prestations prévues par la CSU et les interventions contre les MNT n'englobent pas les soins bucco-dentaires essentiels.

18. Les soins bucco-dentaires essentiels couvrent un ensemble défini d'interventions sûres et d'un bon rapport coût/efficacité aux niveaux individuel et communautaire pour promouvoir la santé bucco-dentaire, ainsi que pour prévenir et traiter les maladies et affections bucco-dentaires les plus répandues et/ou les plus graves, y compris les services appropriés de réadaptation et d'orientation des patients. En règle générale, les établissements de soins primaires ne proposent pas de soins bucco-dentaires, et la couverture des soins bucco-dentaires par les régimes d'assurance privés ou publics est très variable au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre.

19. Dans de nombreux pays, on n'accorde pas suffisamment d'attention à la planification du personnel de santé pour répondre aux besoins de santé bucco-dentaire de la population. La formation en soins bucco-dentaires est rarement intégrée aux systèmes de formation en santé générale. Elle privilégie habituellement la formation de dentistes hautement spécialisés plutôt que d'agents de santé bucco-dentaire de niveau intermédiaire et communautaires ou encore l'optimisation du rôle de l'ensemble de l'équipe médicale.

20. La pandémie de COVID-19 a eu des effets négatifs sur les programmes de santé publique et la prestation de soins bucco-dentaires essentiels dans la plupart des pays, ce qui a entraîné des retards dans le traitement des affections bucco-dentaires, une augmentation des prescriptions d'antibiotiques et de plus grandes inégalités en matière de santé bucco-dentaire. La pandémie devrait être considérée comme une occasion de mieux intégrer les soins bucco-dentaires dans les systèmes de soins de santé en général au titre des efforts déployés pour instaurer la CSU.

FINALITÉ, OBJECTIF ET PRINCIPES DIRECTEURS

Finalité

21. La finalité de cette stratégie est la CSU en santé bucco-dentaire pour tous les individus et toutes les communautés d'ici à 2030, qui permettra à chacun de jouir du meilleur état de santé bucco-dentaire qu'il est capable d'atteindre, lui donnant ainsi plus de chances de mener une vie saine et productive.

¹ Petersen PE, Baez RJ, Ogawa H. Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48:338–348. doi : <https://doi.org/10.1111/cdoe.12538>.

22. La CSU signifie que tous les individus et toutes les communautés ont accès à des services de santé essentiels et de qualité qui répondent à leurs besoins et qu'ils peuvent les utiliser sans s'exposer à des difficultés financières. Ces services comprennent des interventions de promotion de la santé bucco-dentaire, de prévention des maladies et affections bucco-dentaires, de traitement et de réadaptation tout au long de la vie. En outre, des interventions en amont sont nécessaires pour renforcer la prévention des maladies bucco-dentaires et réduire les inégalités en matière de santé bucco-dentaire. La possession du meilleur état de santé bucco-dentaire qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

But

23. La stratégie a pour but d'aider les États Membres à : a) élaborer des programmes nationaux ambitieux pour promouvoir la santé bucco-dentaire ; b) faire reculer les maladies et affections bucco-dentaires et les inégalités en matière de santé bucco-dentaire ; c) intensifier les efforts pour lutter contre les maladies et les affections bucco-dentaires dans le cadre de la CSU ; et d) envisager de définir des cibles et des indicateurs, en fonction de la situation nationale et infranationale et, d'après les orientations que donnera le plan d'action mondial de l'OMS pour la santé bucco-dentaire, hiérarchiser les actions à mener et évaluer les progrès réalisés d'ici à 2030.

Principes directeurs

Principe 1 : aborder la santé-bucco-dentaire sous l'angle de la santé publique

24. Aborder la santé bucco-dentaire sous l'angle de la santé publique, c'est chercher à offrir un avantage maximum en santé bucco-dentaire au plus grand nombre en visant les maladies et affections bucco-dentaires les plus répandues et/ou les plus graves. Pour y parvenir, il faut intégrer les programmes de santé bucco-dentaire dans des initiatives de santé publique d'ordre plus général et coordonnées. Aborder la santé bucco-dentaire sous l'angle de la santé publique suppose de prendre en amont des mesures intensifiées et élargies sur les déterminants sociaux et commerciaux de la santé bucco-dentaire, faisant intervenir un vaste ensemble d'acteurs des secteurs de l'action sociale, de l'économie, de l'éducation, de l'environnement et d'autres secteurs concernés.

Principe 2 : intégrer la santé bucco-dentaire dans les SSP

25. Les soins de santé primaires sont la pièce maîtresse du renforcement des systèmes de santé parce qu'ils améliorent leur performance, progrès qui se traduit par de meilleurs résultats en santé. Le regroupement des services de santé bucco-dentaire de base avec d'autres services de lutte contre les MNT au niveau des SSP est un élément essentiel de la CSU. Cette intégration présente de nombreux avantages potentiels, notamment de plus grandes chances de prévenir, détecter rapidement et maîtriser des affections connexes et des comorbidités, ainsi qu'un accès plus équitable à des soins de santé complets et de qualité.

Principe 3 : des modèles innovants pour la dotation en personnel afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire

26. Les modèles de planification des ressources et de dotation en personnel doivent mieux faire concorder la formation théorique et pratique des agents de santé avec les objectifs de santé publique et les besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire, en particulier pour les populations mal desservies. La CSU n'est réalisable que si l'on réforme les systèmes de santé, d'éducation et de planification des ressources de telle sorte que le personnel de santé dispose des compétences nécessaires

pour dispenser les soins bucco-dentaires essentiels tout au long du parcours de soins. Il faudra peut-être pour cela réexaminer les rôles et les responsabilités des agents de santé bucco-dentaire de niveau intermédiaire et communautaires et des autres professionnels de santé notamment dans le secteur de la santé bucco-dentaire. Le nouveau cadre de compétences mondial de l'OMS pour la couverture sanitaire universelle devrait guider la conception de modèles pour la dotation en personnel de santé bucco-dentaire.

Principe 4 : des soins bucco-dentaires centrés sur la personne

27. Les soins bucco-dentaires centrés sur la personne sont assurés en sollicitant et en prenant en compte le point de vue des individus, des familles et des communautés, et en particulier des personnes présentant des problèmes de santé bucco-dentaire. Cette approche considère les individus comme des participants autant que comme des bénéficiaires d'un système de santé fiable qui répond à leurs besoins et tient compte de leurs préférences avec humanité et de façon globale. Les soins centrés sur la personne favorisent activement une approche plus globale de l'évaluation des besoins, la prise de décisions en commun, l'amélioration des connaissances de base en santé bucco-dentaire et l'autoprise en charge. Grâce à ce processus, les gens ont la possibilité – et aussi les compétences et les ressources nécessaires pour cela – d'être des utilisateurs et des parties prenantes éclairés, engagés et autonomes des services de santé bucco-dentaire.

Principe 5 : des interventions de santé bucco-dentaire adaptées tout au long de la vie

28. Les individus souffrent de maladies et d'affections bucco-dentaires, et sont exposés, tout au long de leur existence, aux facteurs de risque et aux déterminants sociaux et commerciaux qui y sont liés. Les effets peuvent varier et s'accumuler au fil du temps et devenir complexes plus tard au cours de l'existence, notamment en ce qui concerne d'autres MNT. Il faut intégrer des stratégies de santé bucco-dentaire adaptées à l'âge, incluant des soins bucco-dentaires essentiels, dans les programmes de santé prévus à chaque étape de la vie, y compris les programmes prénatals et les programmes de santé du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent, des adultes actifs et des personnes âgées. Il peut s'agir d'interventions adaptées à l'âge, fondées sur des données probantes et axées sur la promotion d'une alimentation plus saine, le sevrage tabagique, la réduction de la consommation d'alcool et l'autoprise en charge.

Principe 6 : optimiser les technologies numériques pour la santé bucco-dentaire

29. L'intelligence artificielle (IA), les appareils mobiles et autres technologies numériques peuvent être utilisés de manière stratégique pour la santé bucco-dentaire à différents niveaux, notamment pour améliorer les connaissances de base en santé bucco-dentaire, dispenser des formations en ligne et pratiquer la télésanté entre prestataires, ainsi que pour faciliter la détection précoce et la surveillance des maladies et affections et assurer l'orientation des patients au niveau des soins primaires. Parallèlement, il est essentiel d'instaurer une gouvernance de la santé numérique ou de la renforcer, et de définir, sur la base des meilleures pratiques et de données scientifiques, des normes et des critères pour mettre les technologies numériques au service de la santé bucco-dentaire.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif stratégique 1 : gouvernance de la santé bucco-dentaire – accroître l'engagement politique et les ressources en faveur de la santé bucco-dentaire, renforcer le leadership et créer des partenariats avantageux pour tous à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé.

30. L'objectif stratégique 1 consiste à prendre en compte et à intégrer la santé bucco-dentaire dans toutes les politiques et tous les programmes de santé publique pertinents, dans le cadre de l'action menée au niveau

national pour lutter contre les MNT et instaurer la CSU. Un engagement politique et des ressources plus importants en faveur de la santé bucco-dentaire sont indispensables aux niveaux national et infranational, tout comme la réforme des systèmes de santé et d'éducation. Dans l'idéal, cela comprendrait une part minimale garantie des dépenses de santé publique qui serait dirigée exclusivement vers les programmes nationaux de santé bucco-dentaire.

31. La création d'un organe national chargé de la santé bucco-dentaire, doté de professionnels de la santé publique, ou son renforcement, est au cœur de ce processus. Il convient de mettre sur pied un organe spécial qualifié, fonctionnel, responsable et bien doté en ressources, ou de le renforcer, au sein des structures chargées de la lutte contre les MNT et d'autres services de santé publique et d'éducation.

32. Des partenariats durables à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, de même que la collaboration avec les communautés, la société civile et le secteur privé, sont essentiels pour mobiliser des ressources, cibler les déterminants sociaux et commerciaux de la santé bucco-dentaire et mettre en œuvre des réformes. Par exemple, le ministère de la santé et le ministère de l'environnement doivent impérativement collaborer afin d'agir sur la durabilité environnementale dans le cadre des soins bucco-dentaires : mise en œuvre de la Convention de Minamata sur le mercure et enjeux liés à la gestion des produits chimiques et des déchets (y compris le mercure), par exemple.

Objectif stratégique 2 : promotion de la santé bucco-dentaire et prévention des maladies bucco-dentaires – Permettre à tous de jouir de la meilleure santé bucco-dentaire possible, agir sur les déterminants sociaux et commerciaux ainsi que les facteurs de risque des maladies et affections bucco-dentaires.

33. L'objectif stratégique 2 fait appel à des interventions fondées sur des données probantes, d'un bon rapport coût/efficacité et durables pour promouvoir la santé bucco-dentaire et prévenir les maladies et les affections bucco-dentaires. En aval, l'éducation à la santé bucco-dentaire contribue à l'acquisition de compétences personnelles, sociales et politiques qui permettent à chacun de réaliser pleinement son potentiel d'autoprise en charge en matière de santé bucco-dentaire. En amont, la promotion de la santé bucco-dentaire consiste notamment à mettre en place des politiques publiques et à encourager l'action communautaire pour que les individus maîtrisent mieux leur santé bucco-dentaire et pour promouvoir l'équité en la matière.

34. Les mesures de prévention visent les principaux facteurs de risque et les déterminants sociaux et commerciaux des maladies et affections bucco-dentaires. Ces initiatives devraient être entièrement harmonisées et se renforcer mutuellement avec d'autres stratégies de prévention des MNT et avec la réglementation s'appliquant au tabagisme, à l'usage nocif de l'alcool et à la limitation de l'apport en sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total et dans l'idéal à moins de 5 %. Les mesures de prévention devraient également inclure des méthodes communautaires sûres et d'un bon rapport coût/efficacité afin de prévenir les caries dentaires, par exemple la fluoruration de l'eau le cas échéant, l'application de fluorures par voie topique ou l'emploi de dentifrices fluorés de qualité.

Objectif stratégique 3 : personnel de santé : élaborer des modèles de main-d'œuvre innovants et revoir et élargir l'enseignement fondé sur les compétences pour répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire.

35. L'objectif stratégique 3 vise à garantir un nombre, une disponibilité et une répartition adéquats de professionnels de la santé qualifiés pour fournir un ensemble essentiel de services de santé bucco-dentaire répondant aux besoins de la population. Pour ce faire, il faut que la planification et la

hiérarchisation des services de santé bucco-dentaire soient explicitement incluses dans toutes les stratégies et tous les plans d'investissement chiffrés concernant le personnel de santé.

36. Il est probable que des modèles de main-d'œuvre plus efficaces feront appel à un ensemble de dentistes, de prestataires de soins bucco-dentaires de niveau intermédiaire (tels que les assistants dentaires, les infirmiers dentaires, les prothésistes dentaires, les thérapeutes dentaires et les hygiénistes dentaires), d'agents de santé communautaires et d'autres professionnels de santé concernés qui ne participent généralement pas aux soins bucco-dentaires, tels que les infirmiers et les médecins de soins de santé primaires. La mise en œuvre de ces modèles peut nécessiter une réévaluation et une mise à jour des politiques législatives et réglementaires nationales en matière d'autorisation d'exercer et d'accréditation du personnel de santé. Les éducateurs en santé joueront un rôle clé dans la définition de normes de compétence et de professionnalisme pour la santé bucco-dentaire qui guideront et évalueront l'éducation, la formation et la pratique d'un personnel de santé innovant.

37. Les programmes d'études et de formation doivent préparer adéquatement les agents de santé à gérer et à répondre aux aspects de santé publique de la santé bucco-dentaire et à agir sur l'impact environnemental des services de santé bucco-dentaire sur la santé planétaire. La formation des professionnels de la santé bucco-dentaire doit aller au-delà du développement d'un ensemble de compétences cliniques et inclure une formation solide en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des compétences clés, telles que la prise de décision fondée sur des données probantes, l'apprentissage réflexif sur la qualité des soins bucco-dentaires, la communication interprofessionnelle et la prestation de soins de santé centrés sur la personne. La formation intra et interprofessionnelle et la pratique collaborative seront également importantes pour permettre l'intégration complète des services de santé bucco-dentaire dans les systèmes de santé et au niveau des soins primaires.

Objectif stratégique 4 : soins bucco-dentaires – intégrer les soins bucco-dentaires essentiels et assurer la protection financière et la mise à disposition des fournitures essentielles au niveau des SSP.

38. L'objectif stratégique 4 consiste à faire en sorte que l'ensemble de la population puisse accéder à des soins bucco-dentaires essentiels à la fois sûrs, efficaces et économiquement abordables dans le cadre des prestations de la CSU. Les agents de santé qui fournissent des soins bucco-dentaires doivent être des membres actifs de l'équipe de SSP et travailler en collaboration, y compris avec les autres niveaux de soins, pour lutter contre les maladies et les affections bucco-dentaires et d'autres MNT, en cherchant principalement à combattre les facteurs de risque communs et à promouvoir les consultations médicales générales.

39. La protection financière moyennant l'élargissement des politiques et des programmes d'assurance privés et publics – couvrant les services de santé bucco-dentaire – est l'une des pierres angulaires de la CSU. Il est également important de garantir un approvisionnement fiable en produits médicaux essentiels, médicaments génériques et autres fournitures destinées aux soins dentaires, ainsi que leur bonne distribution, pour la prise en charge des maladies et affections bucco-dentaires au niveau des SSP et dans les services spécialisés.

40. Il convient d'examiner le rôle potentiel que peuvent jouer les technologies de santé numériques dans la fourniture de soins bucco-dentaires essentiels accessibles et efficaces. On pourrait notamment élaborer une politique, une législation et des infrastructures permettant de renforcer l'utilisation des technologies de santé numériques, telles que les téléphones mobiles, les caméras intra-buccales et d'autres technologies, afin de favoriser l'accès et la consultation à distance pour la détection précoce et l'orientation des patients vers des services de prise en charge des maladies et affections bucco-dentaires.

Objectif stratégique 5 : systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire – améliorer les systèmes de surveillance et d'information afin de fournir en temps voulu des renseignements sur la santé bucco-dentaire utiles aux décideurs pour élaborer des politiques sur la base d'éléments probants.

41. L'objectif stratégique 5 consiste à élaborer des systèmes d'information intégrés plus efficaces, plus efficaces et plus inclusifs en matière de santé bucco-dentaire à des fins de planification, de gestion et d'élaboration de politiques. Au niveau national et infranational, le renforcement des systèmes d'information devrait comprendre la collecte systématique de données sur l'état de santé bucco-dentaire, les déterminants sociaux et commerciaux, les facteurs de risque, le personnel, l'état de préparation des services de santé bucco-dentaire et les ressources dépensées.

42. Ces systèmes améliorés peuvent s'appuyer sur les systèmes d'information sanitaire, les enquêtes démographiques et sanitaires et des technologies numériques prometteuses, et ils doivent garantir la protection des données des patients. Ils doivent également être mis en place pour surveiller les caractéristiques et tendances des inégalités en matière de santé bucco-dentaire et suivre la mise en œuvre et mesurer l'impact des politiques et programmes de santé bucco-dentaire existants.

43. Les nouvelles méthodes épidémiologiques en matière de santé bucco-dentaire, notamment la vidéo haute résolution, l'imagerie multispectrale et les technologies mobiles, sont à même d'améliorer la qualité des données sur la santé bucco-dentaire en population tout en réduisant les coûts et la complexité. Le nouveau guide de l'OMS consacré à la mise en œuvre des technologies mobiles pour la santé bucco-dentaire, par exemple, fournit des conseils sur l'utilisation des technologies mobiles pour la surveillance de la prestation des services de santé en population.

Objectif stratégique 6 : programme de recherche en santé bucco-dentaire – créer et actualiser continuellement une recherche axée sur le contexte et les besoins ciblant les aspects de la santé bucco-dentaire qui relèvent de la santé publique

44. L'objectif stratégique 6 s'efforce de créer et de mettre en œuvre de nouveaux programmes de recherche en santé bucco-dentaire axés sur les programmes de santé publique et les interventions en population. Il s'agit notamment de la recherche sur les systèmes de santé en apprentissage constant, les modèles de dotation en personnel, les technologies numériques et les aspects des maladies et affections bucco-dentaires qui relèvent de la santé publique.

45. Parmi les autres priorités de la recherche, on notera les interventions en amont ; les interventions de SSP ; les matériaux pour la restauration des dents sans mercure ; les obstacles à l'accès aux soins buccodentaires ; les inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire ; la promotion de la santé bucco-dentaire dans des milieux clés – par exemple les écoles ; les pratiques durables sur le plan environnemental ; et les analyses économiques permettant de repérer les interventions présentant un bon rapport coût/efficacité.

46. La transposition des résultats de la recherche dans la pratique est tout aussi importante et devrait inclure la formulation de lignes directrices pour la pratique clinique adaptées à chaque région et fondées sur des données probantes. Les chercheurs ont un rôle important à jouer dans le soutien au développement et à l'évaluation des politiques de santé bucco-dentaire en population, ainsi que dans l'évaluation et l'application des preuves générées par les nouvelles interventions de santé publique.

RÔLE DE L'OMS, DES ÉTATS MEMBRES ET DES PARTENAIRES

OMS

47. L'OMS jouera un rôle de chef de file et de coordination en matière de promotion et de suivi de l'action mondiale pour la santé bucco-dentaire, notamment en ce qui concerne les travaux d'autres organismes compétents des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales. Elle fixera l'orientation générale et les priorités mondiales en matière de sensibilisation, de partenariats et de réseautage dans le domaine de la santé bucco-dentaire, définira de grandes options stratégiques sur la base de données probantes et fournira un appui technique et stratégique aux États Membres.

48. L'OMS poursuivra ses travaux avec ses partenaires mondiaux en santé publique, notamment ses centres collaborateurs, pour créer des réseaux de renforcement des capacités en matière de soins bucco-dentaires, de recherche et de formation, mobilisera la contribution des organisations non gouvernementales et de la société civile ; et facilitera la mise en œuvre concertée de la stratégie, en particulier en ce qui concerne les besoins des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'OMS collaborera également avec les États Membres pour faire en sorte que la stratégie soit adoptée et que l'on en rende compte au niveau national, notamment dans les politiques sanitaires et les plans stratégiques nationaux.

49. D'ici à 2023, l'OMS déclinera cette stratégie en un plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire, comprenant un cadre de suivi des progrès assorti d'objectifs clairs et mesurables à atteindre d'ici à 2030. D'ici à 2024, l'OMS recommandera des interventions de santé-bucco-dentaire d'un bon rapport coût/efficacité et fondées sur des données probantes dans le cadre de l'appendice 3 actualisé au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et du répertoire OMS des interventions en vue de la couverture sanitaire universelle.

50. L'OMS continuera de mettre à jour les orientations techniques pour assurer des services dentaires sûrs et ininterrompus, y compris pendant et après la pandémie de COVID-19 et d'autres urgences sanitaires. En collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), l'OMS élaborera des directives techniques pour des soins bucco-dentaires respectueux de l'environnement, notamment grâce au recours à des produits sans mercure et des procédures moins invasives. Elle envisagera également de classer le noma dans la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.

51. L'OMS aidera à appliquer durablement et plus largement les innovations qui ont un impact sur la santé bucco-dentaire conformément au cadre de l'OMS pour le développement de l'innovation, notamment les innovations sociales, numériques et financières et celles qui concernent la prestation de services, les produits de santé et les modèles d'activité.

52. L'OMS créera une plateforme de données sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de son recueil de données pour les statistiques sanitaires. Elle renforcera les systèmes intégrés d'information sur la santé bucco-dentaire et les activités de surveillance en élaborant de nouvelles technologies et méthodes standardisées de recueil de données, ainsi que de nouveaux indicateurs de la santé bucco-dentaire pour les enquêtes sur la santé de la population. Elle encouragera et appuiera la recherche dans les domaines prioritaires afin d'améliorer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé bucco-dentaire.

États Membres

53. C'est aux États Membres qu'il revient principalement de relever le défi que représente la lutte contre les maladies et affections bucco-dentaires au sein de leur population. Il appartient aux pouvoirs publics de mobiliser tous les secteurs de la société pour mener une action efficace dans le but de lutter contre les maladies et affections bucco-dentaires, de promouvoir la santé bucco-dentaire et de réduire les inégalités dans ce domaine. Ils devraient garantir des budgets suffisants pour la santé bucco-dentaire sur la base du coût des interventions et des argumentaires d'investissement pour instaurer la couverture universelle en santé bucco-dentaire.

54. Les États Membres devraient veiller à ce que la santé bucco-dentaire fasse partie intégrante des politiques de santé au niveau national et infranational et à ce que l'organisme national responsable de la santé bucco-dentaire dispose de capacités et de ressources suffisantes pour diriger les activités avec dynamisme, assurer la coordination et rendre compte de l'action menée en matière de santé bucco-dentaire.

55. Les États Membres peuvent renforcer les capacités du système de soins bucco-dentaires en intégrant la santé bucco-dentaire dans les SSP au niveau des ensembles de prestations composant la CSU ; en garantissant l'accessibilité économique des médicaments et produits essentiels en santé bucco-dentaire, du matériel ou autres fournitures essentiels pour la prévention et la prise en charge des maladies et affections bucco-dentaires ; et en privilégiant des soins bucco-dentaires respectueux de l'environnement et moins invasifs.

56. Les États Membres devraient également évaluer et repenser la dotation en personnel de santé pour répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire en réorientant les objectifs des programmes d'éducation vers les services de santé bucco-dentaire à fournir. Il convient pour ce faire de favoriser la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative entre les agents de santé des niveaux intermédiaire et communautaire. Ils devraient revoir de manière critique et mettre à jour en permanence le contenu des formations proposées aux agents de santé tant au niveau des programmes que des cursus, en privilégiant une approche de santé publique, qui permette aux agents de santé d'acquérir des compétences essentielles, comme des méthodes de résolution de problèmes et une aptitude à diriger.

57. Les États Membres peuvent agir sur les déterminants de la santé bucco-dentaire et les facteurs de risque des maladies et affections bucco-dentaires en prônant l'instauration d'une réglementation fondée sur des données probantes qui agit sur les déterminants sous-jacents susceptibles d'accroître ou de diminuer les risques et en collaborant avec des entités commerciales afin de les encourager à reformuler leurs produits de sorte à abaisser la teneur en sucres, réduire la taille des portions ou inciter les consommateurs à opter pour les produits présentant une moindre teneur en sucres. Les États Membres peuvent en outre cibler les déterminants en renforçant les conditions favorables à la santé dans les lieux les plus importants ; en mettant en œuvre des méthodes communautaires afin de prévenir les caries dentaires ; en défendant une législation tendant à rendre le dentifrice fluoré de qualité plus accessible économiquement ; et en plaidant pour que celui-ci soit considéré comme un produit de santé essentiel dans la liste nationale des médicaments essentiels.

58. Les États Membres devraient améliorer la surveillance, la collecte de données et le suivi en matière de santé bucco-dentaire pour rassembler des éléments utiles à la prise de décisions et à l'action de sensibilisation. Il s'agit notamment d'élaborer et de standardiser des méthodes et technologies actualisées pour la collecte de données épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire, d'intégrer les dossiers électroniques relatifs aux soins dentaires et médicaux et de renforcer la surveillance intégrée des maladies et affections bucco-dentaires. Il s'agit également de l'analyse des données sur les systèmes et les politiques de santé bucco-dentaire, la recherche opérationnelle ainsi que l'évaluation des interventions et des programmes.

Partenaires internationaux

59. L'UNICEF, le PNUE, l'Union internationale des télécommunications et d'autres institutions des Nations Unies, ainsi que des banques de développement et d'autres partenaires internationaux peuvent sensiblement contribuer à la réalisation des buts et des objectifs de la stratégie aux niveaux mondial, régional et national. Il s'agit notamment de prendre des initiatives en matière de plaidoyer, de mobilisation de ressources, d'échange d'informations, de diffusion de bilans d'expérience, de renforcement des capacités, de recherche et d'élaboration de cibles et d'indicateurs en vue d'une rationalisation de la collaboration mondiale.

60. Une coordination est nécessaire entre les partenaires internationaux, notamment les institutions du système des Nations Unies, les organes intergouvernementaux, les acteurs non étatiques, les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles, les organisations de jeunes et d'étudiants, les groupes de patients, le milieu universitaire et les instituts de recherche. Œuvrer avec efficacité dans le cadre d'une coalition internationale pour la santé bucco-dentaire aidera les pays à appliquer la stratégie.

Société civile

61. La société civile est une partie prenante essentielle dans la définition des priorités en matière de services de soins bucco-dentaires et de santé publique. Elle peut encourager les pouvoirs publics à prendre des initiatives nationales et infranationales ambitieuses en matière de santé bucco-dentaire et contribuer à leur réalisation. Elle peut former des partenariats et des alliances multipartites pour mettre à profit et partager le savoir, évaluer les progrès accomplis, fournir des services et permettre aux personnes atteintes de maladies et d'affections bucco-dentaires de se faire mieux entendre. La participation active à un partenariat fructueux avec des organisations de la société civile et communautaires, ainsi que la conception et la production conjointes d'approches innovantes en matière de soins bucco-dentaires, permettent de concevoir des modèles de soins plus adaptés et plus durables.

62. La société civile peut venir en aide aux consommateurs et diriger la mobilisation et le travail de sensibilisation au niveau local pour faire en sorte que l'action publique accorde plus d'importance à la promotion de la santé bucco-dentaire et à la lutte contre les maladies et affections bucco-dentaires. La société civile et les consommateurs peuvent plaider auprès des pouvoirs publics pour qu'ils demandent à l'industrie alimentaire et aux fabricants de boissons de proposer des produits sains ; épauler les pouvoirs publics dans la mise en œuvre des programmes de lutte antitabac ; et former des réseaux et des groupes d'action pour promouvoir la disponibilité d'aliments et de boissons à faible teneur en sucres libres et de dentifrice fluoré de qualité, y compris par l'octroi de subventions ou l'abaissement des taxes.

Secteur privé

63. Le secteur privé peut adhérer et contribuer plus largement aux interventions nationales et infranationales en matière de santé bucco-dentaire en appliquant, dans le monde du travail, des mesures favorables à la santé bucco-dentaire, notamment en instaurant une bonne culture d'entreprise, des programmes de bien-être au travail et des régimes d'assurance-maladie.

64. Le secteur privé devrait prendre des mesures concrètes pour faire diminuer la commercialisation, la publicité et la vente de produits qui causent des maladies et des affections bucco-dentaires, comme les produits du tabac ainsi que les aliments et boissons à forte teneur en sucres libres. L'amélioration de la transparence et de la responsabilité du secteur privé est un élément clé de ces actions.

65. Il devrait s'efforcer d'améliorer l'accès à du matériel, des dispositifs et des produits d'hygiène bucco-dentaire sûrs, efficaces et de bonne qualité et leur accessibilité économique. Il devrait accélérer la recherche

sur les équipements et les matériaux sûrs, respectueux de l'environnement et économiquement accessibles pour les soins bucco-dentaires.

66. Les associations dentaires nationales et les autres organisations de professionnels de la santé bucco-dentaire se doivent de soutenir la santé bucco-dentaire de leurs communautés. Elles peuvent collaborer avec les gouvernements nationaux et infranationaux et les aider à mettre en œuvre la stratégie dans le cadre de la prestation de soins bucco-dentaires essentiels, en aidant à planifier et à appliquer des mesures de prévention à l'échelle de toute la population, y compris en participant à la collecte de données sur la santé bucco-dentaire, ainsi qu'à la surveillance des maladies et affections bucco-dentaires.

ANNEXE 4

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

1. Les paragraphes 31, 46 et 48 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles appellent à assurer la continuité des services essentiels pour les MNT, notamment la disponibilité des technologies vitales et des médicaments essentiels, dans les situations d'urgence humanitaire. En outre, au paragraphe 40 de la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à « renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire, notamment avant, pendant et après les catastrophes naturelles, en accordant une attention particulière aux pays les plus vulnérables aux effets des changements climatiques et des phénomènes météorologiques extrêmes ».
2. Pour fournir des orientations initiales aux États Membres, le Secrétariat a présenté l'annexe 9 du document EB148/7, qui décrit le processus suivi par le Secrétariat afin de soutenir les États Membres dans leur engagement à renforcer les politiques visant à traiter les personnes vivant avec des MNT et à prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire.
3. S'appuyant sur ces orientations initiales, la présente annexe propose des recommandations aux États Membres, aux partenaires internationaux et à l'OMS pour assurer la fourniture de services essentiels aux personnes vivant avec des MNT dans les situations d'urgence humanitaire en investissant dans la préparation et les interventions à plus long terme contre les MNT, et en les renforçant, pendant la pandémie de COVID-19 et au-delà, afin de « reconstruire en mieux » dans le cadre d'une approche multisectorielle englobant tous les risques.

DIFFICULTÉS ET POSSIBILITÉS**PANDÉMIE DE COVID-19 ET ÉPIDÉMIE DE MNT : DES INTERACTIONS PERSISTANTES
AUX CONSÉQUENCES MEURTRIÈRES**

4. En décembre 2020, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 75/130, « notant avec préoccupation que les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, ainsi que les troubles mentaux, les autres problèmes de santé mentale et les troubles neurologiques, sont les principales causes de décès prématuré et de handicap dans le monde, y compris dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, et que les personnes vivant avec des maladies non transmissibles courent un risque plus élevé de souffrir d'une forme grave de la COVID-19 et sont parmi les plus touchées par la pandémie, et constatant que les efforts de prévention et de contrôle qu'il faut accomplir sont entravés, entre autres,

par l'absence d'accès universel à des services de santé, médicaments, moyens de diagnostics et technologies sanitaires essentiels de qualité qui soient sûrs, efficaces et abordables, ainsi que par la pénurie mondiale de travailleurs de la santé qualifiés ».

5. L'absence de systèmes fonctionnels d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil ainsi que différents processus de dépistage et de déclaration des décès dus à la COVID-19 rendent difficile la comptabilisation en temps voulu de données exactes et complètes sur les causes de décès et les comorbidités, y compris pour les cas de COVID-19 chez les personnes atteintes ou à risque de MNT.

6. Le virus et la pandémie touchent les personnes atteintes ou à risque de MNT de différentes manières, notamment :

- a) la vulnérabilité à l'infection par le virus de la COVID-19 est plus grande et les taux de gravité et de létalité plus élevés chez les personnes atteintes de MNT ;
- b) les retards dans le diagnostic des MNT se traduisent par des stades plus avancés des maladies ;
- c) le traitement des MNT est retardé, incomplet ou interrompu ; et
- d) les facteurs de risque comportementaux de MNT, tels que l'inactivité physique, l'augmentation de la consommation nocive d'alcool, du tabagisme et de la mauvaise alimentation, sont en augmentation.

7. La COVID-19 a touché de manière disproportionnée les personnes atteintes ou à risque de MNT, y compris les groupes économiquement défavorisés tels que les travailleurs migrants, les personnes âgées, ainsi que les populations déplacées de force et réfugiées dans des contextes humanitaires. Par conséquent, la pandémie a amplifié et attiré davantage l'attention sur les inégalités persistantes à la fois dans les résultats et les déterminants en matière de santé, y compris les facteurs de risque de MNT, les déterminants sociaux et l'accès aux services de santé, à la fois au sein des pays et d'un pays à l'autre. Travailler sur le long terme et reconnaître à quel point la COVID-19 et les MNT sont des affections étroitement imbriquées est sans doute la première étape vers l'élaboration des approches nuancées nécessaires pour protéger de manière plus complète les populations vulnérables de nos sociétés.^{1,2}

8. Les perturbations des services de santé essentiels pour les MNT dues à la COVID-19 ont été généralisées en raison de la pénurie de médicaments, de personnel, de produits de diagnostic et de services de transport public, entre autres contraintes. L'enquête rapide menée par le Département Maladies non transmissibles de l'OMS en mai 2020 pour évaluer les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les ressources et les services consacrés aux MNT,³ à laquelle 163 États Membres (84 %) ont répondu, a fait état de perturbations totales ou partielles généralisées de divers services consacrés aux MNT dans tous les pays. Quelque 59 % des pays ont indiqué que l'accès aux services ambulatoires essentiels consacrés aux MNT était limité dans une certaine mesure, tandis que 35 % ont déclaré que les

¹ Horton, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.

² Nassereddine, G, Habli, S, Slama, S, Sen, K, Rizk, A, Sibai, AM. COVID-19 and noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and health care delivery. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006189. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006189.

³ 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.

services hospitaliers relatifs aux MNT n'étaient ouverts qu'aux urgences. Environ la moitié des pays ont signalé des perturbations totales ou partielles des services de prise en charge de l'hypertension (53 %) ou des services de prise en charge du diabète et des complications liées au diabète (49 %). En termes de perturbation des activités, 77 % des pays ont signalé une certaine perturbation des activités du ministère de la santé prévues pour lutter contre les MNT en 2020, telles que les programmes de dépistage, les campagnes de sensibilisation, les enquêtes auprès de la population (STEPS)¹ ou les cours de formation et la mise en œuvre de modules techniques de l'OMS² tels que WHO/PEN³ et WHO/HEARTS.⁴

9. La pandémie de COVID-19 a également conduit à une augmentation des besoins de réadaptation chez les personnes touchées par le virus, une nouvelle augmentation des besoins étant attendue dans un deuxième temps à mesure que la pandémie s'installe, en raison de la perturbation des services de santé et de réadaptation de routine, ainsi que des répercussions et des séquelles potentielles à long terme chez les personnes vivant avec des MNT et d'autres personnes infectées par le virus.

10. Les deux séries d'enquêtes à l'échelle de l'OMS menées ensuite pour évaluer la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 (enquêtes périodiques) ont révélé des perturbations moins graves, mais persistantes des services, y compris pour les MNT.⁵ Près de deux ans après le début de la pandémie, le Département Maladies non transmissibles de l'OMS a également invité les pays à compléter un module lié à la COVID-19 dans le cadre de l'évaluation périodique des capacités nationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles qui sera publiée ultérieurement cette année.

11. Le manque de compréhension de l'interaction entre le virus et les MNT aux premiers stades de la pandémie de COVID-19, et l'attention insuffisante qui lui a été accordée, a ralenti l'introduction des MNT dans les plans stratégiques de préparation et de riposte des pays. Un examen de 87 plans et 121 documents sous l'angle des MNT, qui a été mené par l'OMS en octobre 2020, a révélé que seuls 33 pays incluaient les MNT dans les services de santé essentiels à maintenir pendant la pandémie, que seuls 16 pays incluaient la prise en charge des MNT et que 3 pays seulement disposaient d'une ligne budgétaire spécifique pour les MNT. Profondément préoccupée par cet angle mort, l'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 74/306, a demandé à tous les États Membres « d'intensifier encore la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, sachant que les personnes vivant avec ces maladies courent un risque plus élevé de souffrir d'une forme grave de la COVID-19 et sont parmi celles qui sont le plus touchées par la pandémie ». De même, dans sa résolution 75/130, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : des systèmes de santé plus résilients grâce à des soins abordables pour tous », adoptée en décembre 2020, l'Assemblée générale a noté avec préoccupation les graves répercussions de la COVID-19 sur les personnes vivant avec des maladies non transmissibles, soulignant qu'il est indispensable de surveiller les effets indirects de la pandémie de COVID-19 sur la prestation intégrée de services et de maintenir

¹ STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Noncommunicable diseases: About us. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/about>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Genève, Organisation mondiale de la Santé ([https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care), consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ HEARTS Technical Package. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/heart-technical-package>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic January-March 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

les éléments essentiels de la prestation de soins de santé et des chaînes d'approvisionnement mondiales, notamment pour les MNT, et a appelé les gouvernements à réaffirmer leurs engagements pris dans la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, afin d'accélérer la mise en œuvre des ripostes nationales aux MNT dans le cadre du Programme 2030.

12. Pour aider les pays à atténuer la perturbation des services de santé essentiels, l'OMS a publié en mars 2020 et mis à jour par la suite des orientations pratiques sur le maintien des services essentiels pendant la pandémie, décrivant les principes de base et les recommandations pratiques qui sous-tendent la prise de décision pour assurer la continuité de certains services de santé essentiels, en soulignant les mesures clés que les pays devraient envisager, y compris pour les MNT. D'autres orientations ont été publiées en janvier 2021 pour aider les pays à analyser et à utiliser les données de routine pour surveiller les effets de la COVID-19 sur les services de santé essentiels.¹

13. Le Département Maladies non transmissibles de l'OMS a contribué à ce travail normatif en élaborant des notes scientifiques résumant les derniers éléments de preuve concernant la vulnérabilité à l'infection par le virus de la COVID-19 et/ou l'impact négatif sur les issues de la maladie du fait de la présence de MNT spécifiques, ainsi que des études de modélisation avec différents scénarios en matière de politiques pour représenter les changements de modèle de prestation de services possibles, les paramètres économiques associés à ceux-ci et les impacts sanitaires à moyen et à long terme, y compris pour ce qui est de l'obtention de la cible 3.4 des ODD. Le travail a été complété par de nombreuses études de cas indiquant comment les pays ont atténué les perturbations des services liés aux MNT, y compris grâce à des solutions de santé numériques innovantes (telles que l'utilisation des technologies de santé mobiles pour soutenir les personnes vivant avec des MNT ou l'utilisation de la télémédecine pour assurer la continuité des soins).²

14. Alors que le monde s'engage dans une nouvelle phase de la pandémie, déployant des vaccins contre la COVID-19 pour tenter de maîtriser la pandémie, l'examen de la situation des MNT pendant la pandémie a démontré que la préparation et la riposte aux MNT doivent faire partie de toute riposte et préparation à la pandémie aux niveaux national, régional et mondial. Le rétablissement et la reconstruction en mieux doivent aller de pair avec des mesures pour lutter contre les MNT. La prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement de l'hypertension, du diabète, du cancer et d'autres MNT ne peuvent pas être reportés parce que l'épidémie de MNT se poursuit. Pour parvenir à lutter contre les MNT et la COVID-19 simultanément et à une échelle suffisante, une riposte plus forte que toute autre menée auparavant est indispensable pour protéger les vies et les moyens de subsistance. En outre, les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 offrent des possibilités de renforcer la préparation et l'action en cas d'urgence au-delà des pandémies.

15. Au 8 décembre 2021, l'OMS avait connaissance de 73 situations d'urgence actives classées suivant le Cadre d'action d'urgence, dans lesquelles elle intervenait, compte non tenu de la pandémie de COVID-19.

¹ Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: practical guide for national and subnational decision-makers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² 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.

DE LA COVID-19 À UNE APPROCHE DE PRÉPARATION ET DE RIPOSTE AUX URGENCES DE TOUS TYPES POUR LUTTER CONTRE LES MNT

16. Le nombre de personnes actuellement confrontées à des situations d'urgence humanitaire dans le monde est sans précédent. Selon les estimations du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, en 2021, 235 millions de personnes auront besoin d'aide humanitaire et de protection. Pour répondre à ces situations d'urgence, les Nations Unies et les organisations partenaires visent à aider les 160 millions de personnes les plus démunies dans 56 pays et auront besoin d'un total de 35 milliards de dollars des États-Unis pour ce faire.¹ En raison du changement climatique, de la croissance démographique, de l'urbanisation non planifiée, de l'insécurité alimentaire et des déplacements massifs de populations, les situations d'urgence sont devenues de plus en plus complexes, prolongées et étroitement liées les unes aux autres.

17. Bien que la pandémie de COVID-19 ait déplacé l'attention vers la préparation et la riposte aux urgences pandémiques, la nature et la fréquence des urgences exigent que la communauté mondiale de la santé adopte une approche plus large, dans laquelle tous les types de dangers sont évalués, anticipés et bénéficient d'une riposte mieux adaptée. La session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra à la fin de cette année en vue d'envisager d'élaborer une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies offre une occasion unique de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec des MNT dans les situations d'urgence humanitaire et de contribuer à la mission définie en vertu de la résolution WHA74.7 (2021), qui est de renforcer la préparation et la riposte des pays, des partenaires internationaux et de l'OMS aux urgences sanitaires, grâce à une approche multisectorielle intégrant l'ensemble des risques.²

ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET POSSIBILITÉS

18. En raison de la croissance démographique et du vieillissement, entre autres facteurs, la charge des MNT parmi les populations touchées par des catastrophes naturelles et d'origine humaine augmente et rendra nécessaire une meilleure intégration de la composante relative aux MNT dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence. La décennie de conflits prolongés au Moyen-Orient, l'évolution du profil sanitaire et les besoins recensés des populations déplacées de force d'Afghanistan, d'Éthiopie, du Myanmar, du Soudan du Sud ou de la République bolivarienne du Venezuela démontrent avec force qu'il est nécessaire de renforcer la composante relative aux MNT de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence. L'expérience acquise par l'OMS et les partenaires humanitaires en matière d'assistance technique dans les pays en situation d'urgence devrait être analysée plus avant et mise à profit.

19. Les évolutions suivantes représentent l'occasion pour la communauté mondiale de la santé de mettre en place des interventions de meilleure qualité pour les personnes atteintes de MNT dans le cadre de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence.

- a) La pandémie actuelle a suscité un regain d'attention pour les considérations spécifiques liées à la planification et au maintien des services de santé essentiels, y compris dans les contextes

¹ Global Humanitarian Overview 2021 (version abrégée en français : Aperçu humanitaire mondial 2021). Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, 2021.

² Voir le document A74/A/CONF./2.

humanitaires.^{1,2,3} Si les services de santé essentiels ne peuvent pas être dispensés ou accessibles en toute sécurité et si des priorités ne sont pas établies dans les services d'avant la crise devant être maintenus, adaptés ou suspendus et/ou largement mis à disposition et subventionnés dans le cadre des ensembles de prestations sanitaires nationales, la gestion des épidémies de COVID-19 dans les États fragiles et les populations touchées par des situations de crise représente un défi pour les pays et les acteurs humanitaires, avec d'énormes besoins concurrents dans les populations et des ressources limitées.

b) Pour compléter les orientations provisoires de l'OMS sur les services de santé essentiels pendant une flambée épidémique, l'équipe spéciale chargée de la COVID-19 au sein du Groupe sectoriel mondial pour la santé a élaboré une note d'orientation sur la façon de hiérarchiser et de planifier les services de santé essentiels pendant la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires.⁴ Plus récemment, l'équipe spéciale et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire s'efforcent de définir un ensemble minimal de services fondés sur des données probantes (ensemble de services de santé hautement prioritaires dans les contextes humanitaires) qui sont importants et réalisables sur le plan opérationnel dans les contextes humanitaires, et que les groupes sectoriels pour la santé et leurs partenaires puissent promouvoir, utiliser et progressivement garantir. Tirant parti des ensembles de prestations de référence existants issus de contextes fragiles ou en proie à des conflits, cet ensemble de services de santé hautement prioritaires s'appuiera sur les interventions et les mesures recommandées élaborées dans le cadre du recueil des interventions sanitaires entrant dans la CSU.

c) L'élaboration et le déploiement du kit de l'OMS pour les MNT depuis 2017 dans plus de 20 pays et centres humanitaires du monde entier, y compris pendant la pandémie de COVID-19,⁵ ont contribué à répondre à une partie des besoins non satisfaits en médicaments et fournitures essentiels contre les MNT dans les situations d'urgence. Avec plus de 7500 kits achetés depuis 2017, pour une valeur annuelle de 3,6 millions de dollars des États-Unis, le kit pour les MNT a comblé une grave lacune, devenant l'un des nécessaires d'urgence standards de l'OMS les plus achetés. La révision du kit en 2021 s'est appuyée sur des examens récents de l'expérience acquise dans son utilisation, qui ont également permis de souligner les mesures à prendre pour améliorer sa planification et sa distribution, ainsi que le soutien à fournir pour renforcer les capacités des agents humanitaires ou dispensant les soins primaires.

d) L'attention portée aux MNT dans les milieux humanitaires ainsi que la coordination entre les organismes des Nations Unies, les intervenants humanitaires et les donateurs, progressent et s'améliorent. Le groupe de travail interorganisations informel sur les MNT dans les contextes humanitaires, le Groupe sectoriel mondial pour la santé et l'International Alliance for Diabetes

¹ Blanchet K, Alwan A, Antoine C, Cros MJ, Feroz, F, Guracha TA, et al. Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic. *MJ Glob Health*. 2020;5(10):e003675. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003675.

² Singh L, Singh NS, Maldonado BN, Tweed S, Blanchet K, Graham WJ. What does 'leave no one behind' mean for humanitarian crises-affected populations in the COVID-19 pandemic? *BMJ Glob Health*. 2020; 5(4): e002540. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002540.

³ Garry S, Abdelmagid N, Baxter L, Roberts N, de Waroux OLP, Ismail S, et al. Considerations for planning COVID-19 treatment services in humanitarian responses. *Confl Health*. 2020;14(1):80. doi:10.1186/s13031-020-00325-6.

⁴ Essential Health Services: A guidance note. How to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

⁵ WHO Provides NCD Kits to Timor-Leste to Prevent Risk of Comorbidity Amidst COVID-19 Pandemic. Communiqué de presse. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/who-provides-ncd-kits-to-timor-leste-to-prevent-risk-to-comorbidity-amidst-covid-19-pandemic>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

Action¹ fournissent non seulement des plateformes pour l'échange d'informations et de pratiques, mais contribuent de plus en plus à la création conjointe de solutions pour améliorer la gestion des MNT dans la pratique.

e) Les populations touchées par les crises, telles que les personnes déplacées de force et les réfugiés, peuvent apporter des réflexions critiques sur la manière dont les situations d'urgence ont un impact sur leur vie et aider à façonner la conception des politiques et des programmes de prestation des services destinés à répondre à leurs besoins. L'enquête Apart Together sur l'impact de la COVID-19 sur les réfugiés et les migrants tel qu'il a été perçu par ceux-ci ou la série de consultations organisées par les sections régionales de l'Alliance sur les MNT, notamment celle intitulée « Voices of People Living with NCDs in Humanitarian Crises » (Voix des personnes atteintes de MNT dans les crises humanitaires),² représentent des exemples positifs d'inclusion, complétant les efforts de l'OMS et des partenaires de la société civile pour plaider en faveur d'un engagement significatif des personnes atteintes de MNT.

f) Les résultats de la recherche sur les MNT et la COVID-19 et, plus généralement, sur les MNT dans les contextes humanitaires, gagnent en portée et en qualité, fournissant une base de données probantes plus solide pour éclairer la conception des politiques et des programmes. Compte tenu des études épidémiologiques descriptives faisant état de la charge des MNT chez les populations touchées par la COVID-19 ou d'autres crises, l'accent a pu davantage être mis sur l'accès aux services de lutte contre les MNT et aux modèles de soins pour les MNT adaptés aux contextes humanitaires.³ Plusieurs initiatives et plateformes ont récemment été lancées, complétant les efforts déployés par l'OMS pour élaborer le programme de recherche.⁴

RECOMMANDATIONS

20. Mesures qu'il est recommandé aux **États Membres** de prendre :

a) **concernant la COVID-19 :**

- intégrer et renforcer les politiques, les programmes et les services visant à traiter les personnes atteintes de MNT et à prévenir et à maîtriser leurs facteurs de risque dans les plans nationaux de riposte et de relèvement, conformément aux plans globaux des Nations Unies ;
- recueillir et utiliser des données pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur les personnes atteintes de MNT et surveiller l'impact de la pandémie sur la perturbation des services de lutte contre les MNT, la morbidité et la mortalité ;

¹ Voir le site Web de l'International Alliance for Diabetes Action (<https://www.iadadiabetes.org/>).

² Amplifying voices and perspectives of people living with NCDs in the Eastern Mediterranean Region. Alliance sur les MNT, 2020 (<https://ncdalliance.org/news-events/news/amplifying-voices-and-perspectives-of-people-living-with-ncds-in-the-eastern-mediterranean-region>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Jaung MS, Willis R, Sharma P, Aebischer Perone S, Frederiksen S, Truppa C, et al. Models of care for patients with hypertension and diabetes in humanitarian crises: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2021;36(4):509-532. doi: 10.1093/heapol/czab007.

⁴ NCDs in Humanitarian Settings. A knowledge hub presenting the key resources around NCDs in humanitarian settings accessibly in one place. London School of Hygiene and Tropical Medicine (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/humanitarian-ncd>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- dès que possible, maintenir, rétablir et assurer à plus grande échelle la prévention, le diagnostic et la prise en charge précoces pour les personnes atteintes ou à risque élevé de MNT, et veiller à ce que celles-ci soient protégées contre l'exposition à la COVID-19 et prises en compte dans le cadre de la protection sanitaire et sociale ;
 - mobiliser et utiliser le financement destiné à la lutte contre la COVID-19 et d'autres fonds d'urgence pour soutenir la fourniture et la continuité des services essentiels, en garantissant l'accès à des médicaments et à des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les MNT, y compris pour la prévention et la maîtrise des MNT et de leurs facteurs de risque modifiables ;
 - assurer la participation réelle de la société civile, des professionnels de la santé et des personnes atteintes de MNT à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des plans nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19 ;
 - donner la priorité aux personnes atteintes de MNT dans le déploiement national des vaccins et de la vaccination contre la COVID-19 ; et
 - sensibiliser aux liens entre la COVID-19 et les MNT, à la façon dont les personnes atteintes de MNT peuvent se protéger, ainsi que leurs familles et leurs communautés, contre la COVID-19, et à la façon dont elles peuvent accéder aux soins et maintenir sans risque une continuité des soins pour leur maladie ;
- b) **au-delà de la COVID-19 (pour tous les risques) :**
- œuvrer à la mise en place de systèmes de santé solides et résilients, incluant la CSU et les soins de santé primaires, en tant que fondement essentiel d'une préparation et d'une riposte efficaces aux urgences de santé publique :
 - inclure des politiques, des programmes et des services de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque modifiables dans le cadre des efforts nationaux et infranationaux visant à renforcer les systèmes de santé afin de mieux se préparer aux situations d'urgence sanitaire, d'y répondre et de se relever de telles situations, moyennant une approche multisectorielle intégrant l'ensemble des risques ;
 - faire participer de manière significative les personnes atteintes de MNT, les communautés touchées et les personnes en situation de vulnérabilité, y compris les populations déplacées de force et les réfugiés, afin de mieux comprendre leurs besoins en matière de santé, de renforcer leur préparation individuelle aux situations d'urgence et d'élaborer des politiques, des programmes et des services de santé en matière de MNT ;
 - prendre des mesures pour veiller à ce qu'un ensemble minimal de services de qualité en matière de MNT soit mis à la disposition des populations touchées, dans le cadre d'un ensemble de mesures sanitaires essentielles et prioritaires en matière de MNT à garantir dans toute situation d'urgence sanitaire, aux différents niveaux de soins, compte tenu du contexte humanitaire et de la situation du système de santé au niveau national ;
 - accélérer la mise en œuvre des feuilles de route nationales sur les MNT, en veillant à ce que les ensembles nationaux de prestations comprennent un ensemble de services pour la prévention et la maîtrise des MNT et de leurs facteurs de risque, avec des mécanismes de prépaiement suffisants pour réduire le plus possible les difficultés financières des personnes atteintes de MNT ;

- élaborer des stratégies et des outils pour renforcer les capacités et le personnel essentiels en matière de santé publique pour la prestation de services relatifs aux MNT dans les contextes humanitaires, y compris au moyen de solutions de santé numérique ;
- garantir l'accès à des médicaments et à des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les MNT dans les plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence et dans le cadre des achats, des prépositionnements et des déploiements d'urgence, en s'appuyant sur le kit standard de l'OMS pour les MNT et d'autres articles essentiels, en tenant dûment compte des médicaments thermosensibles tels que l'insuline ; et
- recueillir des informations sur les expériences des pays et promouvoir la recherche sur les MNT dans les contextes humanitaires.

21. Mesures qu'il est recommandé **aux partenaires internationaux, aux partenaires humanitaires, à la société civile et au secteur privé** de prendre :

- plaider en faveur de l'introduction de programmes et de services de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque modifiables dans le cadre d'une approche multisectorielle intégrant l'ensemble des risques de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires, y compris dans les plans stratégiques actuels de préparation et de riposte à la COVID-19 mis en place par les pays ;
- renforcer les partenariats, la coordination et la coopération mondiales entre les organismes des Nations Unies, les organisations humanitaires, la société civile, les personnes atteintes de MNT et le secteur privé afin d'aider tous les pays, à leur demande, à mettre en œuvre leurs plans d'action multisectoriels nationaux, à renforcer la riposte de leurs systèmes de santé aux situations d'urgence sanitaire, y compris à maintenir la fourniture sûre de services relatifs aux MNT pendant ces dernières ;
- soutenir l'élaboration, la mise en œuvre et la continuité d'un ensemble de mesures sanitaires essentielles et prioritaires en matière de MNT à garantir dans toute situation d'urgence sanitaire, aux différents niveaux de soins, compte tenu du contexte humanitaire et de la situation du système de santé aux niveaux national et infranational ;
- aider les pays à renforcer leurs capacités en matière de santé publique et de personnel pour assurer des soins intégrés dans les contextes humanitaires, avec des capacités renforcées pour lutter contre les MNT et d'autres maladies/affections ;
- aider les pays à renforcer les investissements dans la recherche, la production de données probantes, l'amélioration des lignes directrices, l'évaluation et le suivi afin de soutenir la mise en œuvre contextuelle et assurer la qualité et la redevabilité ;
- aider les pays à acheter et à déployer des médicaments et des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les MNT, y compris des kits standards de l'OMS contre les MNT ou d'autres articles essentiels, en tenant dûment compte des médicaments thermosensibles tels que l'insuline ;
- promouvoir et soutenir la recherche sur les MNT dans les contextes humanitaires ; et

- soutenir les personnes atteintes de MNT et plaider pour qu'elles soient réellement consultées et participent à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, programmes et services relatifs aux MNT dans les contextes humanitaires.

22. Mesures qu'il est recommandé à l'OMS de prendre :

- Dans le cadre des efforts en cours visant à renforcer la préparation et la riposte de l'OMS aux situations d'urgence sanitaire et à renforcer son leadership et sa coordination du Groupe sectoriel pour la santé du Comité permanent interorganisations et sa complémentarité avec d'autres acteurs humanitaires :
 - examiner les ripostes actuelles de l'OMS en matière de MNT dans les pays dans les situations d'urgence et suggérer une approche stratégique pour améliorer l'assistance technique fournie par l'OMS aux pays dans les domaines de la préparation, de la riposte et du relèvement, en faisant des crises un point de départ pour mieux reconstruire les systèmes de santé grâce au développement de services durables de lutte contre les MNT ;
 - renforcer la collaboration et la communication au sein de l'OMS, y compris avec le Groupe sectoriel mondial pour la santé et d'autres partenaires humanitaires tels que le Groupe de travail interorganisations informel sur les maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires, afin d'améliorer le leadership et les fonctions normatives de l'OMS et de mieux aider les pays dans les situations d'urgence ;
 - en collaboration avec le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, le Groupe sectoriel mondial pour la santé et d'autres partenaires humanitaires et universitaires, élaborer un ensemble de mesures de santé essentielles et prioritaires en matière de MNT à garantir dans toute situation d'urgence sanitaire, aux différents niveaux de soins, compte tenu du contexte humanitaire et de la situation du système de santé au niveau national, en s'appuyant sur le recueil des interventions sanitaires de l'OMS entrant dans la CSU ;
 - aider les pays à acheter et à déployer des médicaments et des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les MNT, y compris des kits standards de l'OMS contre les MNT et d'autres articles essentiels, en tenant dûment compte des médicaments thermosensibles tels que l'insuline ;
 - aider les pays à renforcer leurs capacités en matière de santé publique et de personnel pour assurer des soins intégrés dans les contextes humanitaires, avec des capacités renforcées pour lutter contre les MNT et d'autres maladies/affections ;
 - renforcer le rôle normatif et la capacité technique de l'OMS à élaborer et à diffuser des produits normatifs, des orientations techniques, des outils, des données et des données scientifiques afin d'aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux de riposte aux urgences sanitaires, avec les dispositions nécessaires pour traiter les personnes atteintes de MNT et pour prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire ;
 - continuer à défendre auprès des donateurs l'importance d'établir des passerelles afin que la priorité soit donnée aux MNT dans les situations d'urgence humanitaire dans les secteurs de la santé, du développement et de la consolidation de la paix ;

- renforcer les compétences et les capacités mondiales, régionales et nationales en matière de préparation et de riposte aux urgences sanitaires en améliorant la participation réelle des personnes atteintes de MNT à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des plans nationaux de préparation et de riposte ; et
- mobiliser les groupes consultatifs techniques de l'OMS sur les MNT et d'autres partenaires universitaires en vue de façonner le programme de recherche et de recueillir des informations sur les expériences dans les pays afin d'éclairer les politiques visant à renforcer la préparation et la riposte en matière de MNT dans les situations d'urgence.

ANNEXE 5

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE EN VUE D'ACCÉLÉRER L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE, ET LES OBJECTIFS ET CIBLES QUI Y SONT ASSOCIÉS, POUR LA PÉRIODE 2020-2030

1. Cette annexe présente les progrès accomplis pour donner suite à la résolution WHA73.2 sur la stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et les objectifs et cibles qui y sont associés, pour la période 2020-2030.

Contexte

2. Le Secrétariat a lancé la stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique le 17 novembre 2020. Des campagnes, des formations destinées aux agents de santé ainsi que des actions de sensibilisation ont été organisées par les gouvernements, la société civile et les partenaires dans les pays de toutes les Régions, inaugurant la stratégie mondiale par des actions qui ont fait progresser sa mise en œuvre.

3. La stratégie mondiale comporte trois étapes clés : la vaccination, le dépistage et le traitement. La mise en œuvre réussie de ces étapes pourrait permettre de réduire de plus de 40 % le nombre de nouveaux cas et cinq millions de décès dus à cette maladie d'ici 2050. Les données pour 2020 montrent que les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus standardisés selon l'âge vont de 84 pour 100 000 femmes dans les pays les plus à risque à moins de 10 pour 100 000 femmes dans les pays les moins à risque.¹

4. Pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à quatre pour 100 000 femmes. En particulier :

- a) la réalisation de cet objectif repose sur trois principaux piliers et leurs cibles correspondantes :
 - i) vaccination : 90 % des filles sont entièrement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans ;
 - ii) dépistage : 70 % des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et de nouveau à l'âge de 45 ans ; et
 - iii) traitement : 90 % des femmes présentant des lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des cas de cancer invasif sont pris en charge ;
- b) chaque pays doit atteindre les cibles 90-70-90 d'ici 2030 pour être sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours du siècle prochain.

¹ Voir Observatoire mondial du cancer. Organisation mondiale de la Santé/Centre international de recherche sur le cancer (<http://gco.iarc.fr/>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

5. Malgré les perturbations causées par la pandémie de COVID-19, l'OMS continue de répondre aux demandes de soutien et d'assistance technique provenant des États Membres qui donnent la priorité à l'élimination du cancer du col de l'utérus.

Orientations et outils de l'OMS

6. L'OMS a publié plusieurs produits normatifs pour aider les pays à mettre en œuvre les interventions recommandées dans la stratégie mondiale.

7. **Vaccination contre le papillomavirus humain (PVH).** En juillet 2021, l'introduction du vaccin anti-PVH dans les calendriers de vaccination nationaux avait progressé et concernait 111 pays et fin 2021 elle devrait atteindre 120 pays ; tandis que 40 pays proposent également le vaccin aux garçons. Les niveaux sous-optimaux de la couverture vaccinale contre le PVH demeurent inquiétants, en effet peu de pays atteignent l'objectif de 90 %. En raison de la pandémie de COVID-19, pour la première fois, la couverture mondiale de la vaccination anti-PVH a diminué – de 15 % en 2019 à 13 % en 2020. Cette baisse s'explique notamment par la réduction de la couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les pays ont commencé à déployer des efforts à la fin 2020 afin d'organiser des vaccinations de rattrapage et atteindre les filles qui n'ont pas reçu le vaccin. Ces efforts devront être maintenus afin d'améliorer leur couverture. L'OMS a préqualifié un quatrième vaccin anti-PVH.¹

8. Le Secrétariat a publié un manuel visant à appuyer la surveillance de la couverture vaccinale contre le PVH au niveau des pays.² L'OMS a également publié une version actualisée d'une étude sur le marché mondial des vaccins anti-PVH³ et a pris des mesures pour atténuer davantage les obstacles en matière d'approvisionnement.

9. **Dépistage et traitement des lésions précancéreuses.** La deuxième édition des lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus a été publiée en juillet 2021. Ces lignes directrices répondent aux besoins tant des femmes en général que de celles vivant avec le VIH, à l'intention desquelles elles reprennent des recommandations et des énoncés de bonnes pratiques neufs ou actualisés. Elles soulignent également le fait que les pays doivent passer à l'utilisation de tests de dépistage de haute performance, tels que les tests moléculaires pour le PVH.⁴ En outre, l'OMS a publié de nouvelles orientations sur l'introduction et l'élargissement de l'accès au dépistage du PVH dans le cadre d'un programme global de prévention du cancer du col de l'utérus et de lutte contre la maladie.⁵ Afin d'appuyer les pays dans l'application des lignes directrices, l'OMS a publié un document sur l'importance de la recherche sur la mise en œuvre en vue de l'introduction de nouvelles interventions fondées sur des bases factuelles.

¹ Profils pour le cancer du col de l'utérus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/cervical-cancer-profiles>, consulté le 10 décembre 2021).

² OMS. Manuel de surveillance de la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (PVH). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ Global market study. HPV vaccines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

⁴ WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁵ Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer: a step-by-step guide. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

10. **Les femmes vivant avec le VIH.** Selon les premières estimations de l'OMS¹ sur la contribution du VIH à la charge mondiale du cancer du col de l'utérus, les femmes vivant avec le VIH sont exposées à un risque six fois plus élevé de contracter un cancer du col de l'utérus que les femmes séronégatives. Le Secrétariat a élaboré une note d'orientation pour soutenir les pays dans l'élargissement de l'accès au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH, en utilisant des technologies modernes de qualité.² Par ailleurs, l'OMS a publié des lignes directrices consolidées actualisées sur la prévention, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi du VIH, dont un chapitre consacré à la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH.³ De nouveaux indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés en matière de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus seront inclus dans le rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida.

11. **Traitement des cancers invasifs et soins palliatifs.** Le cadre de l'OMS pour renforcer et intensifier les services de prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus⁴ a été élaboré pour étayer le troisième pilier de la stratégie mondiale et appuyer les pays afin qu'ils atteignent l'objectif consistant à traiter 90 % des femmes chez qui un cancer invasif a été diagnostiqué. En collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique, l'OMS a publié des orientations interinstitutions⁵ visant à favoriser l'achat effectifs d'équipements utilisés dans le traitement du cancer du col de l'utérus. La liste modèle OMS des médicaments essentiels a été mise à jour concernant les médicaments utilisés dans le traitement du cancer invasif du col de l'utérus.

12. Des recherches menées à la demande de l'OMS ont démontré que les souffrances physiques, psychologiques, spirituelles et sociales est très répandues et souvent graves et multiforme chez les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Des dispositifs renforcés de soins palliatifs essentiels pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus ont été proposés.^{6,7,8}

13. **Surveillance des dispositifs médicaux postcommercialisation.** Afin de favoriser le fonctionnement sûr des dispositifs utilisés dans le cadre des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus à mesure que ces programmes se développent, l'OMS a publié une note d'orientation sur la mise en œuvre de la surveillance postcommercialisation dans les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.⁹

¹ Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano J, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021. 9: e161–69. doi:10.1016/S2214-109X(20)30459-9.

² New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV: policy brief. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁴ WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

⁵ Technical specifications of radiotherapy equipment for cancer treatment. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁶ Krakauer EL, Kwete X, Kane K., Afshan G, Bazzett-Matabel L, Bien-Aimé ., et al. Cervical Cancer-Associated Suffering: Estimating the Palliative Care Needs of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol.*; 2021;7:862–872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁷ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, et al. Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol.*; 2021;7:862-872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁸ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, et al. Augmented Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to Refractory Suffering. *JCO Glob Oncol.* 2021;7:886-895. doi: 10.1200/GO.21.00027.

⁹ Implementation of post-market surveillance in cervical cancer programmes: policy brief for manufacturers of medical devices, including in vitro diagnostic medical devices. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

14. **Calcul des coûts des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus.** L'OMS a apporté un soutien à plusieurs États Membres pour l'estimation des coûts de la mise en œuvre de leurs plans nationaux d'élimination du cancer du col de l'utérus. Les plans d'évaluation des coûts ont été publiés pour que d'autres États Membres puissent en profiter dans le cadre de leurs processus de planification.¹

15. **Surveillance, suivi et évaluation.** En collaboration avec le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'OMS a mis au point un projet de cadre de suivi de la mise en œuvre de la stratégie mondiale. En outre, afin d'établir une base de référence pour le suivi qui sera mené ultérieurement, l'OMS élabore une première série d'estimations de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus aux niveaux mondial, régional et national. Un autre outil, les profils de pays pour le cancer du col de l'utérus, donne un aperçu de la situation des pays au regard de leurs plans nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus et permettra d'établir un lien entre les indicateurs spécifiques au cancer du col de l'utérus et les interventions prioritaires de la stratégie mondiale. L'ensemble des produits seront publiés à la fin de 2021. Un nouveau portail permet d'accéder aux données de l'OMS relatives à l'introduction du vaccin anti-PVH dans les pays et à l'évolution de la couverture vaccinale dans le cadre des programmes de vaccination anti-PVH pour suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des cibles fixées à l'horizon 2030.²

16. **Recherche et innovation.** L'OMS a élaboré un cadre d'établissement de données pour les dispositifs médicaux fondés sur l'intelligence artificielle (IA), pour la formation, la validation et l'évaluation, qui comprend des chapitres spécifiques sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en tant que priorité pour l'application de l'IA.

17. **Dépôt central de connaissances.** Un outil en ligne a été mis au point pour faciliter l'accès aux orientations et aux outils publiés par l'OMS et d'autres partenaires, qui sont pertinents pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale.

Soutien aux États Membres, en accordant la priorité aux pays à forte charge de morbidité

18. L'ensemble des Régions de l'OMS ont pris des mesures pour soutenir les États Membres dans la mise en œuvre des interventions contre le cancer du col de l'utérus. Ce rapport met en évidence des exemples de progrès accomplis dans les Régions de l'OMS, mais ne fournit pas nécessairement une liste complète de toutes les réalisations.

19. **Région africaine.** La Région africaine comprend 19 des 20 États Membres présentant la plus forte charge de cancer du col de l'utérus. En 2020, elle représentait 21 % de la mortalité due au cancer du col de l'utérus dans le monde. Pour faire face à ce défi, le Bureau régional pour l'Afrique a renforcé les capacités régionales en matière de soutien et d'assistance intégrée aux pays. La soixante et onzième session du Comité régional de l'Afrique a adopté un cadre régional pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale.³

20. Un soutien à l'intensification des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus et une assistance technique ont été fournis à la Guinée, au Kenya, au Malawi, au Nigéria, à l'Ouganda, au Rwanda, au Togo et à la Zambie afin que ces pays puissent actualiser leurs lignes directrices et stratégies relatives au cancer du col de l'utérus. Dans d'autres pays, les plans nationaux de lutte contre

¹ Costing the National Strategic Plan on Prevention and Control of Cervical Cancer. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² Voir <https://cceirepository.who.int/> (consulté le 10 décembre 2021).

³ Voir le document AFR/RC71/9.

le cancer ont été passés en revue et adaptés aux objectifs de la stratégie mondiale et aux interventions prioritaires. En 2020, l'OMS avait apporté un soutien technique et financier pour la vaccination anti-PVH au Cabo Verde, au Cameroun et en Mauritanie, ainsi, un total de 19 pays ont introduit la vaccination anti-PVH au niveau national. Au total, 11 États Membres (Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe) bénéficient également d'un soutien en vue de l'adoption de la technologie de dépistage à haute performance.

21. **Région des Amériques.** Un programme de formation virtuel complet sur le cancer du col de l'utérus et un cours de base sur les soins palliatifs se poursuivent par le biais du campus virtuel de santé publique de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) destiné aux prestataires de soins de santé. Un programme de télémentorat virtuel sur l'élimination du cancer du col de l'utérus a été établi, créant une communauté de pratique et un partage d'expériences sur la prévention du cancer du col de l'utérus. En matière de soins palliatifs, des sessions mensuelles de télémentorat virtuel ont été conçues séparément, dont plusieurs sont consacrées à des questions concernant spécifiquement les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

22. Des plans d'élimination nationaux spécifiques ont été élaborés au Chili, au Honduras, en Jamaïque, au Paraguay et au Suriname. En El Salvador, le dépistage du PVH a été élargi et les vaccins anti-PVH ont commencé à être introduits. Le Guatemala a commencé à introduire le dépistage du PVH avec le soutien d'Unitaid ainsi que la participation des bureaux régionaux et de pays de l'OMS. Le Chili a lancé une campagne de sensibilisation visant à encourager les femmes à effectuer un test de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Paraguay met à jour ses lignes directrices et élabore un programme national de formation visant à renforcer les capacités en matière de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses.

23. **Région de la Méditerranée orientale.** Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a effectué une analyse de la situation régionale en vue de déterminer la charge actuelle ainsi que la capacité à atteindre les objectifs mondiaux. En outre, en partenariat avec le CIRC, le Bureau régional a également fourni une assistance technique à la plupart des pays afin qu'ils améliorent leurs registres du cancer.

24. Seuls trois pays ont introduit le vaccin anti-PVH, tandis que neuf pays proposent des services de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Bureau régional a appuyé la formation d'agents de santé au Maroc afin de faciliter l'introduction du vaccin anti-PVH. Il a également mobilisé un soutien ciblé pour mettre au point des programmes nationaux de dépistage du cancer du col de l'utérus en Iran, en Iraq, en Jordanie, au Soudan, au Maroc et en Arabie saoudite. Le Soudan, le Maroc et l'Arabie saoudite ont bénéficié d'un soutien technique et financier pour répondre aux besoins nationaux en matière d'évaluation et de traitement du cancer du col de l'utérus. Des efforts régionaux de plaidoyer visant à faciliter l'introduction du vaccin anti-PVH sont prévus dans les pays bénéficiant de l'aide de Gavi, à savoir l'Afghanistan, Djibouti et le Soudan.

25. **Région européenne.** Le Bureau régional de l'Europe élabore actuellement une feuille de route régionale sur l'élimination du cancer du col de l'utérus. Le soutien technique apporté en matière de dépistage et de diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus s'est poursuivi au Kirghizistan, en Géorgie, au Bélarus, en Roumanie et en Ouzbékistan, y compris le renforcement des capacités et les dialogues politiques. Le Bureau régional a fourni une assistance technique et une formation approfondies à l'Ouzbékistan pour soutenir la mise en œuvre des trois piliers de la stratégie mondiale.

26. L'Ouzbékistan prévoit d'organiser des vaccinations de rattrapage contre le PVH chez les filles âgées de 11 à 14 ans en octobre 2021. En mai 2021, le Kirghizistan a décidé d'introduire le vaccin anti-PVH dans la vaccination systématique des filles de 11 ans, à partir de septembre 2022, et de mener des vaccinations de rattrapage pour les filles jusqu'à l'âge de 14 ans. Grâce à l'appui de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Ouzbékistan a lancé en juin 2021 un projet pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus visant à effectuer des tests PVH chez 56 000 femmes dans deux régions administratives.

27. **Région de l'Asie du Sud-Est.** Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a lancé un cadre de mise en œuvre pour l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique pour la période 2021-2030 lors de la soixante-quatorzième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est. Des formations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur la prise en charge des lésions précancéreuses, fondées sur le dispositif régional en matière de formation¹ ainsi que des formations à la colposcopie² ont été dispensées aux États Membres. Une vidéo de sensibilisation et éducative a été produite en 2021 en vue de promouvoir les efforts d'élimination du cancer du col de l'utérus dans la Région.

28. Le Bureau régional révisé les lignes directrices nationales existantes relatives au dépistage et à la prise en charge des lésions précancéreuses afin de faciliter leur alignement sur les recommandations de l'OMS. Sept pays ont introduit la vaccination contre le PVH dans les plans nationaux de vaccination, tandis que cinq pays (le Bhoutan, les Maldives, le Myanmar, le Sri Lanka et la Thaïlande) l'ont introduite dans des programmes nationaux et deux pays (l'Inde et l'Indonésie) l'ont introduite au niveau infranational ; l'OMS a apporté un soutien au Myanmar en 2020. Le test PVH est utilisé en Thaïlande en tant que méthode principale de dépistage et le Myanmar a achevé un projet pilote visant à introduire ce test de dépistage à haute performance.

29. **Région du Pacifique occidental.** La Mongolie a introduit le test PVH. Le Bureau régional du Pacifique occidental a apporté son soutien au Vanuatu, en mettant l'accent sur la prévention du cancer du col de l'utérus, notamment le dépistage, le diagnostic et le traitement des femmes atteintes de cancers à un stade précoce. Pour susciter une demande de services, des matériels de sensibilisation et de communication sur le cancer du col de l'utérus sont en cours d'élaboration en collaboration avec les États fédérés de Micronésie. L'OMS fournit également au Gouvernement des Îles Salomon des équipements essentiels pour le traitement des lésions précancéreuses. Tuvalu a introduit la vaccination contre le PVH en septembre 2021.

Collaboration avec les partenaires

30. L'OMS a collaboré avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) à l'occasion de la quarante-septième réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA (15-18 décembre 2020), au cours de laquelle le débat thématique portait sur le cancer du col de l'utérus et le VIH.

31. Afin d'appuyer l'introduction de la vaccination anti-PVH, l'OMS continue de collaborer avec Gavi et les partenaires techniques, notamment au moyen de dialogues mondiaux sur l'accès aux vaccins anti-PVH, pour faciliter leur distribution équitable. Une autre collaboration en cours, à savoir un effort impliquant plusieurs partenaires et coordonné par Unitaïd, avec le soutien de l'UNICEF en matière d'achats, vise à élargir l'accès aux services de prévention secondaire, y compris les efforts visant à établir les fondements de l'élargissement des services nationaux et à améliorer l'accès aux technologies innovantes.

32. Parmi les autres collaborations de haut niveau figurent notamment celles impliquant le Secrétariat du Commonwealth et la Commission de l'Union africaine ; et il s'agit notamment des efforts de sensibilisation ciblant des ministres de la santé du Commonwealth afin d'inciter les États Membres à s'engager dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale.

¹ Consulter : Cervical cancer screening and management of cervical pre-cancers. Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (<https://www.who.int/southeastasia/activities/cervical-cancer-screening-and-management-of-cervical-pre-cancer>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Voir IFPC/IARC Training course in colposcopy and the prevention of cervical cancer. Organisation mondiale de la Santé/Centre international de recherche sur le cancer (<https://screening.iarc.fr/atlasclassifnm.php?lang=2>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

33. Les organismes des Nations Unies, dont l'UNFPA, l'UNICEF et l'ONUSIDA, alignent leurs stratégies sur l'inclusion des cibles d'élimination du cancer du col de l'utérus.

Prochaines étapes

34. **Apporter un soutien aux pays en vue de l'accélération de la mise en œuvre de la stratégie mondiale.** Le Secrétariat œuvrera en collaboration avec les gouvernements ainsi que d'autres partenaires pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie mondiale afin d'atteindre les cibles fixées pour 2030. En outre, l'OMS apportera un soutien aux pays en vue du renforcement de l'intégration de la prévention et de la prise en charge du cancer du col de l'utérus dans les soins de santé primaires, les services de santé sexuelle et reproductive, les services de lutte contre le VIH ainsi que les autres points de service et les programmes de sensibilisation. Les partenariats mondiaux et nationaux, notamment en collaboration avec les porte-drapeaux et les survivantes qui ont combattu la maladie, seront encouragés pour faire progresser l'élimination du cancer du col de l'utérus.

ANNEXE 6

**PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA PRÉVENTION ET
LA MAÎTRISE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET
LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE**

1. Dans la décision WHA72(11), le Directeur général était prié de rendre compte des 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.
2. Dans la première partie de la présente annexe, il est fait état des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT). Dans la seconde partie, il est question de la promotion de la santé mentale.

PARTIE I. PRÉVENTION ET MAÎTRISE DES MNT**Situation actuelle**

3. Une décennie après la première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, de nouvelles données de l'OMS montrent que les cibles ne sont pas seulement ambitieuses, mais aussi atteignables :

- au total, 34 pays ont mis en œuvre 10 engagements ou plus pris à l'Assemblée générale des Nations Unies en matière de prévention et de maîtrise des MNT ;¹ 66 pays ont mis en œuvre 4 engagements ou moins, et parmi eux 4 pays n'en ont mis en œuvre aucun ;
- aucun pays n'est en passe d'atteindre les neuf cibles mondiales volontaires fixées à l'horizon 2025 et établies par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013 par rapport à l'année de référence 2010 ; et
- au total, 14 pays sont en bonne voie d'atteindre la cible 3.4 des objectifs de développement durable (ODD) d'ici à 2030, telle que mesurée par l'indicateur 3.4.1, établie par l'Assemblée générale des Nations Unies par rapport à l'année de référence 2015.

4. Les données montrent que 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 atteintes de MNT ou touchées par ces maladies ont plus de chances d'avoir accès à des services efficaces de prise en charge, et notamment de bénéficier d'une protection contre les facteurs de risque de MNT, d'un dépistage de l'hypertension et du diabète, de traitements contre les MNT, ainsi que d'un suivi et d'une prise en charge cohérents et de qualité.

¹ Engagements recensés dans les résolutions 66/2, 68/300 et 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui font l'objet d'un suivi dans le cadre du rapport intitulé *Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles*, conformément à la note technique de l'OMS publiée en mai 2015 et mise à jour en septembre 2017 pour faire suite à la décision EB136(13) (voir <https://www.who.int/nmh/events/2015/Updated-WHO-Technical-Note-NCD-Progress-Monitor-September-2017.pdf>).

Charge mondiale des MNT et facteurs de risque au cours des 20 dernières années

5. Les décès dus aux MNT sont en augmentation. La proportion mondiale des décès dus à ces maladies sur tous les décès est passée de 61 % en 2000 à 74 % en 2019.¹ En 2019, parmi les 10 causes principales de décès, 7 étaient attribuables à des MNT.²

- **1^{ère} cause de décès.** Les cardiopathies ischémiques, responsables de 16 % du nombre total de décès dans le monde, sont la principale cause de mortalité. Depuis 2000, les décès dus à cette maladie sont ceux qui ont enregistré la plus forte augmentation – de plus de 2 millions –, pour atteindre 8,9 millions en 2019.
- **2^e et 3^e causes de décès.** Responsables respectivement de 11 % et de 6 % de tous les décès, les accidents vasculaires cérébraux et la bronchopneumopathie chronique obstructive constituent la 2^e et la 3^e cause de mortalité à l'échelle mondiale.
- **6^e cause de décès.** Les décès dus au cancer de la trachée, au cancer bronchique et au cancer du poumon sont passés de 1,2 million à 1,8 million, et ces maladies constituent aujourd'hui la 6^e cause de décès.
- **7^e cause de décès.** En 2019, la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence constituaient la 7^e cause de mortalité dans le monde.
- **9^e cause de décès.** La part de décès dus au diabète a augmenté de 70 % depuis 2000, et cette maladie fait pour la première fois partie des 10 principales causes de mortalité.
- **10^e cause de décès.** Les maladies rénales, qui étaient auparavant la 13^e cause de mortalité, sont passées en 10^e position, le nombre de décès qui leur est attribuable étant passé de 813 000 en 2000 à 1,3 million en 2019.

6. D'après la classification par catégorie de revenu établie par la Banque mondiale :²

- 3 des 10 principales causes de décès dans les pays à revenu faible sont attribuables aux MNT ;
- 5 des 10 principales causes de décès dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sont attribuables aux MNT ;
- 8 des 10 principales causes de décès dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure sont attribuables aux MNT ; et
- 9 des 10 principales causes de décès dans les pays à revenu élevé sont attribuables aux MNT.

7. Différents changements survenus dans les Régions entre 2000 et 2019 ont influé sur l'évolution du nombre de décès provoqués par les MNT (tous âges confondus). À l'échelle mondiale, c'est la mortalité due aux maladies respiratoires chroniques qui a enregistré la plus forte baisse (de 37 % tous âges confondus), suivie par les maladies cardiovasculaires (baisse de 27 %) et le cancer (baisse de 16 %).³

¹ Statistiques sanitaires mondiales 2020. Résumé visuel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² Les 10 principales causes de mortalité. Principaux repères. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ Statistiques sanitaires mondiales 2020. Résumé visuel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

Cependant, ces progrès ne sont 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.¹ Une tendance défavorable se dessine pour le diabète, les décès dus au diabète ayant augmenté de 3 %.²

8. Les décès dus aux MNT qui surviennent entre 30 et 70 ans (décès « prématurés ») – la tranche d'âge la plus productive sur le plan économique – augmentent rapidement.³

Âge au moment du décès dû à une MNT	2000 (en millions)	2010 (en millions)	2015 (en millions)	2019 (en millions)
Plus de 70 ans	16,8	19,9	21,8	23,8
Entre 30 et 70 ans	12,7	13,7	14,7	15,7
Moins de 30 ans	1,7	1,5	1,4	1,4
Nombre total de décès	31,2	35,1	37,9	40,9

Décès dus aux MNT entre 30 et 70 ans	2000 (en millions)	2010 (en millions)	2015 (en millions)	2019 (en millions)
Maladies cardiovasculaires	5,3	5,6	5,9	6,2
Cancers	3,7	4,2	4,5	4,9
Diabète	0,4	0,5	0,6	0,7
Maladies respiratoires chroniques	1,1	1,1	1,1	1,1
Problèmes de santé mentale	0,4	0,4	0,5	0,6
Autres	1,8	2,0	2,1	2,2
Total	12,7	13,7	14,7	15,7

9. Les maladies cardiovasculaires continuent d'être la MNT qui fait le plus de morts chez les personnes âgées de 30 à 70 ans. Toutefois, dans tous les groupes de pays classés selon le niveau de revenu, les progrès réalisés pour réduire le nombre de décès attribuables à cette maladie sont plus lents que pour les autres MNT.⁴

10. En 2019, environ 85 % des décès prématurés dus aux MNT sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire³ en raison de certaines tendances démographiques (en particulier, la croissance rapide de la part de la population âgée de 30 à 70 ans dans les pays à revenu faible, du fait du recul rapide des maladies transmissibles et des décès qui leur sont attribuables) et des transitions sanitaires opérées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.

¹ *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² *Statistiques sanitaires mondiales 2020. Résumé visuel*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ Cible 3.4 des ODD Maladies non transmissibles et santé mentale. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

11. Il importe de mesurer le risque 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 de 2015) pour déterminer l'ampleur de la charge de mortalité due aux MNT au sein d'une population. Au niveau mondial, ce risque a diminué de plus d'un cinquième, passant de 22,9 % en 2000 à 17,8 % en 2019.¹

Risque de décéder, entre 30 et 70 ans, d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une maladie respiratoire chronique

Groupes de pays classés selon le niveau de revenu	2000 (en %)	2010 (en %)	2015 (en %)	2019 (en %)
Revenu faible	28,3	25,7	24,5	23,9
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	25,8	24,2	23,1	22,4
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	24,3	20,2	18,2	17,4
Revenu élevé	16,4	13,2	12,4	11,3
Au niveau mondial	22,9			17,8

12. Un recul de la mortalité a été observé au début du siècle, mais les progrès réalisés n'ont pas perduré. Les données révèlent un ralentissement alarmant du taux de diminution, qui est passé de -1,6 % au cours de la période 2000-2010 à -1,1 % au cours de la période 2010-2016.² La Région de l'Asie du Sud-Est et la Région de la Méditerranée orientale ont enregistré le taux de diminution le plus faible sur 20 ans, de 13 % environ, ce qui correspond à moins de la moitié des taux observés dans la Région européenne (31 %) et dans la Région du Pacifique occidental (27 %). La Région africaine (20 %) et la Région des Amériques (23 %) ont enregistré les taux de diminution semblables depuis le début du siècle.³

13. La mortalité prématurée due aux MNT fait pendant – et peut être partiellement attribuée – au manque d'efficacité des mesures prises pour combattre bon nombre de facteurs de risque de MNT. Bien que la consommation de tabac diminue à un rythme régulier, l'obésité, elle, est de plus en plus répandue. En outre, le taux de diminution de la consommation nocive d'alcool a stagné à l'échelle mondiale,² tandis que ce phénomène est en augmentation dans la Région des Amériques, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental.¹

Capacités nationales de prévention et de maîtrise des MNT

14. S'agissant des infrastructures et des ressources consacrées à la prise en charge des MNT au niveau national, les résultats de l'évaluation 2021 des capacités nationales de prévention et de maîtrise des MNT menée auprès de tous les États Membres au moyen d'une enquête mondiale – enquête sur les capacités des

¹ Statistiques sanitaires mondiales 2020. Résumé visuel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² Cible 3.4 des ODD Maladies non transmissibles et santé mentale. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

pays en matière de maladies non transmissibles¹ – ont montré que 98 % des pays disposaient d'une unité, d'un service ou d'un département responsable des MNT au sein de leur ministère de la santé et que, dans la plupart de ces pays, au moins un technicien ou un cadre travaillait à temps plein dans l'entité en question. La plupart des pays ont indiqué disposer de personnel consacré à chacune des MNT et des grands facteurs de risque y relatifs, et ce dans tous les domaines ayant trait aux MNT, les effectifs les moins nombreux au niveau mondial étant ceux consacrés aux maladies respiratoires chroniques et aux affections bucco-dentaires. Plus de 80 % des pays ont déclaré disposer de fonds pour les domaines liés aux MNT ci-après : soins de santé et traitements (90 %) ; prévention primaire (85 %) ; promotion de la santé (85 %) ; détection précoce et dépistage (85 %) ; surveillance, suivi et évaluation (83 %) et renforcement des capacités (83 %). Un peu moins de fonds étaient disponibles pour les soins palliatifs (71 %), et moins encore pour la recherche sur les MNT (65 %). Des taxes sur l'alcool et le tabac ont été imposées à grande échelle. Toutefois, d'autres mesures d'incitation fiscale, comme les taxes sur les boissons sucrées et sur les aliments à haute teneur en gras, en sucre ou en sel, n'ont pas été largement mises en œuvre.

15. Il existait en outre, dans plus de la moitié des pays (58 %), une commission, une institution ou un mécanisme national multisectoriel opérationnel chargé de superviser la coopération en matière de MNT, la cohérence des politiques et la responsabilisation des secteurs autres que celui de la santé. Tandis que la grande majorité des pays (89 %) avaient inclus les MNT parmi les produits ou les résultats de leurs plans nationaux de santé, moins des deux tiers (63 %) avaient fixé des cibles en matière de MNT en s'appuyant sur le Cadre mondial de suivi des MNT de l'OMS et ses neuf cibles mondiales volontaires.²

16. Un peu plus des deux tiers des pays (70 %) disposaient de politiques, de stratégies ou de plans d'action opérationnels et intégrés sur les MNT, mais seulement 53 % ont déclaré que ces politiques étaient multisectorielles, qu'elles englobaient les quatre facteurs de risque de MNT et qu'elles tenaient compte de la question du dépistage précoce, du traitement et de la prise en charge des quatre principales MNT. S'agissant de la nutrition, le taux d'application d'un certain nombre de politiques recommandées s'est révélé généralement faible ; moins de la moitié des pays mettaient en œuvre les politiques visant à réduire les effets de la commercialisation, auprès des enfants, d'aliments nocifs pour la santé ou les politiques destinées à réduire la consommation d'aliments gras. Les politiques visant à réduire la consommation de sel de la population étaient un peu plus répandues, et un peu plus de la moitié des pays (51 %) ont indiqué disposer de politiques opérationnelles en la matière. En outre, 57 % des pays avaient mené récemment une campagne de sensibilisation à l'activité physique.

17. Dans la grande majorité des pays, la surveillance des MNT continuait d'incomber à un ou plusieurs départements relevant du ministère de la santé. Un peu plus de la moitié des pays (54 %) ont indiqué disposer de registres de cancer basés sur la population et un peu moins de pays (51 %) ont déclaré disposer de registres du diabète. Près de la moitié des pays ont indiqué avoir mené récemment, auprès de la population adulte, une enquête nationale sur chacun des principaux facteurs de risque de MNT, à l'exception de la consommation de sel/sodium, au sujet de laquelle moins de 40 % des pays disposaient de données nationales récentes. Toutefois, plus d'un tiers des pays (39 %) n'avaient réalisé récemment aucune enquête nationale auprès de la population adulte pour recueillir des données sur ces facteurs de risque.

18. Plus de la moitié des pays (59 %) ont déclaré disposer de lignes directrices nationales relatives aux quatre principales MNT, les lignes directrices relatives aux maladies respiratoires chroniques étant les moins répandues. Près des trois quarts des pays (70 % et 74 %, respectivement) ont déclaré avoir en place des programmes nationaux de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Un peu plus de la moitié des pays (53 %) ont indiqué qu'étaient généralement disponibles, dans les services de soins primaires

¹ NCD Country Capacity Survey. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdcs>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² NCD Global Monitoring Framework. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/gmf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

du secteur public de la santé, les six technologies essentielles pour le dépistage précoce, le diagnostic et la surveillance des MNT – dispositifs de mesure de la taille, du poids, de la glycémie, de la pression artérielle et du cholestérol, et bandelettes pour le dosage de l’albumine dans l’urine. La plupart des autres pays disposaient généralement d’au moins quatre des six technologies. La disponibilité des médicaments essentiels contre les MNT était plus inégale. Tandis qu’environ la moitié des pays (53 %) ont déclaré que tous ces médicaments étaient généralement disponibles, plus d’un pays sur cinq (22 %) a déclaré que seuls 6 des 11 médicaments essentiels, ou moins, étaient disponibles. La plupart des pays (77 %) ont déclaré pouvoir procéder à une stratification du risque cardiovasculaire. Toutefois, seule la moitié environ de ces pays ont déclaré que cette prestation était offerte à grande échelle (c’est-à-dire, dans plus de la moitié des établissements de soins de santé).

19. Parmi les techniques de traitement des MNT, la dialyse était la plus largement appliquée (71 % des pays ayant indiqué qu’elle figurait généralement parmi les prestations du système de santé publique), suivie par la thrombolyse (62 %) et la photocoagulation (55 %). Tandis que dans une faible majorité de pays (55 % et 54 %, respectivement), la pose d’un stent et le pontage coronarien ont également été recensés parmi les techniques de traitement généralement disponibles, la transplantation rénale (42 %) et la greffe de moelle osseuse (35 %) étaient nettement moins fréquentes. Les services de diagnostic et de traitement du cancer, notamment les centres ou les départements de cancérologie au niveau tertiaire, étaient généralement plus répandus, l’existence de telles structures ayant été signalée dans deux tiers ou plus des pays. La radiothérapie faisait figure d’exception, seuls 63 % des pays ayant indiqué que cette méthode de traitement était disponible. Les soins palliatifs n’étaient quant à eux toujours pas disponibles partout, puisque seuls 40 % des pays ont indiqué que la moitié ou plus des patients qui en avaient besoin pouvaient en bénéficier.

20. La grande majorité des pays (87 %) ont signalé que l’ensemble ou une partie du personnel du ministère de la santé responsable des MNT et des facteurs de risque de MNT participait à la riposte à la COVID-19, soit à temps plein, soit parallèlement aux activités courantes liées aux MNT – 8 % des pays, notamment, ont déclaré que tout le personnel chargé des MNT se consacrait à temps plein à la COVID-19. Près des deux tiers (60 %) des pays ont indiqué que dans leur plan national de riposte à la COVID-19, garantir la continuité des services de prise en charge des MNT était inscrit sur la liste des prestations de santé essentielles. S’agissant de la perturbation des activités, 64 % des pays ont signalé que des bouleversements avaient été observés au niveau des activités du ministère de la santé en matière de lutte contre les MNT, les enquêtes sur les facteurs de risque de MNT et les campagnes de communication de masse étant les activités le plus généralement perturbées. Un peu plus d’un tiers des pays ont indiqué que leurs services de prise en charge de l’hypertension (37 %), du diabète et des complications diabétiques (37 %) avaient été perturbés, voire totalement interrompus, au cours des trois derniers mois. Au cours des trois derniers mois également, selon les informations communiquées, les services de traitement de l’asthme et de traitement du cancer ainsi que les soins dentaires d’urgence ont été perturbés dans 30 % des pays, tandis que les services de prise en charge des urgences cardiovasculaires l’ont moins été (22 % des pays).

Partie II. PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

21. Dans sa résolution WHA66.8 (2013), la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d’action global pour la santé mentale 2013-2020. En 2019, dans sa décision WHA72(11), la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, dans le cadre du suivi de la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, a prolongé jusqu’à 2030 l’application du Plan d’action. En 2021, la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d’action global pour la santé mentale 2013-2020 mis à jour, y compris ses options et ses indicateurs de mise en œuvre actualisés.

22. Le Plan d'action mis à jour comporte 10 cibles mondiales assorties d'indicateurs pour mesurer les progrès réalisés. Les données de référence se rapportant aux cibles et indicateurs qui existaient déjà ont été recueillies auprès des États Membres en 2014 à l'aide de l'Atlas de la santé mentale. Les progrès ont fait l'objet d'un suivi en 2017 et en 2020 également. En outre, des données de référence se rapportant aux nouvelles cibles et aux nouveaux indicateurs ont été recueillies auprès des États Membres à l'aide de l'Atlas de la santé mentale 2020, et les éditions futures permettront de procéder au suivi des progrès réalisés.

23. La situation mondiale en matière de santé mentale demeure difficile. Près d'un milliard de personnes souffrent d'un trouble mental,¹ dont un adolescent sur sept (14 %).² En outre, plus d'un décès sur 100 est un suicide,³ le suicide étant la quatrième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. À l'échelle mondiale, 1000 milliards de dollars des États-Unis (USD) sont perdus en productivité économique chaque année en raison de la dépression et de l'anxiété à elles seules.⁴ La pandémie de COVID-19, qui a été à l'origine de nombreuses épreuves et d'une détresse généralisée, a eu des répercussions sur de nombreux déterminants qui influent sur la santé mentale et le bien-être.

24. Dans un rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, le Secrétariat a fourni des données préliminaires sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, recueillies en 2020 à l'aide de l'enquête Atlas sur la santé mentale. Depuis lors, les activités de collecte et d'analyse des données ont été menées à bien. Au total, 171 des 194 États Membres de l'OMS (88 %) ont répondu au questionnaire relatif à l'enquête ; 75 % des États Membres ont indiqué disposer d'une politique ou d'un plan consacré exclusivement à la santé mentale et 57 % ont déclaré disposer d'une loi consacrée exclusivement à la santé mentale, ce qui représente une augmentation par rapport aux taux enregistrés durant l'année de référence 2014 – de 68 % et de 51 %, respectivement. Les dépenses publiques consacrées à la santé mentale restent faibles, et constituent 2,1 % (médiane mondiale) des dépenses de santé totales des administrations publiques nationales. La majorité de ces dépenses (66 %) sont allouées aux hôpitaux psychiatriques. À l'échelle mondiale, le nombre médian de professionnels de santé mentale est de 13 pour 100 000. Cependant, seuls 49 pays, ce qui équivaut à 25 % des États Membres de l'OMS, ont indiqué avoir intégré la santé mentale aux soins de santé primaires (SSP).⁵ Pour la première fois, les pays ont communiqué des informations sur les systèmes pour la santé mentale et pour la préparation psychosociale en cas d'urgence ; il en est ressorti que seuls 54 pays, soit 28 % des États Membres de l'OMS, disposaient de tels systèmes.

25. Des initiatives régionales ont été mises en place en vue d'améliorer la situation. Dans la Région des Amériques, une politique de santé mentale a été élaborée à l'intention des pays andins avec l'appui du Secrétariat et a été approuvée par les ministres de la santé des six pays andins.⁶ De plus, le rapport final du plan d'action régional sur la santé mentale 2015-2020 a été établi ; il y était indiqué que six des neuf cibles prévues avaient été dépassées et que deux cibles avaient été partiellement atteintes. Dans la Région du Pacifique occidental, 60 programmes de promotion et de prévention de la santé mentale ont été mis en place et sont désormais opérationnels, tandis que près de 70 % des pays déclarent avoir instauré des plateformes nationales de coordination multisectorielle dans les domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial

¹ Troubles mentaux : principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Santé mentale des adolescents : principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Suicide : principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ Mental health in the workplace: key facts. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ *Mental Health Atlas 2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁶ Pour plus d'informations, voir *Política Andina de Salud Mental 2020*. Organismo Andino De Salud – Convenio Hipólito UNANUE ; 2019.

pour faire face à la pandémie de COVID-19. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la mise en œuvre d'un cadre régional pour intensifier les efforts en matière de santé mentale, assorti d'une évaluation régulière, est en cours,¹ et un ensemble d'outils relatifs à la santé mentale dans les écoles a été mis sur pied pour permettre aux éducateurs de mieux œuvrer à la promotion de la santé mentale des élèves en milieu scolaire.² Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, de nombreux pays mettent en œuvre des programmes de prévention du suicide. Dans la Région africaine, malgré des difficultés persistantes en matière de financement, plusieurs pays ont élaboré de nouveaux plans en matière de santé mentale ou revu des lois désuètes. Dans de nombreux pays, la santé mentale a également été intégrée aux plans multisectoriels liés aux MNT. Dans la Région européenne, le cadre d'action pour la santé mentale 2021-2025 a été adopté lors de la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.³ Le cadre rend le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 opérationnel dans la Région et présente les principaux objectifs de la Coalition européenne pour la santé mentale, qui vient d'être établie.⁴

26. L'Initiative spéciale de l'OMS pour la santé mentale, qui est en cours, vise à progresser plus avant dans la réalisation des objectifs du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, le but étant de garantir que 100 millions de personnes supplémentaires aient accès à des soins abordables et de qualité en matière de santé mentale.⁵ En 2021, l'initiative est passée du stade de la planification à celui de la mise en œuvre au Bangladesh, en Jordanie, au Paraguay, aux Philippines, en Ukraine et au Zimbabwe. Les Ministères de la santé se sont employés à renforcer l'intégration des soins de santé mentale dans la couverture sanitaire universelle (CSU), en s'attachant tout particulièrement à offrir une prise en charge aux communautés via les SSP. Cela a supposé de former les agents de SSP au programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale »⁶ et au programme d'apprentissage en ligne QualityRights,⁷ recouvrant les thématiques suivantes : services fondés sur les droits humains et axés sur le rétablissement ; amélioration de la planification et de la coordination en matière de santé mentale au niveau des pays, des provinces et des districts ; et élaboration de stratégies pour renforcer les systèmes de santé mentale via le leadership, le financement, le renforcement de la main-d'œuvre, la fourniture de médicaments essentiels et la qualité des services. Les efforts continus de mobilisation des ressources ont par ailleurs favorisé la participation du Népal à l'initiative en 2021. En 2022, le Ghana entamera la mise en œuvre de celle-ci.

27. Le Secrétariat continue d'apporter un appui technique aux États Membres dans les domaines d'action prioritaires recensés dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. En 2021, le Secrétariat a commencé à mettre à jour les lignes directrices fondées sur des données probantes du programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » relatives à la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives et met la dernière main à des lignes directrices sur la santé mentale au travail. En outre, par l'intermédiaire de l'initiative QualityRights, l'OMS a continué de contribuer sur le plan technique à la mise en œuvre d'approches centrées sur la personne et fondées sur les droits humains dans les services pour la santé mentale, et à la

¹ Voir la résolution EM/RC62/R.5 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale.

² Pour plus d'informations, voir Mental health and substance use. Mental health in schools training package. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.emro.who.int/mnh/publications/mental-health-in-schools-training-package.html>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Voir la résolution EUR/RC71/R5 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.

⁴ Pour plus d'informations, voir La Coalition pour la santé mentale : une initiative phare de l'OMS/Europe. Bureau régional de l'Europe ; 2020.

⁵ Pour plus d'informations, voir WHO Special Initiative for Mental Health. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁶ Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Genève, Organisation mondiale de la santé (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁷ QualityRights materials for training, guidance and transformation. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

mise en œuvre d'activités de promotion, de politiques et de lois. Grâce à cette initiative, le renforcement des capacités s'est intensifié et plus de 24 000 personnes ont bénéficié d'une formation en présentiel ou en ligne via les programmes QualityRights.

28. La base de données en ligne MiNDbank de l'OMS continue de garantir l'accès à plus de 8000 ressources nationales et internationales, y compris aux politiques, stratégies, lois et normes de service de 192 pays portant sur la santé mentale, la consommation de substances psychoactives, le handicap et les droits humains. Depuis son lancement, MiNDbank a été consultée par 223 719 utilisateurs.

29. En s'appuyant sur des consultations en ligne menées en 2020, le Secrétariat s'emploie à élaborer un rapport mondial sur la santé mentale, qui sera publié début 2022. Le rapport contiendra des informations et des données sur la situation en matière de santé mentale dans le monde. En outre, il sera axé sur la nécessité de transformer et d'étendre les actions en matière de santé mentale dans les pays, et sur les moyens d'y parvenir.

30. Le Secrétariat a également favorisé les progrès grâce à toute une série d'initiatives et d'outils. L'OMS a publié des orientations sur les services pour la santé mentale à ancrage communautaire, centrés sur la personne, et axés sur le rétablissement, le respect des droits humains et les déterminants sociaux qui influent sur la santé mentale. Ces orientations s'accompagnent de sept dossiers techniques, qui s'intéressent chacun à une catégorie de services en particulier.¹

31. Le Secrétariat a également lancé en juin 2021 un rapport mondial actualisé sur le suicide.² Selon les estimations sanitaires mondiales actualisées de l'OMS, il y a eu 703 000 suicides dans le monde en 2019 ; le taux standardisé sur l'âge était de 9 suicides pour 100 000 habitants. Pour faire face à la situation, le Secrétariat a également publié un guide pratique pour la mise en œuvre de LIVE LIFE, l'approche de l'OMS en matière de prévention du suicide dans les pays.³ L'approche LIVE LIFE est axée sur les aspects pratiques de la mise en œuvre de quatre interventions fondées sur des données probantes en matière de prévention du suicide, et s'articule autour de six piliers transversaux essentiels pour la mise en œuvre.

32. Le Secrétariat a poursuivi son partenariat avec l'UNICEF dans le cadre du programme conjoint pour la santé mentale et le bien-être et le développement psychosociaux des enfants et des adolescents. L'OMS et l'UNICEF ont également œuvré conjointement à l'élaboration de la boîte à outils HAT, un ensemble de stratégies visant à appuyer la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS concernant les interventions de promotion et de prévention en santé mentale chez les adolescents.⁴

33. Le Secrétariat a élaboré un guide sur la mise en place d'approches centrées sur la personne dans le cadre des soins de santé mentale destinés aux personnes vivant avec des maladies tropicales négligées.⁵ Il œuvre actuellement aux côtés de nombreux pays pour recenser et mettre au point des outils visant à appuyer la mise en œuvre.

¹ Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² Suicide Worldwide in 2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁴ OMS et UNICEF. *Helping Adolescents Thrive Toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁵ Mental health of people with neglected tropical diseases: towards a person-centred approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

34. Le Secrétariat a poursuivi ses travaux sur les interventions psychologiques évolutives en créant Self-Help Plus (SH+),¹ un cours de gestion du stress en groupe destiné aux adultes et Group Problem Management Plus (PM+),² une action de groupe s'adressant aux populations confrontées à de nombreuses épreuves. Enfin, l'initiative Step-by-Step de l'OMS, un outil numérique d'appui psychologique qui met l'accent sur l'activation comportementale pour traiter la dépression via des sessions à distance sur smartphone, a été testée dans le cadre de l'un des plus grands essais contrôlés randomisés jamais menés dans le domaine de la santé mentale. Plus de 1000 participants ont pris part à cet essai, qui a été mené à bien au Liban pendant la pandémie de COVID-19. Une version de Step-by-Step destinée à être utilisée dans le monde entier est en cours d'élaboration.

35. Dans les situations d'urgence humanitaire, le Secrétariat a fourni un appui continu aux pays confrontés à des urgences de niveau 3 ou de niveau 2 (par exemple, le Yémen, le Soudan, l'Arménie, l'Éthiopie, l'Ukraine, le Liban et d'autres pays encore). L'OMS a également apporté son appui aux pays touchés par des situations d'urgence en mettant en œuvre le premier mécanisme mondial de déploiement rapide interinstitutions pour la santé mentale et le soutien psychosocial.³ En 2021, le Secrétariat a soutenu 27 experts déployés au titre du mécanisme dans 25 pays, dont 12 bureaux de pays de l'OMS, pour appuyer les interventions qui y étaient mises en œuvre. Il a également poursuivi son partenariat avec l'UNICEF, le HCR et le FNUAP pour élaborer l'ensemble minimum de services en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, qui fournit des orientations sur un ensemble chiffré d'activités hautement prioritaires pour répondre aux besoins essentiels immédiats des populations confrontées à des situations d'urgence.⁴ L'OMS a par ailleurs coprésidé le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Par l'intermédiaire de ce groupe, le Secrétariat et ses partenaires ont fourni une assistance technique à des groupes de travail au niveau des pays et ont élaboré un vaste éventail de ressources, disponibles dans de nombreuses langues et dans des formats accessibles.⁵

36. Le Secrétariat continue de surveiller l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale et les services de santé mentale. En 2021, un indicateur de suivi de la santé mentale et du soutien psychosocial a été inclus dans le Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19. Entre janvier et mars 2021, le Secrétariat a organisé le deuxième cycle de l'enquête nationale sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 et a constaté que les services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances étaient les services les plus fréquemment perturbés, près de la moitié des pays participants (45 %) ayant signalé des perturbations.⁶ Dans l'ensemble, ce sont les programmes de santé mentale en milieu scolaire (66 %) et les services de psychothérapie, de conseil et d'intervention psychosociale (54 %) qui ont été les plus perturbés. Les services d'urgence qui peuvent sauver des vies, tels que les programmes de prévention du suicide (44 %), les services de gestion d'urgence des

¹ Self-Help Plus (SH+): A group-based stress management course for adults. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ Mental Health and Psychosocial Support in humanitarian emergencies - DSS MHPSS. Netherlands Enterprise Agency ; 2020 (<https://english.rvo.nl/subsidies-programmes/mental-health-and-psychosocial-support-humanitarian-emergencies-dss-mhpss>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ Pour plus d'informations, voir The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package (<https://mhpsmsp.org/en>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ Mental health and psychosocial support - resources for COVID-19. Comité permanent interorganisations.

⁶ *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

manifestations de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (39 %), les services essentiels de réduction des risques (39 %) et les programmes de prévention et de gestion des surdoses (34 %) figuraient également parmi les services confrontés à des perturbations.

37. Afin de renforcer les capacités du Secrétariat en matière de santé mentale et d'intégration de la santé mentale dans la CSU, un cours en ligne de renforcement des capacités homologué et destiné aux administrateurs de programmes de santé publique sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence est en cours d'élaboration et sera lancé en 2021 sur la plateforme OpenWHO. En 2022, un cours destiné aux médecins généralistes sur l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé généraux sera également institué par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS.

38. Conformément aux dispositions de la résolution WHA67.8 (2014) sur l'autisme, le Secrétariat appuie les efforts visant à améliorer la capacité des pays à garantir l'accès à des services de prise en charge de l'autisme et d'autres troubles du développement fondés sur des bases factuelles, en s'attachant à soutenir la formation fondée sur les compétences au niveau communautaire et des soins primaires, que ce soit en présentiel ou en ligne. Afin d'améliorer l'impact dans les pays et grâce à une collaboration renforcée avec l'UNICEF dans le cadre du Programme conjoint, un rapport mondial sur les troubles du développement et un dossier technique sur la prestation de soins attentifs aux enfants présentant de tels troubles sont en cours d'élaboration, avec la contribution active des défenseurs et des usagers. Ces outils viendront compléter les efforts consentis à l'heure actuelle pour réaliser en population un suivi du développement du jeune enfant en proposant des stratégies visant à améliorer les systèmes de prise en charge des personnes présentant des troubles du développement et les cadres qui leur sont offerts.

ANNEXE 7

**PROJET DE PLAN D'ACTION MONDIAL INTERSECTORIEL SUR L'ÉPILEPSIE
ET LES AUTRES TROUBLES NEUROLOGIQUES 2022-2031****CONTEXTE**

1. En novembre 2020, la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA73.10 priant le Directeur général de l'OMS, notamment, d'élaborer un plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques sur 10 ans en concertation avec les États Membres afin de promouvoir et de soutenir une action coordonnée et globale entre plusieurs secteurs.

2. Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 vise à améliorer l'accès des personnes atteintes de troubles neurologiques aux soins et aux traitements, tout en prévenant l'apparition de nouveaux cas et en favorisant la santé et le développement du cerveau tout au long de la vie. Il s'attache à promouvoir le rétablissement, le bien-être et la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques, tout en réduisant la mortalité, la morbidité et le handicap qui leur sont associés, en mettant en avant les droits humains et en luttant contre la stigmatisation et la discrimination au moyen d'approches interdisciplinaires et intersectorielles.

3. Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 s'appuie sur des résolutions, des décisions, des rapports et des engagements mondiaux antérieurs, dont la résolution WHA68.20 sur la charge mondiale de l'épilepsie et la nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique. Un certain nombre d'approches préventives, pharmacologiques et psychosociales sont communes à l'épilepsie et à d'autres troubles neurologiques. Ce partage de stratégies et d'approches (c'est-à-dire les synergies) peut constituer un point d'entrée précieux pour accélérer et renforcer les services et le soutien en rapport avec l'épilepsie et les autres troubles neurologiques.

VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION MONDIALE

4. Les troubles du système nerveux sont la principale cause de perte d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et la deuxième cause de décès dans le monde, avec 9 millions de décès par an. En 2016, l'accident vasculaire cérébral (42,2 %), la migraine (16,3 %), la démence (10,4 %) et la méningite (7,9 %) étaient les quatre maladies ayant le plus contribué à la perte de DALY.¹ Dans le monde, en 2016, 52,9 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans présentaient des troubles du développement ; 95 % d'entre eux vivaient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.²

¹ Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(5):459–480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Voir également Global health estimates 2020: Disease burden by cause, age, sex by country and by region, 2000–2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;6(10):E100–E1121. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30309-7.

5. La lourde charge de morbidité associée aux troubles neurologiques est aggravée par de profondes inégalités en matière de santé. Ainsi, près de 80 % des 50 millions de personnes atteintes d'épilepsie vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où les lacunes de la couverture thérapeutique dépassent 75 % dans la plupart des pays à faible revenu et 50 % dans la majorité des pays à revenu intermédiaire.¹ Les handicaps associés aux affections neurologiques touchent particulièrement les femmes, les personnes âgées, les personnes vivant dans la pauvreté et dans des zones rurales ou reculées, ainsi que d'autres populations vulnérables. Les femmes sont également souvent touchées de manière disproportionnée par les troubles neurologiques, tels que la démence, la migraine et la sclérose en plaques. Les enfants issus de ménages défavorisés, de populations autochtones, de minorités ethniques, ainsi que les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les apatrides, les réfugiés et les migrants sont eux aussi beaucoup plus exposés au risque de handicap associé aux affections neurologiques.

6. Les troubles neurologiques engendrent une augmentation des dépenses pour les pouvoirs publics, les communautés, les familles et les individus, ainsi que des pertes de productivité pour les économies. En 2010, selon les estimations, les troubles neurologiques ont coûté 798 milliards d'euros rien qu'en Europe.² En 2019, à l'échelle mondiale, on estimait le coût sociétal total de la démence à 1300 milliards de dollars des États-Unis, soit l'équivalent de 1,5 % du PIB mondial.³

7. De nombreuses affections neurologiques sont évitables, y compris 25 % des cas d'épilepsie à l'échelle mondiale.⁴ On sait que de nombreux déterminants, y compris les facteurs environnementaux de risque et de protection, ont une incidence sur le développement du cerveau au début de la vie et sur la santé du cerveau tout au long de la vie. Parmi les facteurs de protection qui ont une incidence sur le développement du cerveau au début de la vie, on trouve l'éducation, les liens sociaux et le soutien social, une alimentation saine, le sommeil et l'activité physique.

8. Partout dans le monde, les personnes atteintes de troubles neurologiques et de handicaps qui y sont liés sont encore victimes de discrimination et de violation des droits humains. C'est la raison pour laquelle le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 tient compte des droits humains énoncés dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains.

9. Il est particulièrement important de soutenir les éléments constitutifs du système de santé voulus pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles neurologiques. Il est capital de mettre en œuvre des politiques générales et une législation adaptées, dont l'objectif devrait être de promouvoir la prestation de soins de qualité, de fournir une protection financière et sociale (y compris une couverture contre les dépenses de santé à la charge des patients) et d'assurer le respect, la protection et la réalisation des droits des personnes atteintes de troubles neurologiques. Les interventions globales qui visent à lutter contre les troubles neurologiques doivent reposer sur une démarche solide qui tienne compte des déterminants sociaux et économiques de la santé.

¹ Epilepsy: a public health imperative. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

² J Olesen 1, A Gustavsson, M Svensson, H-U Wittchen, B Jönsson, CDBE2010 study group, et al. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol.* 2012; 19(1):155–162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.

³ Global status report on the public health response to dementia. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁴ Epilepsy: a public health imperative. Genève, Organisation mondiale de la Santé (who.int/publications/i/item/epilepsy-a-public-health-imperative, consulté le 1^{er} décembre 2021).

10. Les systèmes de santé n'ont pas encore apporté de réponse adéquate au fardeau que représentent les troubles neurologiques. Alors que près de 70 % des personnes atteintes de troubles neurologiques vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire,¹ les besoins de ces personnes sont insuffisamment pris en compte, 28 % seulement des pays à faible revenu déclarant avoir adopté une politique axée sur ces troubles.² Le nombre d'agents de santé spécialisés en neurologie est actuellement insuffisant pour combler les lacunes en matière de traitement à l'échelle mondiale. Les effectifs médians dans ce domaine (définis comme le nombre total de neurologues pour adultes, de neurochirurgiens et de neurologues pédiatriques) dans les pays à faible revenu sont de 0,1 pour 100 000 habitants, contre 7,1 pour 100 000 dans les pays à revenu élevé.²

11. L'actuelle pandémie de COVID-19 souligne l'intérêt que présente la neurologie pour la santé publique mondiale et son importance dans le cadre des débats plus larges sur la santé mondiale. La perturbation des services, l'inaccessibilité des médicaments, l'interruption des programmes de vaccination et l'augmentation des problèmes de santé mentale alourdissent le fardeau des personnes atteintes de troubles neurologiques. Plus directement, les manifestations neurologiques de l'infection par le virus de la COVID-19 sont présentes à la fois dans la phase aiguë de la maladie et dans l'affection post-COVID-19. Certaines affections neurologiques sous-jacentes représentent un facteur de risque d'hospitalisation et de décès lié à la COVID-19, en particulier chez les personnes âgées.³ Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 offre une occasion sans précédent de s'attaquer aux conséquences des troubles neurologiques par une réponse globale pendant toute la durée de la pandémie et au-delà.

PORTÉE

12. Le terme « troubles neurologiques » est employé pour désigner les atteintes du système nerveux central et périphérique qui englobent l'épilepsie, les céphalées dont la migraine ; les maladies neurodégénératives (y compris la démence et la maladie de Parkinson) ; les maladies cérébrovasculaires (y compris l'accident vasculaire cérébral ou AVC) ; les troubles neuro-infectieux ou neuro-immunologiques (y compris la méningite, l'infection à VIH, la neurocysticercose, le neuropaludisme et la sclérose en plaques) ; les troubles neuromusculaires (y compris la neuropathie périphérique, les dystrophies musculaires et la myasthénie grave) ; les troubles neurodéveloppementaux (y compris les troubles du spectre autistique et les troubles neurologiques congénitaux) ; les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière (« moelle spinale », selon la nouvelle nomenclature) et les cancers du système nerveux. Même si certains troubles neurologiques sont rares, ils restent responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées.

13. Conformément à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS, le fonctionnement et le handicap doivent être considérés comme le résultat d'interactions entre un état neurologique et des facteurs liés au contexte tout au long de la vie. Une approche holistique est donc requise pour tenir compte des influences médicales, individuelles, sociales et environnementales.

14. Pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques, il faut d'abord mieux faire connaître et comprendre ces troubles et s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, qui ont une incidence sur le bien-être et créent des barrières pour ces personnes lorsqu'il s'agit de se

¹ Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, et al. The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. *Lancet Neurol.* 2020 Mar;19(3):255-265. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30411-9.

² ATLAS Country Resources for Neurological Disorders, second edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

³ Abdullahi A, Candan SA, Abba MA, et al. Neurological and musculoskeletal features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Front. Neurol.* 2020; 11:687. doi: 10.3389/fneur.2020.00687.

faire soigner. Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 n'est pas structuré en fonction des maladies, mais repose plutôt sur un cadre intégré et axé sur la personne pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins des personnes atteintes de troubles neurologiques. La prévention des troubles neurologiques repose sur la promotion d'une santé du cerveau optimale tout au long de la vie. Une santé du cerveau satisfaisante est un état dans lequel chaque personne peut apprendre, atteindre son plein potentiel et optimiser ses réactions cognitives, psychologiques, neurophysiologiques et comportementales pour s'adapter aux changements de l'environnement.

15. D'autres disciplines ou domaines de la santé publique présentent un lien étroit avec les troubles neurologiques, sur lesquels ils ont une incidence. Il s'agit notamment de la santé mentale, des violences, des traumatismes, des maladies non transmissibles, des maladies infectieuses et de la santé environnementale. D'autres stratégies ou plans d'action de l'OMS ou résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé s'intéressent à de nombreuses affections neurologiques. En outre, il existe des liens stratégiques entre les troubles neurologiques, d'une part, et les systèmes de santé et la CSU, d'autre part, y compris l'éventail complet des services de santé essentiels, allant de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. Partant du constat qu'il existe des liens bien établis entre la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, la santé reproductive, le vieillissement, la santé du cerveau et les troubles neurologiques, le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 s'inscrit en droite ligne du Programme 2030 et des ODD et porte sur toutes les étapes de la vie.

16. Les liens faits entre le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 et d'autres engagements mondiaux témoignent de la capacité de l'OMS de centrer son action sur la santé des personnes et de travailler de manière cohérente et intégrée.

17. Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 énonce une vision, un but, des principes directeurs et des objectifs stratégiques, assortis de domaines d'action et de cibles. Il propose aux États Membres, au Secrétariat de l'OMS et aux partenaires internationaux et nationaux une série de mesures à prendre. Bien que les cibles soient définies à l'échelle mondiale, chaque État Membre peut s'en inspirer pour fixer ses propres cibles nationales, en tenant compte de la situation du pays et des difficultés qu'il doit surmonter.

VISION

18. La vision du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 est celle d'un monde dans lequel :

- l'importance de la santé du cerveau est reconnue, promue et protégée tout au long de la vie ;
- les troubles neurologiques sont prévenus, diagnostiqués et traités, la mortalité et la morbidité prématurées sont évitées ; et
- les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants jouissent du meilleur état de santé possible, sur la base d'une égalité des droits, des chances, du respect et de l'autonomie.

BUT

19. Le but du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 est de réduire la stigmatisation, les conséquences et la charge associées aux troubles neurologiques, y compris la mortalité, la morbidité et le handicap, et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leurs aidants et de leur famille.

20. Pour atteindre le but et la vision susmentionnés, il convient de renforcer, autant que possible, la prévention, le traitement et la prise en charge de l'épilepsie et des autres troubles neurologiques, en s'appuyant sur les points d'entrée et les synergies pour parvenir aux meilleurs résultats pour tous.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

21. Les objectifs stratégiques du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 sont les suivants :

- améliorer la hiérarchisation des politiques et renforcer la gouvernance ;
- fournir un diagnostic, un traitement et des soins efficaces et adaptés, en temps opportun ;
- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention ;
- favoriser la recherche et l'innovation et renforcer les systèmes d'information ; et
- renforcer la démarche de santé publique à l'égard de l'épilepsie.

PRINCIPES DIRECTEURS

22. Les six principes directeurs du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 sont les suivants :

a) **SSP centrés sur la personne et CSU**

Toutes les personnes atteintes de troubles neurologiques et leur famille doivent participer et bénéficier d'un accès équitable, sans discrimination ou sans être exposées à un risque de difficultés financières, à un large éventail de services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs et de services sociaux, ainsi qu'à des médicaments et d'autres produits de santé essentiels, efficaces, sûrs, économiquement abordables et de qualité.

b) **Approche intégrée des soins tout au long de la vie**

L'intégration des soins pour les troubles neurologiques est indispensable pour que la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge donnent de meilleurs résultats. Cela est particulièrement important, plusieurs troubles neurologiques pouvant survenir en même temps, ou en association avec d'autres problèmes de santé qui sont souvent liés à des facteurs de risque communs évitables. La prise en charge des troubles neurologiques nécessite d'être totalement en phase avec d'autres services et programmes existants, conformément au Cadre pour des services

de santé intégrés centrés sur la personne,¹ et de tenir compte des besoins en soins de santé et en services sociaux à toutes les étapes de la vie.

c) Politiques et pratique fondées sur des données probantes

Les éléments de preuve scientifiques et les meilleures pratiques permettent d'élaborer des politiques et des interventions de santé publique d'un bon rapport coût/efficacité, durables et abordables pour la prévention et la prise en charge des troubles neurologiques. Il s'agit notamment des connaissances existantes, des données probantes du monde réel fondées sur la pratique, des préférences des personnes atteintes de troubles neurologiques et de l'expérience acquise dans différents contextes culturels, ainsi que de la transposition des nouvelles données factuelles dans des politiques et une pratique qui permettent de trouver des traitements capables de modifier le cours de la maladie ou de la guérir, des interventions efficaces de prévention et des modèles de soins novateurs.

d) Action intersectorielle

Une action coordonnée et globale contre les troubles neurologiques exige de mettre en place des partenariats et une collaboration entre toutes les parties prenantes. La réalisation d'une telle collaboration nécessite une impulsion décisive au niveau gouvernemental, une délimitation claire des rôles et des responsabilités des différentes parties prenantes, des mécanismes de coordination innovants, dont des partenariats public-privé, la participation de tous les secteurs concernés, tels que la santé, les services sociaux, l'éducation, l'environnement, les finances, l'emploi, la justice et le logement, et des partenariats avec les acteurs de la société civile, du monde universitaire et du secteur privé, ainsi que des associations qui représentent les personnes atteintes de troubles neurologiques.

e) Autonomisation et participation des personnes souffrant de troubles neurologiques et de leurs aidants

Il faut promouvoir et protéger les besoins sociaux, économiques et éducatifs et les libertés des personnes et des familles touchées par des troubles neurologiques, ainsi que leur donner un degré de priorité élevé. Il faut, par des mécanismes de participation et de consultation, donner un réel pouvoir d'action aux personnes atteintes de troubles neurologiques, à leurs aidants, aux organisations qui les représentent et aux populations locales dans la planification des soins et la prestation de services, ainsi que dans l'élaboration de politiques et de lois, l'exécution de programmes, les activités de plaidoyer, la recherche, le suivi et l'évaluation.

f) Genre, équité et droits humains

L'intégration des questions de genre à l'échelle des systèmes dans tous les efforts déployés pour mener une action de santé publique contre les troubles neurologiques est essentielle à l'édification de sociétés équitables, saines et n'excluant personne. Pour respecter les droits des personnes atteintes de troubles neurologiques et réduire la stigmatisation et la discrimination dont elles font l'objet, il est primordial que ces personnes et leurs aidants jouissent d'un accès universel à des interventions et qu'une attention prioritaire soit accordée aux groupes de population les plus vulnérables, dont les migrants, les enfants, les femmes, les personnes âgées, les personnes vivant dans la pauvreté et celles faisant face à des situations d'urgence. La mise en œuvre du plan d'action mondial intersectoriel 2022-2031 doit s'attaquer explicitement aux disparités propres à chaque contexte national et s'attacher à réduire les inégalités.

¹ Voir le document A69/39 ; voir également Framework on integrated people-centred health services (IPCHS) (https://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf?ua=1, consulté le 1^{er} décembre 2021).

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1: AMÉLIORER LA HIÉRARCHISATION DES POLITIQUES ET RENFORCER LA GOUVERNANCE

23. Une démarche de santé publique élargie, reposant sur les principes de la CSU et sur les droits humains, est nécessaire pour améliorer les soins et la qualité de la vie des personnes atteintes de troubles neurologiques. Pour ce faire, renforcer la gouvernance dans le domaine des troubles neurologiques suppose que des cadres stratégiques soient établis et étayés par des mécanismes efficaces de surveillance, de réglementation et de responsabilisation.

24. Il convient de remédier au manque de connaissances et de sensibilisation à tous les niveaux de la société, notamment parmi les représentants des pouvoirs publics, les personnes atteintes de troubles neurologiques et les autres parties prenantes, afin de modifier les principaux obstacles structurels et comportementaux à l'obtention de résultats positifs en matière de santé du cerveau, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de promouvoir les droits humains des personnes atteintes de troubles neurologiques et d'améliorer les soins dont elles bénéficient et leur qualité de vie.

25. Par une sensibilisation efficace, on peut peser sur l'engagement politique et mobiliser des ressources pour contribuer à rendre prioritaires les politiques sur les troubles neurologiques, notamment en faisant le lien avec la réalisation d'engagements internationaux plus larges tels que ceux définis dans le Programme 2030 et les ODD, ainsi que dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

26. Pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques dans leurs multiples aspects, il importe d'intégrer et de prendre en considération les troubles neurologiques dans les politiques nationales, la législation et les lignes directrices pertinentes, fondées sur des données probantes et portant sur le secteur de la santé et d'autres secteurs tels que l'éducation, la protection sociale et l'emploi.

27. Le financement de la santé est une fonction essentielle des systèmes de santé qui peut permettre de progresser vers la réalisation de la CSU. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des politiques visant à assurer des dispositifs efficaces de gouvernance des systèmes de santé et de prestation de services, y compris par la collecte de recettes, la mise en commun des fonds et l'achat de services (tels que l'allocation de ressources aux prestataires de services de santé) pour permettre l'accès en temps voulu à des services, une aide et des traitements abordables, résilients et de qualité pour les troubles neurologiques.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 1

Cible mondiale 1,1

D'ici 2031, 75 % des pays auront adapté ou mis à jour les politiques, stratégies, plans ou cadres nationaux existants pour y inclure les troubles neurologiques.

Cible mondiale 1,2

D'ici 2031, 100 % des pays auront au moins une campagne ou un programme opérationnel de sensibilisation aux troubles neurologiques.

1.1 Sensibilisation

28. La sensibilisation représente la première étape pour ce qui est de mieux faire connaître et comprendre au grand public les questions relatives à la santé du cerveau et aux troubles neurologiques. Il est nécessaire d'améliorer la prestation des soins de neurologie, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de prévenir la violation des droits humains et de promouvoir ces derniers. La sensibilisation consiste également à faire prendre conscience à l'opinion publique et aux responsables politiques de la charge et des conséquences des troubles neurologiques et à diffuser les données sur les interventions fondées sur des données probantes, y compris pour promouvoir la santé du cerveau et prévenir et traiter les troubles neurologiques.

29. Pour être efficaces, les actions de plaidoyer, dont les campagnes de sensibilisation du public, doivent être adaptées au contexte socioculturel de chaque pays. En outre, il est impératif de placer les personnes atteintes de troubles neurologiques au centre de tous les efforts de sensibilisation si l'on veut obtenir les résultats sanitaires et sociaux souhaités. Les campagnes de sensibilisation du public devraient inclure des informations sur la promotion et la prévention des troubles neurologiques et devraient être conçues pour les personnes vivant avec des troubles neurologiques.

30. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Associer toutes les parties concernées, comme les experts en sensibilisation, les professionnels de la santé et les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants, à l'élaboration de programmes de sensibilisation pour améliorer la compréhension des troubles neurologiques, promouvoir la santé du cerveau et prévenir et prendre en charge les troubles neurologiques tout au long de la vie, y compris pour identifier les obstacles au recours aux soins.

b) Établir des mécanismes de collaboration, d'application et de transfert du savoir à l'échelle nationale et régionale pour faire prendre conscience de la charge de morbidité que représentent les troubles neurologiques et de l'existence et de l'accessibilité de services de promotion de la santé, de prévention, de prise en charge et de soins appropriés et reposant sur des bases factuelles pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

c) Diriger et coordonner des stratégies de sensibilisation intersectorielles visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont les personnes atteintes de troubles neurologiques font l'objet, y compris les groupes vulnérables, et à promouvoir leurs droits humains tout au long de leur vie. Les intégrer dans des stratégies plus larges de promotion de la santé, comme des modalités d'enseignement et de travail aménagées pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

31. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Associer les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et leur famille à la prise de décisions dans les processus internes de l'OMS sur les questions qui les concernent grâce à des mécanismes opérants et structurés.

b) Apporter un soutien technique et des outils de sensibilisation à la lutte contre la stigmatisation afin d'aider les responsables de l'élaboration des politiques aux niveaux national, régional et mondial à prendre acte de la nécessité de rendre les troubles neurologiques prioritaires et de les intégrer dans les politiques et les plans.

c) Fournir appui et conseils aux États Membres pour associer concrètement les personnes atteintes de troubles neurologiques dans toutes les tranches d'âge en proposant un espace de dialogue, en produisant et exploitant des informations fondées sur des données factuelles et les meilleures pratiques, et en s'appuyant sur l'expérience vécue dans les processus décisionnels.

32. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) En partenariat avec d'autres parties prenantes, plaider pour accroître la visibilité des troubles neurologiques dans les ODD et d'autres engagements mondiaux, et pour donner la priorité aux troubles neurologiques dans les programmes politiques en sensibilisant aux conséquences sociales et économiques des troubles neurologiques et à la nécessité d'organiser une riposte intégrée tout au long de la vie et au sein des systèmes de soins.

b) Soutenir les initiatives de sensibilisation afin de protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles neurologiques, à corriger les inégalités dans l'accès aux services neurologiques pour les populations vulnérables et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Veiller à ce que les personnes atteintes de troubles neurologiques prennent pleinement part aux activités de la collectivité afin de favoriser leur participation à la vie culturelle, sociale et civique et accroître leur autonomie.

c) Offrir un espace de dialogue entre les associations et les organisations de personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants, les agents de santé et les travailleurs sociaux, les pouvoirs publics et d'autres acteurs concernés aux niveaux international, régional et national, en veillant à ce que des jeunes et des personnes âgées participent et à ce qu'il y ait une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Collaborer avec différents secteurs tels que les transports, l'éducation, la justice, la finance et l'emploi à des activités de plaidoyer visant à accroître l'indépendance et l'autonomie des personnes atteintes de troubles neurologiques.

1.2 Politique, plans et législation

33. L'élaboration de politiques, de textes de lois et de plans globaux et intersectoriels sur la base d'éléments de preuve scientifiques et conformes aux normes internationales en matière de droits humains renforce la gouvernance dans le domaine des troubles neurologiques et permet que les besoins complexes des personnes atteintes de ces troubles soient mieux satisfaits, suivant le contexte de chaque pays.

34. La collaboration entre les personnes atteintes de troubles neurologiques, les experts techniques qui rassemblent les données factuelles, les responsables de l'élaboration des politiques et les directeurs de programme qui formulent, adaptent et appliquent les politiques, les plans, les lignes directrices et la législation, ainsi que les professionnels de la santé qui fournissent des soins et des services aux personnes atteintes de troubles neurologiques est indispensable pour faciliter et mettre en œuvre des politiques et des plans qui reposent sur des données probantes dans tous les secteurs.

35. Étant donné les liens qui unissent les troubles neurologiques et d'autres domaines de la santé publique, il existe de nombreuses possibilités d'intégrer ces troubles dans les politiques et les plans élaborés dans ces domaines, par exemple, les maladies non transmissibles et transmissibles, la santé mentale, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, le vieillissement et le handicap.

36. Les textes de loi qui influent sur la vie des personnes atteintes de troubles neurologiques (par exemple d'épilepsie) sont souvent dépassés et ne permettent pas de protéger et de promouvoir leurs droits humains. Il est capital de mettre à jour toutes les lois qui concernent les personnes atteintes de troubles neurologiques, par exemple celles liées à l'éducation, à l'emploi et aux droits des femmes, et de veiller à ce qu'elles soient plus inclusives.

37. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) À l'échelon national et/ou infranational, élaborer et mettre en œuvre des politiques, des plans et une législation qui luttent contre les troubles neurologiques, en tant qu'instruments indépendants ou en les intégrant à d'autres plans intersectoriels dans les domaines des MNT, de la santé mentale, du handicap et d'autres domaines pertinents, tout au long de la chaîne de soins et concernant tous les âges, ou examiner, actualiser et renforcer les politiques, les plans et la législation qui existent en la matière. Formuler et mettre en œuvre des politiques et des lois nationales en consultation avec les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et d'autres parties prenantes afin de promouvoir et de protéger leurs droits et de prévenir la stigmatisation et la discrimination.
- b) Établir des mécanismes de suivi et de responsabilisation pour l'allocation des ressources, y compris au moyen de points focaux, d'unités ou de divisions fonctionnelles responsables des troubles neurologiques au sein du ministère de la santé (ou de son équivalent).
- c) Revoir les politiques et les lois sur le handicap et sur d'autres domaines pertinents afin qu'elles incluent davantage les personnes atteintes de troubles neurologiques, y compris en modifiant les critères d'accès aux prestations d'invalidité ; en fournissant des fonds pour soutenir les personnes handicapées qui exercent un emploi ; en mettant en place un système de quotas favorisant l'embauche active ; en rendant les environnements de travail plus accessibles grâce à la réglementation sur l'emploi et au droit du travail qui régissent les secteurs public et privé, et en renforçant les mécanismes qui traitent les réclamations et les plaintes liées aux violations des droits humains et à la discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles neurologiques au moyen de processus de recours impartiaux.

38. Mesures à prendre par le Secrétariat : fournir un appui, des outils et des orientations techniques aux États Membres et aux responsables de l'élaboration des politiques pour qu'ils :

- a) mettent en commun les connaissances et les meilleures pratiques reposant sur des bases factuelles afin d'éclairer l'élaboration, le renforcement, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, lois et plans nationaux et/ou infranationaux qui sont conformes aux normes internationales en matière de droits humains en vue d'une action intersectorielle intégrée contre les troubles neurologiques ;
- b) renforcent les mécanismes de responsabilisation et les stratégies destinées à régler les plaintes et réclamations afin de remédier aux violations des droits humains et à la discrimination qui visent les personnes atteintes de troubles neurologiques, par exemple dans les domaines de l'emploi, de l'accès à l'éducation, de la conduite automobile, de la procréation et des droits des femmes ;
- c) adoptent une législation qui garantisse un accès universel aux prestations financières, sociales et d'invalidité pour les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants ;
- d) apportent une assistance dans la définition de mécanismes qui encouragent et appuient de manière proactive la participation active des personnes atteintes de troubles neurologiques dans tous les aspects de l'élaboration des politiques, de la planification et du financement des services ; et
- e) fournissent en permanence aux États Membres un suivi, des orientations et un soutien technique afin qu'ils mettent en œuvre le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031, avec l'aide des bureaux régionaux et de pays de l'OMS à tous les niveaux.

39. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Faire participer activement les parties prenantes de tous les secteurs pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de plans et de textes de loi reposant sur des bases factuelles en portant une attention particulière aux droits humains des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants, et pour prévenir la stigmatisation et la discrimination.
- b) Contribuer à la création d'associations et d'organisations regroupant des personnes atteintes de troubles neurologiques, leur famille et leurs aidants ou renforcer celles qui existent déjà, et favoriser leur collaboration avec d'autres organisations en tant que partenaires dans la prévention et le traitement des troubles neurologiques.
- c) Faciliter le partage de connaissances et le dialogue entre les associations représentant les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et leur famille et leurs organisations, ainsi que les agents de santé, les travailleurs sociaux et l'État pour faire en sorte que les principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, tels que l'autonomisation, la participation et l'inclusion, soient intégrés dans la législation afin de promouvoir la santé des personnes atteintes de handicaps secondaires à des troubles neurologiques.

1.3 Financement

40. Les troubles neurologiques engendrent une augmentation des dépenses pour les pouvoirs publics, les communautés, les familles et les individus, ainsi qu'une perte de productivité pour les économies, des coûts qui pourraient en grande partie être évités grâce à la prévention, une détection précoce et un traitement rapide. Les personnes atteintes de troubles neurologiques et leur famille font face à d'importantes difficultés financières en raison des coûts des soins de santé et des services sociaux ainsi que de la diminution ou de la perte de revenus. Cette situation est aggravée par l'absence d'assurance maladie universelle dans tous les pays, où les investissements et les ressources consacrés aux affections neurologiques sont faibles.

41. Il est nécessaire que les politiques et programmes soient assortis d'un financement adéquat afin de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins et de réduire l'incidence financière des dépenses à leur charge en matière de santé et de protection sociale. Ces investissements seront compensés par une réduction du coût de l'invalidité neurologique et réduiront en fin de compte les coûts à long terme pour les pouvoirs publics.

42. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Garantir un financement pérenne des politiques, plans et programmes de prévention et de prise en charge des troubles neurologiques, reposant sur une action intégrée tout au long de la vie, au moyen de crédits budgétaires nationaux réservés, d'une utilisation efficiente et rationnelle des ressources, de mécanismes novateurs et volontaires de financement et d'autres moyens, comme le financement multilatéral, bilatéral et commun et les partenariats public-privé.
- b) Produire et/ou utiliser les données les plus récentes sur la charge épidémiologique et économique des troubles neurologiques, ainsi que sur la logique économique des investissements et les coûts prévus de la mise à l'échelle des interventions, afin de prendre des décisions éclairées sur les budgets et que ceux-ci soient proportionnels à l'ampleur du fardeau supporté par le pays et d'allouer les faibles ressources de façon optimale.

- c) Élaborer des mécanismes de protection financière et sociale, notamment des régimes d'assurance maladie et des prestations de sécurité sociale nationaux, pour prendre en charge les coûts directs et indirects qu'occasionne l'accès aux soins (frais de transport, par exemple) et pour garantir des soins abordables et accessibles aux personnes atteintes d'affections neurologiques, à leurs aidants et à leur famille.

43. **Mesures à prendre par le Secrétariat**

- a) Promouvoir la collaboration et le partage de connaissances aux échelons international, régional et national pour consolider le savoir sur les incidences socioéconomiques des investissements dans le domaine des troubles neurologiques.
- b) Fournir un appui technique, des outils et des orientations aux États Membres pour qu'ils renforcent leur capacité de procéder à la planification intersectorielle des ressources, à la budgétisation et au suivi des dépenses en matière de troubles neurologiques.
- c) Fournir des orientations pour des approches structurées visant à générer des investissements nationaux en faveur des troubles neurologiques et de la promotion, des soins et de la protection de la santé du cerveau, en accord avec d'autres méthodes d'analyse des argumentaires d'investissement existantes pour soutenir les choix des gouvernements.

44. **Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre**

- a) Apporter un soutien aux États Membres pour mobiliser des ressources financières pérennes et recenser les lacunes fonctionnelles dans l'allocation des ressources afin d'appuyer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques, programmes et services nationaux et/ou infranationaux axés sur les troubles neurologiques.
- b) Soutenir la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants aux processus décisionnels liés aux mécanismes de financement internationaux.
- c) Contribuer à l'élaboration de modèles de financement novateurs, comme un fonds d'aide internationale, afin de subventionner et de financer les coûts des produits de diagnostic et des traitements, et de compenser les coûts associés à l'orientation des patients (comme les frais de déplacement et les services et interventions de spécialistes).
- d) Soutenir la responsabilisation et l'efficacité de l'utilisation des ressources dans les systèmes de soins de santé afin d'allouer les maigres ressources de manière optimale et d'améliorer la qualité et l'efficacité en limitant le plus possible le gaspillage des ressources.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : FOURNIR UN DIAGNOSTIC, UN TRAITEMENT ET DES SOINS EFFICACES ET ADAPTÉS, EN TEMPS OPPORTUN

45. Les troubles neurologiques sont une cause importante de mortalité, de morbidité et de handicap. Ils exigent de déployer des efforts intersectoriels concertés afin de répondre aux besoins des personnes qui risquent de les développer ou qui en sont atteintes, en leur fournissant un accès équitable à des soins de santé efficaces et à des interventions et services sociaux, éducatifs et professionnels au niveau local.

46. L'intégration de la prise en charge des troubles neurologiques dans les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ainsi que la fourniture de médicaments et de produits de diagnostic essentiels et la formation et l'accompagnement des agents de santé, des aidants et familles des personnes atteintes de ces troubles sont autant de mesures conformes aux principes de la couverture sanitaire universelle ainsi qu'au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et aux ODD.

47. Pour améliorer la qualité de la vie et le bien-être des personnes atteintes de troubles neurologiques, mais aussi pour éviter les complications, réduire les hospitalisations et les interventions onéreuses et prévenir les décès prématurés et le handicap, il faut un système de santé solide qui adopte une démarche centrée sur la personne et une stratégie de coordination des soins, et qui soit axé sur un diagnostic, un traitement et une prise en charge efficaces, adaptés, et fournis en temps opportun, sur de longues périodes.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 2

Cible mondiale 2.1

D'ici à 2031, 75 % des pays auront intégré les troubles neurologiques dans les prestations de la CSU.

Cible mondiale 2.2

D'ici à 2031, 80 % des pays fourniront, dans le cadre des soins primaires, les médicaments essentiels et les technologies de base nécessaires à la prise en charge des troubles neurologiques.

2.1 Parcours de soins

48. Pour mettre en place des soins interdisciplinaires pour les personnes atteintes de troubles neurologiques, il faut des lignes directrices fondées sur des protocoles et des pratiques qui reposent elles-mêmes sur des données probantes, une organisation par étapes de soins et une approche fondée sur le parcours de vie.

49. Les services et parcours de soins, notamment l'accès à des soins d'urgence de qualité, doivent permettre de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leurs aidants et de leur famille, qu'ils vivent dans des zones urbaines ou rurales, et être ouverts aux groupes de populations vulnérables, y compris les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, les enfants, les personnes âgées, les personnes exposées à la violence domestique et fondée sur le genre, les détenus, les réfugiés, les populations déplacées et les migrants, les populations autochtones et d'autres groupes, en fonction du contexte national.

50. Un parcours de soins doit englober toutes les étapes du parcours de vie, depuis la grossesse et la petite enfance jusqu'au grand âge. Il englobe les soins de suite prodigués aux enfants et aux adolescents atteints de troubles neurologiques, notamment pour aider ces derniers à opérer la transition vers l'âge adulte.

51. Les affections neurologiques ont des répercussions sur les capacités fonctionnelles des personnes et réduisent souvent leur mobilité, leurs capacités de communication, leurs fonctions cognitives et leurs capacités d'autoprise en charge, nécessitant alors une réadaptation. Cependant, les besoins en réadaptation des personnes atteintes de troubles neurologiques restent largement insatisfaits : seuls 16 % des pays déclarent disposer de services de réadaptation neurologique spécialisés et 17 % indiquent disposer d'unités de réadaptation générale offrant de tels services.¹

¹ ATLAS Country Resources for Neurological Disorders, second edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

52. En raison des niveaux élevés de dépendance et de morbidité des personnes atteintes de troubles neurologiques, et sachant la complexité de leurs besoins, il est essentiel de disposer de toute une gamme de soins de santé et de services sociaux coordonnés, y compris de soins palliatifs pour soulager la douleur ; d'un soutien psychosocial et spirituel et d'une aide à la planification des soins ; et d'interventions visant à améliorer la qualité de vie.

53. Dans la mesure du possible, les parcours de soins doivent inclure l'accès à des installations neurochirurgicales où réaliser des actes chirurgicaux requis dans le traitement des affections neurologiques telles que les tumeurs, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques aigus.

54. La continuité des soins peut être optimisée à l'aide de solutions de santé numériques qui favorisent un plus grand partage d'informations entre les prestataires de soins, les personnes atteintes de troubles neurologiques et les aidants et permettent des consultations à distance (télésanté).

55. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Élaborer, pour les personnes atteintes de troubles neurologiques, des parcours de soins et d'aide sociale coordonnés reposant sur des bases factuelles, dans le cadre de la CSU, afin de leur donner accès à des soins de qualité quand et où elles en ont besoin, tout au long de la vie. Cela suppose une intégration à plusieurs niveaux des systèmes de santé et d'aide sociale, par exemple en recourant à des équipes de soins interdisciplinaires, des annuaires des services et un système de dossiers médicaux, et des mécanismes d'orientation. Il faut en particulier :

- améliorer l'accès équitable à des soins de qualité pour les affections neurologiques aiguës (cas urgents) et chroniques ;
- renforcer les soins aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire, y compris les installations médicales et chirurgicales ;
- développer des services neurologiques communautaires avec la participation d'autres prestataires de soins, comme les guérisseurs traditionnels, et promouvoir l'autoprise en charge ; et
- promouvoir la continuité des soins entre les prestataires et les niveaux du système de santé, y compris par l'orientation et le suivi, en veillant à ce que les services de soins de santé primaires soient étayés par des services spécialisés dans les hôpitaux et les services de santé communautaires, dotés eux-mêmes de mécanismes efficaces d'orientation et de réorientation.

b) Élaborer des stratégies pour rationaliser l'allocation des ressources et rendre plus efficace la collaboration entre les acteurs des secteurs public, privé et non gouvernemental, notamment par :

- la mise en œuvre de modèles de soins adaptés au contexte, novateurs et intégrés, du diagnostic à la fin de vie, dans les secteurs sanitaire et social ;
- la promotion, la mise en œuvre et l'élargissement de solutions et technologies de santé numérique dans les systèmes de soins et d'aide sociale ; et
- la constitution d'équipes et de réseaux de soins de santé et d'aide sociale interdisciplinaires et le renforcement des capacités des professionnels de la santé et de l'aide sociale.

- c) Faire le point sur les services connexes existants, comme ceux pour la santé mentale, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la vaccination, et d'autres programmes pertinents de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, afin de trouver des possibilités d'intégration de la prévention, du diagnostic précoce et de la prise en charge des troubles neurologiques et des comorbidités non-neurologiques.
- d) Promouvoir un accès équitable aux services de réadaptation en cas de handicap associé à une affection neurologique en renforçant les systèmes de santé à tous les niveaux, des structures hospitalières spécialisées à la réadaptation communautaire.
- e) Mettre au point de nouveaux services, conseils et protocoles et/ou renforcer ceux existants pour appuyer, en amont, la mise en œuvre de mécanismes d'orientation et de coordination des soins palliatifs et pour garantir aux personnes atteintes de troubles neurologiques un accès équitable aux soins palliatifs.
- f) S'attacher activement à recenser et à fournir des soins et un soutien adaptés aux groupes de population particulièrement exposés au risque de troubles neurologiques ou ayant un accès limité à ces services, tels que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, les personnes âgées et d'autres groupes spécifiques, en fonction du contexte national ; et promouvoir l'intégration et la continuité des soins assurés par les prestataires spécialisés dans la prise en charge des adultes et des enfants, afin de faciliter le passage à l'âge adulte pour les adolescents atteints de troubles neurologiques.
- g) En partenariat avec les intervenants humanitaires, intégrer les besoins de soutien dans les plans de préparation aux urgences de sorte que les personnes atteintes de troubles neurologiques préexistants ou dus à une situation d'urgence, par exemple à la suite de lésions traumatiques, aient accès à des services d'aide suffisamment sûrs.
- h) Donner aux personnes atteintes de troubles neurologiques et à leurs aidants les moyens de participer à la planification et à la prestation des services et leur permettre de faire des choix avisés et de prendre des décisions éclairées qui répondent à leurs besoins en mettant à leur disposition des informations accessibles et fondées sur des données probantes, notamment sur les parcours de soins depuis la détection et le diagnostic jusqu'au traitement (y compris l'autoprise en charge) et à l'accès aux soins.

56. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Fournir aux États Membres des orientations et un soutien technique afin qu'ils intègrent des interventions présentant un bon rapport coût/efficacité contre les troubles neurologiques, leurs facteurs de risque et leurs comorbidités dans leur système de santé et les ensembles de prestations de la CSU.
- b) Apporter un appui technique aux États Membres dans le recueil et la mise en commun des meilleures pratiques de prestation de soins reposant sur des données probantes tout au long de la vie, dont la prestation de services et la coordination des soins interdisciplinaires, en mettant l'accent sur la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.
- c) Fournir une assistance technique et des orientations stratégiques pour soutenir la préparation aux situations d'urgence et faire en sorte que les personnes atteintes de troubles neurologiques aient accès à des services suffisamment sûrs.

57. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Associer activement toutes les parties intéressées, tous secteurs confondus – y compris les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et les membres de leur famille – à l'élaboration et à la prestation de soins intersectoriels et interdisciplinaires coordonnés et de parcours de soins neurologiques intégrés assurant la continuité des soins, dont la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs.
- b) Faciliter le partage de connaissances et le dialogue pour examiner et améliorer les efforts de renforcement des services de santé à l'échelon local à la suite de situations d'urgence humanitaire, en collaboration avec les institutions multilatérales et régionales compétentes, les organisations représentant les personnes atteintes de troubles neurologiques et d'autres organisations de la société civile.
- c) Produire des données factuelles et mettre au point des outils pour soutenir les programmes d'accès aux soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.
- d) Faciliter les initiatives menées en partenariat avec les parties intéressées pour soutenir les personnes atteintes de troubles neurologiques, leur famille et leurs aidants et les encourager à accéder aux soins et services de neurologie, au moyen d'outils technologiques de formation et d'information qui soient adaptés aux usagers et reposent sur des données factuelles, tels que le programme iSupport,¹ et/ou en mettant en place des services d'assistance et des sites Web nationaux proposant des informations accessibles.

2.2 Médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé

58. Les médicaments, les produits de diagnostic et les autres produits de santé, tels que les technologies d'assistance, les produits biologiques et la thérapie cellulaire et génique, sont essentiels à la prévention, au diagnostic et au traitement pour réduire la mortalité et la morbidité chez les personnes atteintes de troubles neurologiques et améliorer leur qualité de vie.

59. Les médicaments essentiels jouent un rôle central dans la prévention et le traitement des troubles neurologiques. Par exemple, s'il existe des médicaments contre la sclérose en plaques capables de ralentir l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de la vie de nombreuses personnes, leur disponibilité et leur accessibilité économique restent limitées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

60. L'utilisation de dispositifs médicaux, notamment des techniques d'imagerie et de diagnostic *in vitro* (par exemple, la neuro-imagerie, les ponctions lombaires et la microscopie) peuvent réduire la morbidité grâce à une détection précoce et en ralentissant la progression de la maladie. Même lorsque des outils de diagnostic efficaces sont disponibles, ils ne sont pas toujours économiquement abordables ni accessibles, en raison du manque d'infrastructures, de matériel et de personnel qualifié.

61. Les technologies d'assistance permettent aux gens de mener une vie saine, productive, indépendante et digne et réduisent le recours aux services structurés de santé et d'accompagnement des patients, aux soins de longue durée et aux aidants. Malgré les besoins, peu de personnes ont accès à ces produits en raison de leur coût important, de connaissances insuffisantes à leur sujet, d'une offre limitée, du manque de personnel qualifié et de l'insuffisance des politiques et du financement. Pour améliorer l'accès aux produits d'assistance pour ceux qui en ont le plus besoin, ces aides devraient être disponibles à tous les niveaux des services de santé, en particulier à l'échelon des soins primaires, et être intégrés à la CSU.

¹ iSupport for dementia. Training and support manual for carers of people with dementia. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

62. La production rapide de nouveaux médicaments et molécules que l'on observe pour certains troubles neurologiques est un modèle à suivre pour d'autres affections neurologiques ou troubles de santé. Les obstacles actuels à l'accès au traitement et à l'accessibilité économique devraient être recensés en vue de les lever et d'ouvrir ainsi la voie à des médicaments plus abordables et disponibles.

63. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Promouvoir l'inclusion, la mise à jour et la disponibilité de médicaments et de produits de santé essentiels, efficaces, sûrs, abordables et de qualité contre les troubles neurologiques dans les listes nationales de médicaments essentiels, conformément à la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, à la Liste OMS des dispositifs médicaux prioritaires pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète, à la Liste OMS des dispositifs médicaux prioritaires pour la prise en charge du cancer et à la Liste OMS des produits d'assistance prioritaires, tout en intégrant l'accès aux médicaments placés sous contrôle et en réduisant au minimum le risque d'usage inadapté ; recenser les principaux obstacles à l'accès dans les différents groupes de population (y compris dans les situations d'urgence) et les stratégies pour s'y attaquer de façon systématique.

b) Promouvoir un usage adéquat, transparent et durable des médicaments essentiels pour la prévention et la prise en charge des troubles neurologiques, par des mesures telles que l'assurance de la qualité, les procédures d'homologation préférentielles, la substitution par des produits génériques et des biosimilaires, l'utilisation des dénominations communes internationales et des mesures d'incitation financière, le cas échéant. Optimiser la formation des professionnels de santé, des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants, y compris en mobilisant des stratégies à bases factuelles pour traiter les comorbidités et intervenir face aux événements indésirables et aux interactions médicamenteuses imputables notamment à la polymédication.

c) En s'appuyant sur la Liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic *in vitro* essentiels, favoriser la disponibilité, l'accès et l'utilisation des produits de diagnostic applicables tels que les dispositifs de microscopie, d'électrophysiologie et d'analyse génétique ou les technologies de neuro-imagerie comme la tomographie assistée par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Améliorer les infrastructures et former les techniciens et les agents de santé à l'utilisation de ces technologies.

d) Établir des cadres réglementaires transparents et prévoir des ressources et des capacités suffisantes pour garantir que les normes de qualité, d'innocuité et d'éthique sont respectées pour les produits de santé et les produits de diagnostic tels que les biothérapies, les tests génétiques, les tests génétiques préimplantatoires et les produits d'assistance comme les aides auditives, les fauteuils roulants et les prothèses.

e) Améliorer la disponibilité des médicaments et produits de santé essentiels pouvant sauver des vies afin de pouvoir prendre en charge les troubles neurologiques dans les situations d'urgence humanitaire.

64. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Agir plus rapidement et apporter un soutien technique aux États Membres afin de renforcer l'accès équitable aux médicaments, aux produits de diagnostic et aux autres produits de santé, au bénéfice des personnes atteintes de troubles neurologiques, en particulier en établissant des normes et des critères à vocation mondiale et au moyen de réglementations fondées sur des données probantes et adaptées au contexte ; de bonnes pratiques d'achat et de fabrication fondées sur des normes ; et de formations aux aspects techniques, législatives et réglementaires.

b) Mettre à jour la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, la Liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic *in vitro* essentiels, les Listes OMS de dispositifs médicaux prioritaires, la Liste OMS des produits d'assistance prioritaires et d'autres documents pertinents afin de s'assurer qu'ils sont adaptés aux affections neurologiques et que des moyens existent pour la mise en place et l'utilisation en temps opportun de traitements et de produits de diagnostic efficaces.

65. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Encourager toutes les parties intéressées à mener des activités pour promouvoir les efforts visant à améliorer l'accès à des médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé – tels que les produits de neuro-imagerie – abordables, sûrs, efficaces et de qualité.

b) Apporter un soutien au renforcement mondial, régional, intergouvernemental, national et/ou local des processus de réglementation et d'achat (y compris par des groupements d'achats, des mécanismes de financement de la santé innovants et le renforcement des moyens humains) afin de promouvoir l'accès aux médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé et leur usage approprié.

c) Encourager la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants aux processus de recherche-développement et de mise en œuvre pour les nouveaux médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé.

2.3 Renforcement des capacités, formation et soutien au bénéfice des agents de santé

66. Pour améliorer les résultats sanitaires, il est crucial d'associer plusieurs catégories de personnels : les professionnels requis en matière de neurologie (avec, notamment, des médecins spécialistes en neurologie de l'adulte ou de l'enfant et des neurochirurgiens) ; d'autres prestataires de soins, y compris, mais sans s'y limiter, des psychologues, des psychiatres, des radiologues, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes ; et, au niveau des soins de santé primaires, des agents de santé compétents correctement formés à l'identification et à la prise en charge des troubles neurologiques.

67. La formation théorique et pratique de ressources humaines issues de plusieurs disciplines, incluant notamment des travailleurs sociaux, des spécialistes de la réadaptation formés aux affections neurologiques, des techniciens (spécialisés en électrophysiologie, en imagerie ou en techniques de laboratoire), des pharmaciens, des ingénieurs biomédicaux, des agents de santé communautaires, des aidants (notamment familiaux) et des guérisseurs, le cas échéant, est nécessaire pour pouvoir prodiguer des soins centrés sur la personne à celles et ceux qui sont atteints de troubles neurologiques, réduire la mortalité et la morbidité et améliorer la qualité de la vie.

68. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Réunir et appliquer des données factuelles adaptées au contexte pour :

- établir des programmes et des politiques dotés de ressources suffisantes pour répondre aux besoins futurs prévus en personnels de santé compte tenu des changements démographiques, du vieillissement de la population et de la prévalence de maladies telles que la démence, les accidents vasculaires cérébraux et la maladie de Parkinson ; et

- instituer une rémunération et des incitations adéquates pour les agents de santé et les travailleurs sociaux formés aux troubles neurologiques afin de les inciter à travailler dans les régions mal desservies et à s’y installer durablement.
- b) Renforcer les capacités du personnel de santé et de l’aide sociale à identifier et à prendre en charge rapidement les troubles neurologiques, y compris les comorbidités fréquentes et pouvant être traitées, telles que les maladies infectieuses, les lésions cérébrales hypoxo-ischémiques périnatales, l’hypothyroïdie, la cataracte et les maladies non transmissibles. Ces initiatives devraient mettre l’accent sur le renforcement des ressources humaines existantes, spécialistes comme généralistes et auxiliaires médicaux compris, selon ce qu’exigent leurs fonctions. Elles devraient notamment consister :
- à mettre en œuvre des programmes de formation sous différentes formes (par exemple, la formation en ligne du Programme d’action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP)) destinés aux agents de santé généraux et spécialisés et aux travailleurs sociaux pour leur permettre de prodiguer des soins neurologiques fondés sur des bases factuelles, culturellement adaptés et centrés sur les droits humains, y compris en combattant la stigmatisation et la discrimination, au bénéfice de tous et tout au long de la vie ;
 - à développer les perspectives de carrière du personnel de neurologie, en renforçant la formation postuniversitaire et en travaillant en partenariat avec les sociétés médicales pour améliorer l’attractivité du secteur de la santé du cerveau ;
 - à élargir les programmes d’enseignement existants et à offrir une formation continue sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurologiques ;
 - à étendre les fonctions du personnel de neurologie à l’encadrement et à l’accompagnement des agents de santé généralistes qui assurent des interventions de neurologie ;
 - à tirer parti du potentiel des agents de santé communautaires et à renforcer la collaboration avec les autres prestataires de soins informels, tels que les guérisseurs traditionnels, par une formation, un accompagnement et une supervision efficaces ; et
 - à veiller à ce que les personnes atteintes de troubles neurologiques participent à la planification, à la mise au point et à la conduite des formations, selon qu’il conviendra.
- c) Apporter un soutien aux agents de santé et aux travailleurs sociaux pour la mise en place et la généralisation des services utilisant les technologies de l’information et de la communication, tels que la télémédecine, l’Internet et la téléphonie mobile en vue d’étendre les soins neurologiques aux zones reculées et faiblement dotées en ressources et d’appuyer les services à domicile.

69. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Apporter aux États Membres des outils adaptés pour intégrer les besoins en soins neurologiques dans la planification systématique pour les agents de santé, en se fondant sur le suivi et la collecte des meilleures données disponibles et en suivant une approche fondée sur le marché du travail dans le secteur de la santé. Lors de la planification, il sera essentiel de recenser les lacunes dans les services, de déterminer la formation et les compétences de base dont les agents de santé et les travailleurs sociaux ont besoin sur le terrain ainsi que les besoins en formation en soins neurologiques avancés.

b) Fournir un appui aux États Membres dans le renforcement des capacités du personnel de santé et d'aide sociale, y compris les prestataires de soins informels, en s'attachant à promouvoir, à renforcer et à élaborer des orientations et des outils et en appliquant des modèles de formation centrés sur les compétences pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des troubles neurologiques.

70. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Faciliter les échanges d'informations sur les meilleures pratiques et la diffusion des résultats en rapport avec le perfectionnement et la formation des agents de santé en vue de soutenir les efforts nationaux en faveur de la prévention et de la prise en charge des troubles neurologiques.

b) Appuyer la mise en œuvre de programmes de renforcement des capacités, notamment par la formation théorique et pratique, pour les agents de santé généraux et spécialisés, afin de leur permettre d'identifier les troubles neurologiques et de réaliser des interventions reposant sur des données probantes de sorte à promouvoir le diagnostic, le traitement et la prise en charge des troubles neurologiques.

c) Aider les autorités nationales à mettre en place des infrastructures de soins de santé et des capacités institutionnelles adéquates pour la formation du personnel de santé en vue de renforcer les systèmes de santé et de développer l'offre de services de qualité.

2.4 Soutien aux aidants

71. Les troubles neurologiques ont de profondes conséquences sur les personnes, leur famille et les collectivités. Ces troubles étant de nature chronique, ils nécessitent souvent des soins continus, prodigués en grande partie par des aidants informels.

72. Les aidants peuvent être définis par leur relation avec la personne atteinte d'une affection neurologique comme par les soins qu'ils prodiguent. De nombreux aidants sont des parents, mais des amis proches ou des bénévoles peuvent également assumer de telles responsabilités. Les aidants apportent des soins et un soutien d'ordre pratique aux personnes atteintes de troubles neurologiques et jouent un rôle important dans l'organisation des soins prodigués tout au long de la vie.

73. Les aidants sont confrontés au stress, aux contraintes liées à leurs fonctions, à des charges financières, à l'isolement social, et au deuil en cas de perte d'êtres chers. Leur rôle et les difficultés qu'ils rencontrent peuvent varier en fonction de leur âge et selon qu'ils s'occupent d'enfants, d'adolescents ou de personnes âgées.

74. Prendre soin d'une personne atteinte de troubles neurologiques peut avoir une incidence sur la santé, le bien-être et les relations sociales de l'aidant. Le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence présente les principales mesures de soutien aux aidants qui sont également pertinentes pour les autres affections neurologiques.

75. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Mettre au point des mécanismes pour associer les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants à la planification des soins, à l'élaboration des politiques et à l'examen juridique et supprimer les obstacles afin de favoriser leur participation, tout en tenant compte des souhaits et des préférences des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs familles.

- b) Fournir des informations accessibles et fondées sur des données probantes sur les ressources disponibles dans la communauté, telles que les programmes de formation, les soins de relève, les services de santé mentale et d'autres ressources adaptées aux besoins des aidants de personnes atteintes de troubles neurologiques.
- c) Dans le cadre des soins neurologiques communautaires, offrir des programmes de formation, en collaboration avec des parties prenantes compétentes, au personnel de santé et aux travailleurs sociaux afin de repérer et de réduire les problèmes de stress chez les aidants.
- d) Élaborer ou renforcer les mécanismes visant à protéger les aidants, y compris par la mise en place de prestations sociales et financières (par exemple, pension, congé ou aménagement des horaires de travail) et de politiques et législations destinées à réduire la stigmatisation et la discrimination et à apporter aux aidants un soutien allant au-delà de leur rôle de prise en charge.

76. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Épauler les États Membres dans l'élaboration et l'évaluation d'informations fondées sur des preuves, de données, de programmes de formation et de services de relève pour les aidants de personnes atteintes de troubles neurologiques, au moyen d'une approche intersectorielle qui soit conforme à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
- b) Faciliter l'accès à des ressources abordables et reposant sur des données factuelles qui permettent aux aidants de personnes atteintes de troubles neurologiques d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences concernant ces troubles, de réduire leur stress émotionnel et d'améliorer leur capacité à faire face aux situations, ainsi que leur efficacité personnelle et leur santé, notamment en utilisant des ressources telles que le Programme mhGAP de l'OMS, le programme iSupport, le programme mDementia,¹ le programme de formation qualifiante pour les personnes chargées des soins aux enfants atteints de troubles ou de retards du développement et d'autres mesures en faveur de l'éducation, du développement des compétences et du soutien social.

77. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Mieux faire connaître les conséquences liées au fait de s'occuper de personnes atteintes de troubles neurologiques, notamment la nécessité de protéger les aidants de la discrimination, de les aider à poursuivre les soins tout au long de l'évolution de la maladie et de les encourager à défendre leur propre cause.
- b) Soutenir la mise en œuvre de programmes de formation des aidants et des familles qui soient centrés sur la personne et adaptés au contexte et à la culture pour favoriser leur bien-être et pour améliorer leurs connaissances et compétences tout au long de l'évolution des troubles neurologiques, en partant des ressources existantes comme le programme iSupport et le Programme mhGAP de l'OMS.

¹ Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

78. La promotion de la santé du cerveau et la prévention des troubles neurologiques supposent d'agir sur les facteurs de risque modifiables tout en renforçant les facteurs de protection, particulièrement aux étapes critiques du développement cérébral.

79. La promotion du développement optimal du cerveau tout au long de la vie commence dès la période préconceptionnelle et la grossesse, se poursuit à l'enfance et l'adolescence, et entretient des rapports avec le vieillissement en bonne santé. Elle suppose d'encourager un comportement favorable à la santé, une nutrition adéquate, la lutte contre les maladies infectieuses, la prévention des traumatismes crâniens et rachidiens et la réduction de l'exposition à la violence et aux polluants présent dans l'environnement.

80. La CSU représente une dimension clé pour promouvoir la santé et le bien-être du cerveau. Il est important à cet égard de s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques par une action intersectorielle coordonnée qui tienne compte des enjeux liés au genre. Une collaboration avec les populations locales, y compris les peuples autochtones, devrait être nouée pour étudier des moyens culturellement appropriés et respectueux des coutumes et des valeurs locales de prévenir les troubles neurologiques.

81. Une approche « Une seule santé »¹ devrait être appliquée aux troubles neurologiques en vue de concevoir et de mettre en œuvre des programmes, des politiques, des lois et des travaux de recherche fondés sur des échanges entre de multiples secteurs et associant la santé publique, la santé animale et végétale et l'environnement, ce qui contribuera à la prévention de ces troubles et, par conséquent, à de meilleurs résultats sanitaires.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 3

Cible mondiale 3.1

D'ici à 2031, 80 % des pays auront au moins un programme intersectoriel opérationnel de promotion de la santé du cerveau et de prévention des troubles neurologiques tout au long de la vie.

Cible mondiale 3.2

Atteinte des cibles mondiales se rapportant à la prévention des troubles neurologiques, telles que définies dans les textes suivants :

- Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Vaincre la méningite à l'horizon 2030 : une feuille de route mondiale ; et
- Chaque nouveau-né : Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables.

¹ « Une seule santé ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/one-health>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

3.1 Promotion des comportements sains tout au long de la vie

82. Promouvoir la santé du cerveau tout au long de la vie suppose de mettre l'accent sur les comportements sains. Il existe des liens réciproques forts entre plusieurs troubles neurologiques, tels que la démence et les accidents vasculaires cérébraux, et des MNT telles que l'hypertension, le diabète, l'obésité et d'autres troubles connexes, ainsi qu'avec des facteurs de risque comportementaux tels que l'inactivité physique, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool.

83. La compréhension des facteurs de risque qui contribuent au fardeau des maladies neurologiques peut éclairer les mesures préventives et améliorer les stratégies élaborées pour modifier le cours de la maladie.

84. Le tabagisme est un facteur de risque comportemental associé à des troubles neurologiques tels que l'accident vasculaire cérébral, la démence et la sclérose en plaques. On estime que le tabagisme passif était responsable de 4 % du fardeau des accidents vasculaires cérébraux en 2010.¹

85. L'usage nocif de l'alcool, par exemple sa consommation massive, peut avoir un effet direct sur le système nerveux et entraîner des troubles neurologiques tels que la dégénérescence cérébelleuse, les neuropathies, les myopathies, le delirium tremens et une carence en thiamine pouvant conduire à une encéphalopathie de Wernicke ou à un syndrome de Korsakoff. Il contribue également aux accidents de la route, à la violence, aux chutes et aux lésions du cerveau et de la moelle épinière qu'ils peuvent occasionner.

86. Une bonne hygiène du sommeil est nécessaire pour la santé et le bien-être général des enfants et des adultes. Un sommeil irrégulier peut être un facteur de risque pour certains troubles neurologiques et les personnes atteintes de troubles neurologiques voient souvent leur sommeil perturbé.²

87. La modification des facteurs de risque comportementaux peut renforcer la capacité à faire des choix plus favorables à la santé et à suivre des modèles de comportement sains qui favorisent une bonne santé du cerveau et réduisent le fardeau des troubles neurologiques. Par exemple, chez les personnes atteintes de troubles neurologiques chroniques tels que la maladie de Parkinson, l'exercice et une activité physique régulière sont associés à des bénéfices sociaux et mentaux et sur la santé du cerveau ainsi qu'à une meilleure qualité de vie, à un meilleur fonctionnement et à une réduction du fardeau supporté par les aidants.

88. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Soutenir les interventions qui ont démontré leur capacité à réduire le risque de troubles neurologiques tout au long de la vie, en mettant en œuvre des stratégies en faveur de comportements sains, notamment en s'attachant à promouvoir le sevrage tabagique, l'arrêt de toute consommation excessive d'alcool, la vaccination et une plus grande activité physique, conformément au Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, à la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, aux Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité et aux Lignes directrices de l'OMS sur la réduction des risques de déclin cognitif et de démence. Ces mesures devraient être engagées en collaboration avec les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et les autres parties intéressées.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Organisation mondiale de la Santé, 2016.

² Worldwide Project on Sleep and Health. Project Overview. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

- b) Élaborer et mettre en œuvre des stratégies assorties de ressources suffisantes, à l'échelle de la population, pour promouvoir une nutrition et une alimentation saines, telles qu'on les retrouve dans le Plan d'application exhaustif de l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et en suivre l'application.
- c) Promouvoir un aménagement urbain qui améliore l'accès au sport, à l'éducation, aux transports et à l'activité physique de loisir afin de promouvoir l'activité et de permettre aux gens de se détourner d'un mode de vie sédentaire.

89. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Fournir un appui technique et renforcer les capacités et moyens d'action mondiaux, régionaux et nationaux pour :
 - sensibiliser l'opinion aux liens qui existent entre les troubles neurologiques et d'autres maladies non transmissibles ; et
 - mettre en œuvre des stratégies pour la réduction et la maîtrise des facteurs de risque modifiables des troubles neurologiques, en élaborant des lignes directrices fondées sur des données probantes proposant des interventions de soins de santé coordonnées et d'un bon rapport coût/efficacité et en mettant en œuvre les lignes directrices pertinentes de l'OMS dans les processus nationaux de planification de la santé et les programmes de développement.
- b) Étoffer, partager et diffuser des données factuelles en vue de soutenir les interventions visant à réduire les facteurs de risque de troubles neurologiques potentiellement modifiables en encourageant les lieux de travail sains, la promotion de la santé dans les écoles et les autres établissements d'enseignement, les initiatives villes-santé, la prise en compte de la dimension sanitaire dans le développement urbain et la protection sociale et environnementale.

90. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Promouvoir et généraliser, au niveau de la population, des stratégies pour la santé du cerveau qui couvrent les différentes classes d'âge, tiennent compte des enjeux de genre et se fondent sur l'équité, aux niveaux national, régional et international, afin d'encourager les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et leur famille à adopter des comportements favorables à la santé.
- b) Faciliter l'échange de connaissances et de meilleures pratiques à bases factuelles afin de soutenir les mesures qui ont démontré leur capacité à réduire le risque de troubles neurologiques tout au long de la vie, conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, à la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, à la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et à d'autres stratégies pertinentes.

3.2 Lutte contre les maladies infectieuses

91. Les conséquences neurologiques de maladies infectieuses telles que la méningite, l'encéphalite, la neurocysticercose, le paludisme, l'infection à VIH, la toxoplasmose, la poliomyélite, les maladies à entérovirus, la syphilis et la rage contribuent à la morbidité et à la mortalité mondiales, en particulier dans les populations marginalisées les plus vulnérables, et peuvent entraîner des conséquences tout au

long de la vie (par exemple, des déficiences visuelles et auditives, des retards de développement ou encore un handicap moteur ou cognitif), lesquelles peuvent nécessiter des soins de suite spécialisés, dont la réadaptation. Pourtant, bon nombre de ces conséquences neurologiques peuvent être évitées grâce aux programmes de vaccination et à la lutte contre les maladies infectieuses.

92. L'émergence d'infections zoonotiques neurotropes a plusieurs causes, notamment l'intensification agricole non durable, ainsi que l'utilisation accrue des espèces sauvages et leur exploitation.¹

93. Si des progrès ont été accomplis contre les maladies infectieuses à l'échelle mondiale, les infections épidémiques, notamment celles liées au virus Zika et au SARS-CoV-2, ont mis en lumière l'importance de ces efforts dans la prévention des troubles neurologiques. Ainsi, on estime que la pandémie de COVID-19 devrait avoir une incidence sur la santé du cerveau tout au long de la vie, les stades aigu et post-aigu de la maladie étant accompagnés de manifestations neurologiques très variées.

94. **Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre**

a) Mettre en œuvre des programmes de prise en charge, d'éradication, d'élimination et de maîtrise des maladies infectieuses et des programmes de vaccination reposant sur les orientations de l'OMS, par exemple la Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030, les lignes directrices sur la prise en charge de la neurocysticercose à *Taenia solium* et la Feuille de route mondiale pour vaincre la méningite à l'horizon 2030. Intégrer des méthodes de lutte contre d'autres maladies neuro-infectieuses courantes et accessibles au traitement (comme les encéphalites) ainsi que leurs traitements dans les secteurs de la santé et de l'agriculture, conformément aux orientations de l'OMS sur la prévention des maladies au moyen d'environnements sains.²

b) Soutenir et promouvoir la disponibilité de produits de diagnostic rapides et abordables pour les infections du système nerveux (par exemple, ponction lombaire, microscopie, neuroimagerie).

c) Collaborer avec l'ensemble des parties prenantes et des secteurs intéressés en vue d'atténuer les risques de maladies infectieuses émergentes à l'origine de troubles neurologiques. Une coordination étroite et des mesures intersectorielles au sein du secteur de la santé et au-delà (par exemple lutte antivectorielle, eau et assainissement, santé animale, hygiène de l'environnement et éducation) seront nécessaires pour optimiser les synergies.

d) Créer des plans opérationnels nationaux pour mettre en œuvre des interventions contre les maladies neurologiques conformément à l'approche « Une seule santé » en élaborant un plan coordonné qui précise les responsabilités des parties prenantes pour les mesures appliquées à l'être humain, au monde animal, à l'alimentation et aux écosystèmes, et en traitant les animaux pour prévenir la transmission des agents pathogènes neuro-infectieux, par exemple par des vaccinations de masse des chiens afin de prévenir la rage.

e) Promouvoir les campagnes de vaccination et partager les connaissances sur l'utilité des vaccinations comme méthode de réduction des handicaps neurologiques.

¹ Programme des Nations Unies pour l'environnement et International Livestock Research Institute. Preventing the Next Pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission. Nairobi, Kenya ; 2017.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

95. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Fournir un appui technique, des outils et des orientations aux États Membres afin de sensibiliser à la lutte contre les maladies infectieuses à l'échelle mondiale, régionale et nationale et de réduire le risque d'infections zoonotiques et de résistance aux antimicrobiens et aux insecticides, notamment en mettant en place des politiques relatives au commerce et à l'élevage du bétail ou des autres animaux.

b) Mettre en évidence les conséquences neurologiques de la pandémie de COVID-19 et donner des orientations sur la façon de les gérer afin de renforcer la riposte des pays et d'améliorer la prestation de services à tous les niveaux du système de santé.

96. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

Promouvoir la collaboration multipartite du secteur de la santé et au-delà, en adoptant une approche « Une seule santé », conformément au Programme 2030 et aux ODD.

3.3 Prévention des traumatismes crâniens/rachidiens et des handicaps associés

97. Les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière requièrent des soins médicaux complexes et onéreux. En 2016, l'incidence mondiale des traumatismes cérébraux était de 27 millions et celle des lésions de la moelle épinière, proche d'un million.¹ Les traumatismes dus aux accidents de la circulation et les chutes constituent le plus grand nombre de nouveaux cas de traumatismes cérébraux. D'autres causes telles que la maltraitance des enfants, la violence conjugale et les blessures liées à la pratique sportive sont également évitables.

98. Chaque année, 37 millions de chutes sont suffisamment graves pour nécessiter une consultation médicale. Elles touchent essentiellement les adultes âgés de 60 ans et plus, en particulier si des comorbidités altérant l'ambulation existent, telles que la démence, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques.²

99. Les principaux facteurs de risque d'accidents de la circulation incluent la vitesse ; la consommation d'alcool ou de drogues ; le non-port du casque ; le défaut d'utilisation de la ceinture de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfants ; une visibilité insuffisante des piétons ; les distractions ou la fatigue du conducteur ; et une application inadéquate de la législation routière.

100. De nombreux traumatismes liés à la pratique du sport peuvent également provoquer des traumatismes cérébraux et des lésions de la moelle épinière. Un traumatisme crânien léger répétitif est associé à une encéphalopathie traumatique chronique et augmente le risque de démence. La sensibilisation, les lois et les politiques visant à éduquer les professionnels du sport, les parents et les athlètes, et l'application de politiques imposant le port du casque ou de dispositifs de protection sont nécessaires pour prévenir certains traumatismes cérébraux et certaines lésions de la moelle épinière.

101. Malgré le nombre élevé de lésions de la tête et de la moelle épinière dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il subsiste un manque de services, de capacités et de spécialistes formés en

¹ Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.*2019;18(1):56-87. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30415-0.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

neurochirurgie et en neuroréadaptation, qui sont essentiels pour prévenir l'invalidité à long terme et fournir des soins de suivi aux survivants de traumatismes cérébraux et de lésions de la moelle épinière.

102. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Mettre en œuvre les recommandations présentées dans le Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation et proposées par la Commission pour la sécurité routière mondiale.¹ Ces recommandations portent sur la gestion de la sécurité routière, la sécurité des routes et la mobilité, la sécurité des véhicules et des usagers de la route, une meilleure réactivité aux urgences consécutives aux accidents et une réadaptation de plus longue durée pour les victimes.
- b) Consolider les systèmes d'information pour collecter des données sur les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière afin d'approfondir les connaissances sur l'ampleur du problème et ses conséquences.
- c) Promouvoir des sports de contact plus sûrs et élaborer et mettre en œuvre des politiques et une éducation obligatoire pour les athlètes, les parents et les entraîneurs afin de les informer sur les risques et les complications neurologiques, comme l'épilepsie, liés aux traumatismes cérébraux et aux lésions de la moelle épinière.
- d) Élaborer et mettre en œuvre des politiques, des normes et des interventions efficaces pour rendre plus sûrs les espaces domestiques et collectifs pour les personnes âgées, notamment pour ce qui est du manque d'éclairage, des sols glissants, des tapis mal fixés et de l'absence de barrières de sécurité sur les lits, comme préconisé dans la Stratégie et le Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé.

103. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Rassembler et diffuser les données factuelles et les meilleures pratiques pour prévenir ou réduire les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière, notamment concernant la prévention des accidents de la circulation et des chutes par la mise en œuvre du Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière.
- b) Fournir des conseils, des pratiques reposant sur des faits scientifiques et un appui technique pour la réadaptation précoce et le soutien aux personnes touchées par les conséquences cognitives ou physiques à long terme de traumatismes cérébraux et de lésions de la moelle épinière, afin de minimiser les impacts physiques et psychologiques et de protéger ces personnes contre la discrimination et la stigmatisation.

104. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Promouvoir la collaboration entre plusieurs parties prenantes pour sensibiliser à la sécurisation des réseaux routiers et aux mesures de protection, pour le bien de l'ensemble des usagers de la route, notamment les plus vulnérables (piétons, cyclistes et motocyclistes) afin de prévenir les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière.
- b) Promouvoir le partage des connaissances et faciliter le renforcement aux niveaux mondial, régional, intergouvernemental et national des politiques sur la conduite sans risque et les

¹ Make Roads Safe: A New Priority for Sustainable Development. Commission for Global Road Safety; 2006.

traumatismes liés à la pratique sportive, et promouvoir les initiatives nationales visant à accroître le port du casque conformément au manuel de l'OMS intitulé « Casques : manuel de sécurité routière à l'intention des décideurs et des praticiens ».

3.4 Réduction des risques environnementaux

105. L'exposition aux risques environnementaux et professionnels peut avoir une influence directe sur la santé du cerveau. Par exemple, en 2019, environ 5 % de la charge mondiale des accidents vasculaires cérébraux, calculée en perte d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), étaient attribuables à la pollution de l'air ambiant.¹ Partout dans le monde, les communautés vulnérables sont plus exposées aux toxines environnementales en raison des conditions dans lesquelles elles vivent et travaillent.

106. Les encéphalopathies induites par les toxines, notamment l'exposition à des métaux lourds tels que le plomb,² le mercure et les polluants atmosphériques (monoxyde de carbone, etc.), peuvent causer de graves préjudices pour la santé et le système nerveux, dans tous les groupes d'âge.³

107. Une corrélation a été établie entre la maladie de Parkinson et l'exposition professionnelle et non professionnelle aux pesticides et au trichloréthylène, un solvant industriel.⁴ Par ailleurs, les polluants environnementaux, tels que la lumière vive, une qualité d'air inadéquate et le bruit, peuvent déclencher des migraines.⁵

108. Les changements climatiques font partie des nombreux changements touchant l'environnement de manière concomitante à l'échelle mondiale qui influent à la fois sur la santé humaine et sur les affections neurologiques, souvent du fait d'interactions. Par exemple, la transmission vectorielle de virus neurotropes, tels que le virus Zika, le virus de l'encéphalite japonaise et le virus du Nil occidental, dépend aussi bien du climat, des mouvements de la population, du déboisement, des modes d'utilisation des terres, des pertes de diversité biologique, de la topologie des surfaces d'eaux douces que de la densité des populations humaines.⁶

109. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Promouvoir les collaborations conjointes entre les ministères intéressés (environnement, santé, eau, assainissement, etc.), afin d'associer promotion de la santé du cerveau et prévention des troubles neurologiques au moyen de stratégies axées sur la promotion de conditions de travail

¹ Voir GBD Compare.Viz Hub. Institute for Health Metrics and Evaluation ; 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Élimination des peintures au plomb à l'échelle mondiale : pourquoi et comment les pays devraient agir : note technique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ Sécurité chimique. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/health-topics/chemical-safety#tab=tab_1, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *Lancet Neurol.* 2016;15(12):1257–1272. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30230-7 ; Ascherio A, Chen H, Weisskopf MG, O'Reilly E, McCullough ML, Calle EE, et al. Pesticide exposure and risk for Parkinson's disease. *Ann Neurol.* 2006;60(2):197–203. doi: 10.1002/ana.20904.

⁵ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

⁶ Changement climatique et santé. Principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

et environnementales et d'un mode de vie favorables à la santé, conformément aux orientations de l'OMS sur la prévention des maladies grâce à un environnement sain.¹ En particulier :

- accélérer l'élimination des peintures au plomb au niveau mondial par des mesures réglementaires et juridiques ;
- élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des programmes de promotion et de protection de la santé dans tous les secteurs pour limiter l'exposition aux pesticides et à d'autres substances chimiques prioritaires, telles que le trichloréthylène, auxquels des effets neurotoxiques ont été associés ; et
- s'attaquer aux aspects sanitaires de l'exposition au mercure et aux composés du mercure grâce à la collaboration entre les autorités sanitaires, les autorités en matière d'environnement et d'autres intervenants.

b) En partenariat avec des organisations non gouvernementales, le secteur privé et d'autres parties prenantes intersectorielles, intégrer les déterminants environnementaux spécifiques à la santé du cerveau et aux troubles neurologiques dans des stratégies d'atténuation plus larges visant à réduire l'impact des changements climatiques, notamment des interventions et des politiques qui favorisent l'accès à un air pur (air des habitations et air ambiant), telles que la réduction des combustibles fossiles et la promotion de l'utilisation de fourneaux plus propres, ainsi qu'à une eau potable, à un assainissement et à une hygiène adéquats.

110. Mesures à prendre par le Secrétariat

Aider les États Membres à évaluer et à mettre en œuvre des options fondées sur des données probantes qui répondent à leurs besoins et à leurs capacités, afin d'évaluer l'impact des politiques publiques, de la production de données factuelles et des orientations relatives aux risques environnementaux tels que la pollution atmosphérique, les métaux lourds, les pesticides et les solvants industriels sur la santé du cerveau et la prévention des troubles neurologiques.

111. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Défendre, aux niveaux national, régional et international, les orientations de l'OMS sur la prévention des maladies grâce à un environnement sain et souligner l'incidence majeure des changements climatiques sur la santé du cerveau, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à ses objectifs de développement durable.
- b) Collaborer avec les parties prenantes afin de soutenir l'élaboration de normes internationales pour les polluants environnementaux (par exemple, émissions, fumée secondaire, niveaux de toxines environnementales) afin d'orienter la législation.
- c) Appuyer la recherche pour comprendre la contribution des facteurs de risque environnementaux à la morbidité et à la mortalité des troubles neurologiques, en particulier dans les milieux faiblement dotés en ressources.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

3.5 Promotion d'un développement optimal du cerveau chez les enfants et les adolescents

112. Les premiers stades de la vie, notamment le stade fœtal et la naissance, présentent une occasion particulièrement importante de promouvoir la santé du cerveau et de prévenir les troubles neurologiques qui peuvent avoir des conséquences à vie, le cerveau d'un enfant se développant et s'adaptant rapidement en réponse à l'environnement immédiat, à la nutrition et à la stimulation.

113. L'optimisation du développement cérébral durant les années d'apprentissage suppose de créer les conditions propices à des soins attentifs¹ et à un soutien à la famille et à l'éducation des enfants au moyen de politiques, de programmes et de services publics. Les collectivités et les personnes chargées des soins sont alors en mesure de veiller à la bonne santé des enfants et à une nutrition adéquate tout en les protégeant des dangers.

114. Il a également été démontré que l'accès à l'éducation institutionnelle et à l'éducation inclusive pour les enfants ayant un handicap améliore les résultats en matière de santé du cerveau. Tous les enfants et les adolescents doivent pouvoir vivre, étudier et créer des liens sociaux dans des environnements favorables, sains et sûrs, à l'abri de la stigmatisation, de la discrimination ou du harcèlement. L'exposition à des conditions difficiles en début de vie, telles que la maltraitance, le défaut de soins, l'expérience de la guerre ou du conflit, une nutrition maternelle inadaptée (par exemple une carence en acide folique ou en fer), la mauvaise santé d'un aidant, l'usage de substances psychoactives, les infections congénitales (par exemple le syndrome TORCH, la toxoplasmose, la rubéole, le cytomégalovirus ou l'herpès) ou les complications à la naissance, peut avoir des effets délétères sur le cerveau en développement et des conséquences à long terme sur la santé du cerveau.

115. Certains polluants présents dans l'environnement ont un effet connu sur le neurodéveloppement. C'est notamment le cas de la pollution atmosphérique, des métaux lourds présents dans le sol et l'eau, du plomb dans la peinture à usage domestique, du mercure dans les aliments d'origine marine, des expositions professionnelles et des pesticides.² Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à la toxicité du plomb, une exposition, même à des niveaux faibles, pouvant entraîner une baisse de la faculté de concentration, des troubles du comportement et un moindre niveau d'instruction atteint.

116. L'activité physique peut être bénéfique pour la santé des enfants et adolescents atteints d'affections neurologiques. Il est donc recommandé de limiter les comportements sédentaires, tels que les divertissements sur écran (télévision et ordinateur) et les communications numériques, par exemple par téléphone mobile. De plus, une bonne hygiène du sommeil chez les enfants et les adolescents maximise les avantages pour la santé et le développement du cerveau.

117. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Élaborer, financer et mettre en œuvre des stratégies pour promouvoir un bon développement du cerveau et prévenir les troubles neurologiques chez l'enfant et l'adolescent, en s'attachant particulièrement à l'intervention précoce et à la réadaptation.
- b) Optimiser les soins de santé périnataux et infantiles, y compris le travail et l'accouchement sans risques pour prévenir les lésions cérébrales hypoxo-ischémiques, les soins intensifs néonataux, le recours à des professionnels de l'accouchement, le contact peau à peau (méthode

¹ Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

« mère kangourou »), l'allaitement maternel, les soins de santé mentale de la mère, une nutrition adéquate, la vaccination et les interventions relatives au développement de l'enfant pour la prestation de soins adaptés et l'apprentissage précoce conformément au Cadre de soins attentifs de l'OMS. Encourager et renforcer l'évaluation neurodéveloppementale chez les enfants et les adolescents afin de faciliter un diagnostic et une intervention précoces.

c) En partenariat avec les autorités nationales de réglementation compétentes et les parties prenantes intéressées, élaborer, renforcer et suivre des politiques et des plans d'action nationaux sur l'allaitement, l'alimentation et la nutrition, conformément à la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, au plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, et à l'ensemble des recommandations de l'OMS sur le marketing des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.¹

d) Accélérer la pleine mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire l'exposition fœtale, le tabagisme passif de l'enfant et le tabagisme chez l'adolescent.

e) Élaborer et mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, des politiques et programmes nationaux intersectoriels et complets visant à réduire l'usage nocif de l'alcool pendant la grossesse, afin de prévenir les complications telles que les troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

f) Promouvoir l'accès des adolescents aux interventions recommandées dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, y compris dans les situations de crise humanitaire et les environnements fragiles. Apporter un soutien aux interventions visant à promouvoir la santé et le développement du cerveau des adolescents et mettre en place, selon qu'il conviendra, des espaces accueillants pour les adolescents, afin d'apporter une première réponse aux besoins de protection, de bien-être psychosocial et d'éducation non institutionnalisée des adolescents.

g) Élaborer des politiques assorties de moyens suffisants pour proposer une éducation physique de meilleure qualité dans les établissements d'enseignement, notamment en offrant des occasions de pratiquer une activité physique avant, pendant et après la journée scolaire. Les parcs, zones arborées et espaces verts des centres urbains peuvent améliorer localement la qualité de l'air et offrir aux enfants un refuge adapté au jeu. Mettre en œuvre les lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité, notamment les recommandations sur le temps de loisirs devant un écran.

h) Renforcer les mécanismes de surveillance des indicateurs de base pour la santé et le développement du cerveau des enfants et des adolescents, notamment les facteurs de risque et de protection.

118. Mesures à prendre par le Secrétariat

Fournir un appui technique, des outils et des orientations aux États Membres et renforcer les capacités nationales pour promouvoir un développement optimal du cerveau chez l'enfant et l'adolescent à travers :

- une amélioration du pouvoir mobilisateur, au sein des ministères de la santé et d'autres secteurs, pour l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de stratégies nationales

¹ Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

et/ou infranationales fondées sur des données factuelles et pour la planification intersectorielle des ressources connexes visant à optimiser le développement du cerveau chez l'enfant et l'adolescent ; et

- la compilation et le partage des connaissances et des meilleures pratiques relatives aux politiques existantes qui portent sur le développement au cours de la petite enfance et de l'adolescence, y compris des codes de pratique et des mécanismes permettant d'évaluer la protection des droits humains.

119. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et programmes en faveur des enfants et des adolescents qui visent à remédier à la maltraitance, au défaut de soins, à la nutrition inadéquate de la mère, aux problèmes de santé des aidants, à l'usage de substances psychoactives (telles que l'alcool et le tabac), aux infections congénitales, aux complications à la naissance et à la présence de polluants dans l'environnement, aux niveaux mondial, régional, national et/ou infranational.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : FAVORISER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION ET RENFORCER LES SYSTÈMES D'INFORMATION

120. Des données issues d'une recherche de qualité doivent être générées pour éclairer les politiques, la planification et l'élaboration de programmes axés sur les troubles neurologiques. Elles jetteront une lumière nouvelle sur les services de santé, les modèles de soins et les traitements efficaces, et favoriseront l'innovation et un accès équitable aux produits comme les technologies médicales liées aux troubles neurologiques, notamment pour la prévention, la réduction des risques, le diagnostic précoce, le traitement, la guérison éventuelle et les soins.

121. La complexité de la recherche sur le cerveau et de la recherche en neurologie nécessite une meilleure coordination de l'environnement de recherche, supposant une participation multipartite, des partenariats public-privé et l'allocation de ressources suffisantes. Dans ce contexte, il est essentiel de cultiver un environnement qui favorise les collaborations en matière de recherche, y compris le partage des données, afin de réduire les doubles emplois, de cerner les lacunes en matière de connaissances, d'accélérer l'innovation et de renforcer les capacités dans les milieux à faible revenu.

122. Il convient de donner la priorité à la recherche sur la mise en œuvre, notamment à l'évaluation des systèmes de santé, afin d'exploiter et d'étendre les stratégies de prévention et de traitement des troubles neurologiques. Une telle démarche facilitera le suivi des interventions et permettra la reproduction et l'adaptation des interventions couronnées de succès.

123. Une meilleure représentation des pays à revenu faible ou intermédiaire dans l'environnement de la recherche en neurosciences devrait également tenir compte des besoins nationaux et locaux afin que les stratégies de diagnostic et de prise en charge des troubles neurologiques soient adaptées au contexte.

124. Afin de mieux soutenir et guider la recherche et le développement de solutions novatrices aux troubles neurologiques, les programmes de recherche doivent intégrer une participation véritable des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leur famille et de leurs aidants.

125. La planification efficace d'interventions ciblées et leur mise en place doivent s'appuyer sur des données solides, normalisées et facilement accessibles. Pourtant, les données sur les troubles

neurologiques font fortement défaut, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans les pays à revenu élevé.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 4

Cible mondiale 4.1

D'ici à 2031, 80 % des pays collecteront régulièrement des données sur un ensemble d'indicateurs de base concernant les troubles neurologiques et en rendront compte tous les trois ans a minima, au travers de leurs systèmes nationaux de données et d'information sanitaires.

Cible mondiale 4.2

La production de la recherche mondiale sur les troubles neurologiques sera doublée d'ici à 2031.

4.1 Investissement dans la recherche

126. Pour réduire l'incidence des troubles neurologiques et améliorer la vie des personnes qui en sont atteintes, des investissements soutenus dans la recherche biomédicale, clinique et translationnelle et dans la recherche sur la mise en œuvre sont essentiels afin d'orienter les mesures de prévention, le diagnostic, le traitement et les soins, et de créer des possibilités de guérir davantage de troubles neurologiques.

127. Toutes les activités de recherche et d'innovation liées aux troubles neurologiques doivent être ancrées dans l'équité, la diversité et l'inclusion, et accroître la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques.

128. Les investissements dans la recherche neurologique devraient s'accompagner d'une collaboration accrue entre les États Membres et les parties concernées, et veiller particulièrement au renforcement de la coopération mondiale et régionale. La mise en avant d'un programme de recherche mondial en neurologie augmentera la probabilité d'obtenir des progrès réels dans la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins pour les personnes atteintes de troubles neurologiques, tout en réduisant les doubles emplois et la redondance des axes de recherche et des coûts.

129. Afin de stimuler la recherche et le développement en neurologie, il faut une action concertée visant à créer des infrastructures de recherche, renforcer les ressources humaines en recherche-développement et intensifier la collaboration entre la communauté des chercheurs, les professionnels de la santé, les personnes atteintes de troubles neurologiques et le secteur privé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

130. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Accroître les investissements dans la recherche et améliorer la gouvernance de cette activité en tant qu'élément constitutif de l'action nationale contre le fardeau des troubles neurologiques. Faciliter la mise au point de nouveaux produits de diagnostic, traitements, technologies et innovations pour les personnes atteintes de troubles neurologiques ou présentant un risque d'en développer. Ces innovations recouvrent notamment l'utilisation des mégadonnées, l'intelligence artificielle, les produits de diagnostic, la médecine de précision, les outils de suivi et d'évaluation des maladies, les technologies d'assistance, les produits pharmaceutiques et les nouveaux modèles de soins.

- b) Soutenir les collaborations nationales, régionales et internationales en matière de recherche sur les troubles neurologiques afin de produire de nouvelles connaissances sur la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de ces troubles, et traduire en actions les faits observés dans ce domaine médical. Encourager le partage des données de recherche et le libre accès à ces informations.
- c) Renforcer les connaissances et les capacités des décideurs sur le besoin d'innovation dans le domaine de la santé du cerveau et souligner l'importance de financer en priorité la recherche sur les troubles neurologiques dans les instituts nationaux de recherche.
- d) Renforcer les capacités institutionnelles nationales en matière de recherche et d'innovation, par exemple pour la mise au point de nouveaux médicaments pour le traitement des troubles neurologiques, notamment pour les enfants, en améliorant les infrastructures, les équipements et les fournitures de recherche.
- e) Impliquer et soutenir les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et les organisations qui les représentent afin qu'elles participent activement au processus de recherche, de la planification à la mise en œuvre.

131. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Soutenir les appels à une augmentation des investissements dans la recherche sur les troubles neurologiques, à travers l'établissement des priorités en matière de recherche et la définition des thèmes à traiter dans les domaines de la recherche biomédicale, clinique et translationnelle et de la recherche sur la mise en œuvre aux niveaux mondial, régional et national.
- b) Mobiliser les centres collaborateurs de l'OMS, les établissements universitaires, les organisations et les alliances qui s'intéressent à la recherche, en vue de renforcer les moyens de recherche sur les troubles neurologiques.
- c) Soutenir les mécanismes de coordination internationale pour faciliter l'harmonisation des efforts de recherche mondiaux en neurologie et favoriser une communication et un échange d'information réguliers entre les intervenants afin de bâtir une communauté des chercheurs connectée à l'échelle mondiale.
- d) Offrir des conseils et un appui technique aux États Membres pour la mise au point de nouveaux produits de diagnostic et traitements et de technologies innovantes en lien avec les troubles neurologiques, et de mécanismes visant à en garantir l'équité d'accès et de déploiement, en particulier dans les milieux faiblement dotés en ressources.

132. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Promouvoir la recherche sur les troubles neurologiques et obtenir le soutien financier nécessaire, participer à des activités de définition des priorités et contribuer à la diffusion des résultats des travaux de recherche dans une langue simple auprès des décideurs, du public et des personnes atteintes de troubles neurologiques ainsi que de leur famille et de leurs aidants.
- b) Inviter la communauté de la recherche, les professionnels de la santé, les décideurs et le secteur privé à promouvoir l'innovation et le développement de nouveaux outils et traitements liés aux troubles neurologiques, tout en garantissant un accès équitable et abordable à ces produits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

- c) Apporter un soutien à l'action menée au niveau national pour renforcer les capacités en matière de recherche-développement, d'innovation et de partage des connaissances, notamment par le renforcement des capacités institutionnelles, les collaborations entre chercheurs et la création de bourses de recherche et d'études sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des troubles neurologiques.
- d) Soutenir la recherche sur la mise en œuvre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de générer des connaissances sur les obstacles à l'intégration du traitement des troubles neurologiques dans les soins cliniques généralisés et sur les stratégies efficaces pour surmonter ces obstacles.

4.2 Systèmes de données et d'information

133. La disponibilité des données sur les soins de santé et la protection sociale relatives aux troubles neurologiques peut aider à cerner les lacunes en matière de prestation de services, améliorer l'accessibilité et la coordination des soins pour les personnes atteintes de troubles neurologiques et promouvoir une meilleure compréhension et une meilleure détection des changements et des tendances à l'échelle de la population.

134. Les systèmes d'information sur les troubles neurologiques sont souvent rudimentaires ou absents, en particulier dans les pays à faible revenu, ce qui rend difficile l'acquisition de données sur la disponibilité et l'utilisation des services neurologiques et sur les besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants.

135. L'intégration systématique de données de routine, en population, dans les systèmes d'information sanitaire, et le suivi régulier des troubles neurologiques au regard d'un ensemble d'indicateurs de base, sont deux préalables essentiels à la définition de mesures fondées sur des éléments scientifiques visant à améliorer les services et à mesurer les progrès de l'application des programmes nationaux se rapportant aux troubles neurologiques et à la santé du cerveau.

136. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Intégrer le suivi des troubles neurologiques dans les systèmes d'information sanitaire courants et à tous les niveaux de soins, afin de définir, compiler et communiquer systématiquement des données de base ventilées par sexe, par âge et selon d'autres indicateurs d'équité afin d'améliorer la prestation des services neurologiques et les stratégies de promotion et de prévention, et de mieux connaître les déterminants sociaux des troubles neurologiques.
- b) Encourager l'utilisation de registres de patients, les programmes de surveillance, l'analyse et la publication de données sur la disponibilité, l'évaluation de l'utilisation et la couverture des services et des traitements efficaces relatifs aux troubles neurologiques.
- c) Appuyer la collecte de données et les renvois à d'autres mécanismes de suivi et de responsabilisation afin d'éviter les doubles emplois au niveau des pays.

137. Mesures à prendre par le Secrétariat

Apporter un appui technique aux États Membres afin qu'ils :

- élaborent des systèmes nationaux de collecte des données ou les améliorent, afin de renforcer la collecte de données sur les troubles neurologiques ;
- renforcent les capacités et les ressources nationales pour la collecte et l'analyse systématiques des données relatives aux troubles neurologiques, et pour une exploitation facilitée de ces informations ;
- élaborent un ensemble d'indicateurs de base et de cibles conformes au présent plan d'action, à d'autres plans d'action mondiaux et aux cadres de suivi de l'OMS afin de suivre les résultats relatifs aux troubles neurologiques.

138. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Aider les États Membres à mettre en place des systèmes de surveillance et d'information et des registres dans lesquels sont consignés les indicateurs de base et l'évaluation des résultats des traitements de troubles neurologiques pour les patients.
- b) Encourager et faciliter la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leur famille et leurs aidants à la collecte, à l'analyse et à l'exploitation des données sur les troubles neurologiques.
- c) Soutenir la création d'espaces d'échange et de dialogue entre les pays sur les meilleures pratiques en matière de collecte, de gestion et d'utilisation des données.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : RENFORCER L'APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉGARD DE L'ÉPILEPSIE

139. L'épilepsie touche des personnes de tous âges, sexes, races et niveaux de revenu. Les populations pauvres et celles qui vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire supportent une charge disproportionnée, ce qui constitue une menace pour la santé publique et le développement économique et social.

140. Dans de nombreuses régions du monde, les personnes atteintes d'épilepsie et leur famille souffrent de stigmatisation et de discrimination en raison de l'ignorance, des idées fausses et des attitudes négatives entourant la maladie. L'éducation, l'emploi, le mariage et la reproduction sont autant de domaines souvent sources de multiples difficultés pour elles.

141. Le risque de décès prématuré chez ces personnes est trois fois supérieur à celui observé dans la population générale. Parmi les causes les plus importantes, citons la mort subite inattendue en épilepsie, l'état de mal épileptique, les brûlures, la noyade et le suicide. La surmortalité est plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et est associée à un manque d'accès aux établissements de santé, à d'importantes lacunes en matière de traitement et à l'incapacité d'agir sur les causes potentiellement évitables de l'épilepsie.

142. L'épilepsie coexiste souvent avec d'autres problèmes de santé qui peuvent l'aggraver, y compris d'autres troubles neurologiques, ce qui nécessite une approche synergique pour traiter les affections concomitantes.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 5

Cible mondiale 5.1

D'ici à 2031, les pays auront augmenté la couverture des services liés à l'épilepsie de 50 % par rapport à la couverture en 2021.

Cible mondiale 5.2

D'ici à 2031, 80 % des pays auront élaboré ou mis à jour leur législation en vue de promouvoir et de protéger les droits humains des personnes atteintes d'épilepsie.

5.1 Accès aux services de prise en charge de l'épilepsie

143. L'épilepsie se traite très bien et plus de 70 % des personnes qui en sont atteintes pourraient vivre sans convulsions si elles avaient accès à un traitement antiépileptique adapté, notamment à ceux qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité et qui figurent dans la Liste modèle OMS des médicaments essentiels. Malgré cela, les lacunes de la couverture thérapeutique sont estimées à 75 % dans les pays à revenu faible et sont nettement plus élevées dans les zones rurales que dans les zones urbaines.¹

144. Les importantes lacunes de la couverture thérapeutique peuvent être dues à la fois à une capacité amoindrie des systèmes de santé, à une répartition inéquitable des ressources et au faible niveau de priorité accordé aux soins antiépileptiques. Parmi les facteurs qui aggravent ces lacunes, citons le manque de personnel, l'accès limité aux médicaments antiépileptiques, le manque de connaissances et d'assurance des personnels en soins de santé primaires en matière de prise en charge des cas d'épilepsie, les perceptions erronées et la stigmatisation.

145. Par leur approche centrée sur la personne, les soins de santé primaires permettent de répondre aux besoins de santé des personnes atteintes d'épilepsie. S'il existe une volonté politique et en combinant différentes stratégies innovantes, la prévention, le diagnostic et le traitement de l'épilepsie peuvent être intégrés dans les services de santé primaires à moindre coût, même dans les milieux à faibles ressources.

146. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Élaborer des modèles de soins pour l'épilepsie qui font la promotion de soins primaires de haute qualité centrés sur la personne en tant que pierre angulaire des services de santé intégrés tout au long de la vie, et renforcer dans ce sens ceux qui existent. Des systèmes d'orientation solides et fonctionnels avec des services spécialisés ainsi que des soins pour l'épilepsie rebelle devraient être mis à disposition. Les spécialistes soutiennent l'intégration des soins de l'épilepsie dans les soins de santé primaires, par exemple la confirmation du diagnostic de l'épilepsie, la prise en charge de l'épilepsie rebelle et l'évaluation du recours justifié à une chirurgie résectrice.

b) Améliorer la formation et le soutien en matière de diagnostic de l'épilepsie et de gestion des personnels de soins de santé primaires, notamment des agents de santé en établissement, de proximité et communautaires, du personnel scolaire et des personnels de soin en situation d'urgence, ainsi que la formation spécialisée aux niveaux secondaire et tertiaire.

¹ Epilepsy: a public health imperative. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

c) Élaborer des stratégies de mobilisation significative des communautés afin d'augmenter la demande de services en lien avec l'épilepsie.

d) Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la disponibilité des médicaments antiépileptiques et leur accessibilité, notamment financière, en tenant compte également des besoins spécifiques des enfants, des adolescents et des femmes en âge de procréer.

Les options stratégiques ci-après peuvent être envisagées :

- inclure les médicaments antiépileptiques essentiels dans les listes et formulaires nationaux de médicaments essentiels ;
- renforcer les chaînes d'approvisionnement et les systèmes de sélection ;
- accroître l'approvisionnement et la distribution ; et
- améliorer l'accès aux médicaments soumis à un contrôle, comme le phénobarbital.

e) Améliorer les soins afin de prévenir les causes courantes de l'épilepsie telles que les lésions périnatales, notamment les lésions cérébrales hypoxo-ischémiques, les infections du système nerveux central, les accidents vasculaires cérébraux et les traumatismes cérébraux en favorisant des grossesses et des naissances sans risque, en prévenant les traumatismes crâniens et en maîtrisant les maladies neuroinfectieuses telles que la neurocysticercose, la méningite, l'encéphalite et le paludisme, conformément à d'autres initiatives mondiales.

f) Fournir aux personnes atteintes d'épilepsie de l'information sur leur trouble pour les aider à comprendre l'importance et les avantages de l'observance du traitement et les sensibiliser aux déclencheurs de crises, à la surveillance et aux stratégies fondamentales d'autogestion et d'autoprise en charge (par exemple par un sommeil adéquat et des repas réguliers).

g) Renforcer le suivi et l'évaluation des services liés à l'épilepsie au moyen de systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien, génèrent des données fiables et aident les acteurs locaux, nationaux et mondiaux à exploiter les informations ainsi fournies pour prendre de meilleures décisions et enrichir leurs connaissances. Les données devraient être recueillies auprès de sources multiples, dont les registres et les systèmes de déclaration de maladies, les enquêtes et les ensembles de données administratives et cliniques.

147. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Élaborer et diffuser des orientations techniques pour combler les principales lacunes et renforcer les mesures prises face à l'épilepsie aux niveaux mondial et national en tenant compte des principales considérations en matière de politiques, de mise en œuvre et de recherche.

b) Donner des orientations sur le renforcement de la mise en œuvre du volet « épilepsie » du Programme d'action OMS Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP), dont des recommandations actualisées, afin que des soins de qualité soient dispensés et des interventions fondées sur des données probantes soient menées dans le cadre des soins de santé primaires, avec l'appui des technologies numériques.

- c) Offrir un soutien aux États Membres pour la collecte et le partage des meilleures pratiques en matière de prestation de services fondés sur des données probantes et de coordination des soins dans la prise en charge de l'épilepsie.

148. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Mettre en place des équipes communautaires pour soutenir les personnes atteintes d'épilepsie, leur famille et leurs aidants au sein de la collectivité et renforcer les mécanismes de dialogue avec les praticiens de médecine complémentaire et alternative tels que les guérisseurs.
- b) Plaider en faveur de la disponibilité de médicaments antiépileptiques à des prix abordables à tous les niveaux du système de soins de santé, en particulier dans les centres de soins primaires.
- c) Aider les personnes atteintes d'épilepsie, leur famille et leurs aidants à accéder aux services, par exemple en mettant en place des outils d'information et de formation faciles à utiliser et fondés sur des données factuelles concernant l'épilepsie et les services y afférents, et/ou en créant des sites Web présentant des informations et des conseils au niveau local.
- d) Mener des travaux de recherche sur la mise en œuvre, notamment la diffusion des enseignements à retenir, afin d'accélérer la mise à l'échelle des stratégies efficaces pour renforcer les services liés à l'épilepsie.

5.2 Mobilisation des personnes atteintes d'épilepsie et soutien en leur faveur

149. Les personnes atteintes d'épilepsie et leur famille, quel que soit le niveau de ressources du milieu dans lequel elles vivent, sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination en raison des conceptions erronées et des attitudes négatives qui entourent la maladie, y compris les croyances selon lesquelles une personne atteinte serait possédée par des esprits malins ou la maladie serait contagieuse.

150. La stigmatisation se traduit par des violations des droits humains et l'exclusion sociale. Dans certains endroits, il peut être interdit aux enfants atteints d'épilepsie de fréquenter l'école, et pour les adultes atteints, il peut être difficile de trouver un emploi adapté ou de se marier.

151. Il faut des stratégies novatrices pour renforcer les efforts internationaux et la prise d'initiatives au niveau national visant à appuyer les politiques et les lois en faveur des personnes atteintes d'épilepsie, améliorer les attitudes du public et réduire la stigmatisation dont ces personnes font l'objet tout en respectant pleinement leurs droits humains.

152. Les personnes atteintes d'épilepsie, leurs aidants et les organisations qui les représentent doivent disposer des moyens d'agir et être associés au plaidoyer, aux politiques, à la planification, à la législation, à la prestation de services, au suivi et à la recherche en rapport avec l'épilepsie.

153. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Encourager l'inclusion des points de vue et des besoins des personnes atteintes d'épilepsie et de leur famille dans les politiques de santé pertinentes et dans tous les aspects de la mise en place et du renforcement des services qui soutiennent leur autonomie. Une grande attention doit être accordée à l'égalité des sexes, à la diversité et à l'équité pour renforcer les moyens d'action des plus vulnérables.

- b) Mettre au point une législation qui mette en avant et protège les droits des personnes atteintes d'épilepsie et interdise toute discrimination à leur égard dans des domaines tels que l'éducation, l'emploi, le mariage et la planification familiale, l'obtention d'un permis de conduire et les loisirs, ou renforcer dans ce sens les textes de loi existants. Améliorer la responsabilisation en mettant en place des mécanismes et en utilisant les organismes indépendants existants dans la mesure du possible, pour suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et de la législation relatives à l'épilepsie afin de veiller au respect de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
- c) Faciliter les initiatives communautaires conjointes dans lesquelles les prestataires communautaires jouent un rôle moteur et la société civile participe activement, dans le cadre de la mise à l'échelle des initiatives maîtrisées par la communauté concernant l'épilepsie.
- d) Améliorer l'accès à toute une gamme de services centrés sur la personne, adaptés aux spécificités culturelles et réactifs, notamment en œuvrant en lien avec des organisations non gouvernementales locales et d'autres parties prenantes pour fournir aux personnes atteintes d'épilepsie les informations nécessaires afin qu'elles fassent des choix avisés et prennent des décisions éclairées concernant leur prise en charge.

154. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Soutenir la participation active des personnes atteintes d'épilepsie et de leur famille à l'élaboration de produits techniques, normes et standards qui les concernent.
- b) Aider les États Membres à développer les capacités de base pour s'engager efficacement dans des processus participatifs associant les personnes atteintes d'épilepsie et leur famille et pour tirer parti des résultats obtenus au moment de prendre des décisions.

155. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Veiller à ce que les personnes atteintes d'épilepsie prennent pleinement part aux activités de la collectivité et accroître leur autonomie afin de favoriser leur participation à la vie culturelle, sociale et civique.
- b) Soutenir les activités de plaidoyer et d'éducation du public liées à l'épilepsie à l'intention des agents de santé communautaires, des responsables locaux, des personnes atteintes d'épilepsie et de leur famille afin de corriger les idées fausses, de contrer les attitudes négatives envers les personnes atteintes d'épilepsie et d'informer sur les gestes à accomplir pour aider une personne prise d'une crise convulsive.

5.3 L'épilepsie comme point d'entrée d'autres troubles neurologiques

156. L'épilepsie peut résulter de causes génétiques ou d'autres causes souvent inconnues, mais peut également être une conséquence d'autres affections neurologiques. Par exemple, l'épilepsie peut être consécutive à un AVC, à une infection, à une tumeur cérébrale ou à un traumatisme cérébral. L'épilepsie peut également coexister avec d'autres affections neurologiques. Par exemple, la migraine survient chez environ 19 % des personnes atteintes d'épilepsie et une déficience intellectuelle touche environ 26 % des adultes et entre 30 et 40 % des enfants atteints d'épilepsie.¹

¹ Epilepsy: a public health imperative. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

157. Une crise convulsive peut également être le symptôme d'autres affections telles qu'une infection, un déséquilibre métabolique, une tumeur cérébrale ou une maladie neurodégénérative. Elle peut également signaler une détérioration ou une évolution d'une affection neurologique sous-jacente.

158. De nombreux troubles neurologiques, dont l'épilepsie, partagent des technologies de diagnostic et de thérapie similaires, et des approches semblables en matière de recherche, de pharmacologie et d'aide psychosociale.

159. Un service de prise en charge de l'épilepsie efficace peut représenter une bonne occasion de renforcer la prise en charge d'autres troubles neurologiques. Ainsi, l'épilepsie peut servir de point d'entrée pour accélérer le renforcement des services et du soutien en lien avec l'ensemble de ces types d'affection. D'autres troubles neurologiques, déterminés au regard des priorités nationales, devraient être considérés parallèlement au traitement et aux soins de l'épilepsie afin d'obtenir les meilleurs résultats pour tous. Cette approche peut être applicable dans certaines parties du monde, tandis que dans d'autres cas, les accidents vasculaires cérébraux, la démence et les troubles neurodégénératifs, ou encore les maux de tête (migraine, etc.) peuvent servir de point d'entrée.

160. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Orienter les systèmes de santé afin d'étendre la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins existants de l'épilepsie à la prise en charge des comorbidités en tant qu'élément essentiel à tous les niveaux de soins. Par exemple, des soins de qualité liés à l'épilepsie dispensés par des équipes interdisciplinaires peuvent être appliqués à d'autres troubles neurologiques.

b) Renforcer la capacité des agents de soins de santé primaires à développer des compétences qui vont au-delà des soins de l'épilepsie pour couvrir d'autres troubles neurologiques, y compris le traitement des comorbidités, en s'appuyant sur le programme d'action OMS Comblant les lacunes en santé mentale.¹

c) Tirer parti des produits de diagnostic de l'épilepsie tels que l'électroencéphalogramme (EEG), les technologies de neuro-imagerie (y compris la tomographie par ordinateur et l'IRM) et les services d'aiguillage spécialisés (dont la chirurgie) pour inclure des installations de diagnostic et de prise en charge d'autres troubles neurologiques.

d) Élargir les systèmes d'approvisionnement développés pour les médicaments antiépileptiques afin d'améliorer l'accès à des médicaments efficaces et de qualité pour d'autres troubles neurologiques.

161. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Aider les États Membres à intégrer les soins d'autres affections neurologiques dans les services dispensés d'ordinaire pour l'épilepsie au niveau des soins primaires en fournissant des stratégies, des processus et des outils que les pays appliqueront pour renforcer les capacités des personnels de santé.

¹ Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). Genève, Organisation mondiale de la santé (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

b) Promouvoir et faciliter l'échange de meilleures pratiques aux échelons international, régional et national pour guider la mise en œuvre de modèles de soins intégrés pour l'épilepsie et d'autres troubles neurologiques.

162. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

Activer les réseaux nationaux et faire pression sur les administrateurs, les responsables de l'élaboration des politiques et d'autres intervenants pour qu'ils intègrent les soins pour les comorbidités (c'est-à-dire les problèmes de santé physique et mentale) comme faisant partie intégrante des services de traitement et de prise en charge de l'épilepsie.

ANNEXE 8

PROJET DE 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 PUBLIQUE¹**INTRODUCTION**

1. Selon les dernières estimations mondiales de l'OMS (2018), en 2016, 2,3 milliards de personnes de 15 ans et plus consommaient des boissons alcoolisées et 3,1 milliards de personnes ne buvaient pas d'alcool. On estime qu'en 2016, 283 millions de personnes âgées de 15 ans et plus (237 millions d'hommes et 46 millions de femmes), soit 5,1 % de la population adulte mondiale, souffraient de troubles liés à la consommation d'alcool. La dépendance à l'alcool, forme la plus grave des troubles liés à la consommation d'alcool, touche 2,6 % des adultes, soit 144 millions de personnes, dans le monde.²

2. La charge globale de morbidité attribuable à la consommation d'alcool est inacceptable. Selon les estimations de l'OMS, en 2016, la consommation d'alcool a entraîné quelque 3 millions de décès (5,3 % de l'ensemble des décès) dans le monde et 132,6 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité, ou DALY (5,1 % des DALY). La mortalité imputable à la consommation d'alcool est plus élevée que celle attribuable à des maladies comme la tuberculose, le VIH/sida ou le diabète. En 2016, on estime à 2,3 millions le nombre de décès et à 106,5 millions le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité imputables à la consommation d'alcool chez les hommes. Chez les femmes, ces chiffres étaient de 0,7 million et de 26,1 millions, respectivement. En 2016, l'alcool était responsable de 7,2 % des décès prématurés (de personnes âgées de 69 ans ou moins) dans le monde. Les jeunes ont subi de façon disproportionnée les conséquences de la consommation d'alcool ; en 2016, chez les 20-39 ans, 13,5 % des décès ont été attribués à l'alcool. C'est dans la Région africaine que la charge de morbidité et des traumatismes imputable à la consommation d'alcool standardisée selon l'âge était la plus élevée, alors que les plus hauts pourcentages de décès et de DALY imputables à la consommation d'alcool ont été relevés dans la Région européenne (10,1 % des décès et 10,8 % des DALY), suivie de la Région des Amériques (5,5 % des décès et 6,7 % des DALY). Environ 49 % des années de vie ajustées sur l'incapacité imputables à l'alcool sont attribuables à des maladies non transmissibles et à des troubles mentaux, et environ 40 % sont dues à des traumatismes. Selon les estimations de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dans les pays de l'OCDE et de l'Union européenne, les maladies et les traumatismes entraînés par une consommation d'alcool supérieure à 1 verre par jour pour les femmes et à 1,5 verre par jour pour les hommes pourraient entraîner une baisse de 0,9 an³ de l'espérance de vie.²

3. Depuis l'approbation, en mai 2010, de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, en vertu de la résolution WHA63.13, des progrès ont été réalisés dans la réduction de la consommation mondiale totale d'alcool par habitant. Les niveaux de consommation des personnes âgées de 15 ans et plus sont restés

¹ Voir également le document EB150/7 Add.1.

² Global status report on alcohol and health, 2018 Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (consulté le 5 juin 2021). L'OMS établira en 2022 de nouvelles estimations de la charge de morbidité attribuable à l'alcool pour 2019.

³ OECD (2021). Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris (<https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, consulté le 9 décembre 2021).

relativement stables en 2010 (6,1 litres) et 2015 (6,2 litres), tandis que, selon les dernières estimations de l'OMS disponibles, ils sont passés à 5,8 litres en 2019, ce qui correspond à une réduction relative d'environ 5 % à l'échelle mondiale par rapport à 2010. Les niveaux les plus élevés de consommation par habitant ont été observés dans les pays de la Région européenne.¹ En revanche, la consommation par habitant a augmenté dans la Région de l'Asie du Sud-Est (3,4 et 4,3 litres). Les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les niveaux de consommation, l'évolution des tendances et les risques associés à l'échelle mondiale sont toujours en cours d'évaluation.

4. Le nombre de personnes consommant de l'alcool a baissé dans toutes les Régions de l'OMS entre 2010 et 2019. En 2019, plus de la moitié de la population consommait de l'alcool dans trois des six Régions de l'OMS : les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental. La prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool (soit 60 grammes ou plus d'alcool pur à une occasion au moins et au minimum une fois par mois) a diminué à l'échelle mondiale, passant de 20,6 % en 2010 à 18,5 % en 2016 puis à 18,0 % en 2019 dans la population totale, mais est restée élevée chez les consommateurs, en particulier dans certaines parties d'Europe orientale et dans certains pays d'Afrique subsaharienne (plus de 60 % parmi les personnes consommant de l'alcool à ce moment-là). Dans toutes les Régions de l'OMS, plus la richesse économique du pays est élevée, plus les taux de consommation d'alcool et les taux de prévalence des buveurs actuels sont élevés. Toutefois, dans la plupart des Régions, la prévalence de la consommation occasionnelle de grandes quantités d'alcool est répartie également entre les pays à revenu élevé et ceux à revenu faible. Les deux exceptions à cette tendance sont la Région africaine, où les taux de consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool sont plus importants dans les pays à revenu plus faible que dans les pays à revenu plus élevé, et la Région européenne où, à l'inverse, la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool est plus fréquente dans les pays à revenu élevé.²

5. Dans l'ensemble – malgré certaines tendances à la baisse de la consommation d'alcool, qui sont positives, les décès et les DALY standardisés selon l'âge attribuables à l'alcool et les progrès accomplis dans l'élaboration de politiques relatives à l'alcool au niveau national –, la mise en œuvre de la Stratégie mondiale n'a pas entraîné de réduction considérable de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool et des conséquences sociales qui en découlent. À l'échelle mondiale, les niveaux de consommation d'alcool et de dommages attribuables à l'alcool demeurent inacceptables.

6. À sa cent quarante-sixième session, le Conseil exécutif a examiné le rapport du Directeur général sur la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,³ en particulier son annexe 3 intitulée « Mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool au cours des 10 premières années qui ont suivi son adoption, et voie à suivre », et le rapport sur les conclusions du processus consultatif sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et la voie à suivre.⁴ Dans sa décision EB146(14), le Conseil a également prié le Directeur général « d'élaborer un plan d'action pour la période 2022-2030 afin de mettre effectivement en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique, en consultation avec les États Membres et les parties intéressées, qui sera soumis à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé pour examen, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquantième session en 2022 ». Dans la même

¹ World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² Système d'information mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>, consulté le 25 novembre 2021). Voir aussi WHO Global status report on alcohol and health, 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

³ Document EB146/7.

⁴ Document EB146/7 Add.1.

décision, le Conseil a également prié le Directeur général « d'établir, avant la cent cinquantième session du Conseil exécutif, un rapport technique sur l'usage nocif de l'alcool, en particulier les activités de marketing, de publicité et de promotion transfrontières, notamment celles qui ciblent les jeunes et les adolescents, qui pourrait contribuer à l'élaboration du plan d'action » et « d'affecter suffisamment de ressources aux travaux sur l'usage nocif de l'alcool ».

7. Pour établir le projet de plan d'action demandé (voir l'appendice),¹ le Secrétariat de l'OMS a mené les activités suivantes :

- établissement d'un avant-projet du document de travail en tenant compte des éléments essentiels proposés (avril-juin 2020) ;
- organisation d'une réunion d'experts techniques pour examiner l'avant-projet du document de travail en vue de l'élaboration du plan d'action et du rapport technique sur l'usage nocif de l'alcool, en particulier les activités de marketing, de publicité et de promotion transfrontières (10-12 juin 2020) ;
- finalisation et traduction du document de travail afin qu'il soit disponible dans les six langues officielles de l'OMS, puis consultation en ligne sur le document de travail, ouverte aux États Membres, aux organisations des Nations Unies et à d'autres organisations internationales et acteurs non étatiques (16 novembre-13 décembre 2020) ;
- consultations techniques régionales avec les États Membres sur le document de travail pour l'élaboration du plan d'action (2022-2030) dans :
 - la Région de la Méditerranée orientale (23 février 2021),
 - la Région de l'Asie du Sud-Est (10-11 mars 2021),
 - la Région des Amériques (16-17 mars 2021),
 - la Région européenne (25-26 mars 2021),
 - la Région africaine (31 mars-1^{er} avril 2021), et
 - la Région du Pacifique occidental (par correspondance) (mars-avril 2021) ;
- élaboration du premier projet de plan d'action, sur la base des observations reçues concernant le document de travail dans le cadre des consultations régionales (avril-juin 2021), et traduction de ce projet afin qu'il soit disponible dans les six langues officielles de l'OMS ;
- discussions sur le premier projet avec des représentants d'organisations de la société civile, des points focaux techniques des États Membres, des représentants d'entités des Nations Unies et d'universités lors du troisième Forum OMS sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives (25 juin 2021) ;

¹ Voir le document EB150/7 Add.1.

- dialogue avec les acteurs économiques de la production et du commerce de l'alcool sur les mesures qui leur sont proposées dans le premier projet de plan d'action (29 juin 2021) ;
- consultation en ligne sur le premier projet de plan d'action, ouverte aux États Membres, aux organisations des Nations Unies et à d'autres organisations internationales et acteurs non étatiques (27 juillet-3 septembre 2021) ;
- consultation informelle des États Membres sur le premier projet de plan d'action (31 août 2021) ;
- élaboration du deuxième projet de plan d'action et consultation informelle avec les États Membres sur ce dernier (8 octobre 2021) ; et
- finalisation du projet de plan d'action, compte tenu des observations formulées sur le deuxième projet par les États Membres pendant et après la consultation informelle du 8 octobre 2021.

ANNEXE 9

**PROJET DE RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION ET
LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE, ET
DÉFINITION ÉVENTUELLE DE CIBLES À CET ÉGARD**

ANALYSE DES ASPECTS ESSENTIELS DE L'OBÉSITÉ

1. L'obésité est une maladie multifactorielle complexe qui se définit par un excès d'adiposité nuisant à la santé.¹ Il s'agit aussi d'un des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies non transmissibles (MNT) comme les cardiopathies coronariennes, l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux, certains types de cancer, le diabète de type 2, les affections de la vésicule biliaire, la dyslipidémie, les troubles musculosquelettiques comme l'ostéoartrite, la goutte, ainsi que les pneumopathies, y compris l'apnée du sommeil. L'obésité constitue le facteur de risque modifiable le plus important de diabète de type 2. En outre, les personnes obèses se trouvent souvent confrontées à des problèmes de santé mentale ainsi qu'à différents degrés de limitations fonctionnelles, c'est-à-dire à des handicaps liés à l'obésité,² et sont victimes de préjugés et de discrimination dans la société.³ Il existe différents déterminants et causes de l'obésité entre autres de caractère génétique, biologique, économique ou environnemental, et liés à l'accès aux soins de santé, à la santé mentale, au régime alimentaire, à l'éducation, à des facteurs socioculturels et à des intérêts commerciaux.

2. L'indice de masse corporelle (IMC) est un marqueur de l'adiposité calculé en divisant le poids par la taille, exprimée en mètres, au carré (kg/m²). Il est utilisé aux fins de surveillance de l'obésité dans la population. Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, les catégories de l'IMC définissant l'obésité varient selon l'âge et le genre. Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m², alors qu'un indice de 25 à 29,99 kg/m² définit la pré-obésité, elle aussi associée à un risque accru de maladie. Cette échelle du risque se poursuit, un IMC chez l'adulte supérieur à 25 kg/m² étant considéré comme du surpoids. Chez l'enfant de 5 à 19 ans, l'obésité est définie par un rapport IMC/âge supérieur de plus de deux écarts types à la médiane de la norme de croissance de l'OMS. Chez l'enfant de moins de 5 ans, l'indicateur utilisé est le surpoids, qui intervient lorsque le rapport poids/taille est supérieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'OMS.

3. Au niveau mondial, la prévalence du surpoids et de l'obésité et le nombre de personnes concernées ont augmenté dans toutes les classes d'âge et continueront d'augmenter au cours de la décennie à venir.⁴

¹ CIM-11 Code 5B81.

² ICF-OB : a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. *Eur J Physical Rehab Med.* 2018;54(1):119-21. doi : 10.23736/S1973-9087.17.04836-5.

³ Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. OMS, Série de rapports techniques. 2000;894:i-xii, 1-253.

⁴ Concernant les enfants de moins de cinq ans, les estimations conjointes pour 2020 publiées par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale sur la malnutrition de l'enfant sont disponibles à l'adresse : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicf-who-wb> (consulté le 1^{er} décembre 2021). Les projections non publiées pour 2030 préparées par le Département Nutrition et sécurité alimentaire de l'OMS sont en cours d'actualisation. Elles seront fournies dans la prochaine version de l'article sur les estimations concernant les enfants de 5 à 19 ans ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-))), consulté le 1^{er} décembre 2021). Les projections non publiées pour 2030 sont fournies par le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement. Voir également : Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30 (crude estimate) (%) adults ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-(crude-estimate)-(-))), consulté le 1^{er} décembre 2021). Les projections pour 2030 ne sont pas encore disponibles.

	2000	2020	2030
Enfants de moins de 5 ans en surpoids	33,3 millions	38,9 millions	39,8 millions
Enfants de 5 à 19 ans obèses	52,3 millions	150 millions	254 millions
Adultes en surpoids	1,2 milliard	1,9 milliard	À déterminer ¹
Adultes obèses	0,3 milliard	0,6 milliard	À déterminer

4. Des tendances inquiétantes se dessinent :

- près de la moitié des enfants de moins de 5 ans en surpoids vivent en Asie et plus d'un quart en Afrique ;
- en 2016, la prévalence de l'obésité chez l'enfant de 5 à 19 ans atteignait ou dépassait 20 % environ dans plusieurs pays du Pacifique, de la Méditerranée orientale, des Caraïbes et des Amériques.² À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants et d'adolescents obèses a été multiplié par trois entre 2000 et 2020 ;
- chez l'adulte, c'est dans les pays à revenu intermédiaire – surtout en Asie du Sud-Est et en Afrique – que le taux d'obésité augmente le plus rapidement. À l'échelle mondiale, on prévoit qu'un adulte sur cinq sera obèse d'ici à 2025, aucun pays n'étant en passe d'atteindre les cibles fixées pour juguler l'obésité d'ici là ;
- la plus grande partie de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité ont davantage de répercussions sur la charge de morbidité que l'insuffisance pondérale.³

5. Le surpoids et l'obésité au cours de l'enfance et de l'adolescence sont associés à des conséquences néfastes pour la santé et à une morbidité accrue à l'âge adulte. Il est important de prévenir et de combattre l'excès pondéral chez l'enfant et l'adolescent pour de nombreuses raisons.^{3,4} En effet, il est difficile de perdre du poids et de ne pas en reprendre,⁴ ce qui fait qu'une surcharge pondérale au cours de l'enfance et de l'adolescence conduit souvent au surpoids et à l'obésité à l'âge adulte.⁵

¹ Estimations en cours d'élaboration.

² NCD Risk Factor Collaboration. « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults », *Lancet* 2017;390(10113):2627–2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

³ Prevalence of Obesity. World Obesity (<https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. « The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. », *Obes Rev*, 2015;16 Suppl 1 (Suppl 1):45–54. doi: 10.1111/obr.12255.

⁵ Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. « Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature », *Obes Rev.*, 2008;9(5):474–488. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x.

- Le surpoids affecte la santé immédiate des enfants et des adolescents ; il est associé à un risque plus élevé et à l'apparition plus précoce de diverses MNT comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires.^{1,2,3,4}
- L'obésité de l'enfant et de l'adolescent a différentes conséquences psychosociales indésirables ; elle a des répercussions sur les résultats scolaires et la qualité de vie, aggravées par la stigmatisation, la discrimination et le harcèlement.^{5,6}
- Les enfants obèses risquent fort de le rester à l'âge adulte et présentent un risque accru de développer des MNT en grandissant.

6. Le surpoids et l'obésité à l'âge adulte, notamment dans les populations vieillissantes, sont associés à un taux de mortalité plus élevé toutes causes confondues. Le risque d'être atteint par une forme sévère de COVID-19 est quatre fois plus élevé en cas d'obésité.⁷

7. Les personnes obèses sont souvent victimes de stigmatisation ou de préjugés, y compris de la part des professionnels de santé, ce qui peut avoir des répercussions sur l'accès aux soins, leur qualité et les traitements proposés.⁸ Le surpoids et l'obésité limitent en outre le niveau d'instruction tout au long de la vie et entravent l'accès au marché du travail ; ces affections constituent une charge significative pour le système de santé, la famille, l'employeur et la société dans son ensemble.^{9,10,11}

8. Les coûts de l'obésité et des affections liées à l'obésité augmentent. À l'échelle mondiale, on estime à 990 milliards de dollars des États-Unis le coût annuel total pour les services de santé de la prévalence actuelle de l'IMC trop élevé, ce qui équivaut à plus de 13 % des dépenses de santé.¹² L'obésité entraîne aussi des coûts indirects liés à une baisse de productivité, aux années de vie perdues

¹ Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. « Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935 », *N Engl J Med.*, 1992;327(19):1350–1355. doi: 10.1056/NEJM199211053271904.

² Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU, De Courten, M, Stevenson C, Walls HL, et al. « The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality », *Int J Epidemiol.*, 2011;40(4):985–996. doi: 10.1093/ije/dyr018.

³ Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. « The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review », *Obes Rev.*, 2012;13(11):985–1000. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01015.x.

⁴ Palma Dos Reis CR, et al. « The fetal origins of disease: a prospective cohort study on the association of preeclampsia and childhood obesity », *J Dev Orig Health Dis.*, 2021;1–7.

⁵ Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. « Does being overweight impede academic attainment? A systematic review », *Health Educ J.*, 2014;73:497–521.

⁶ Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. « Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis », *Obes Rev.*, 2017, 18(7):742–754. doi: 10.1111/obr.12535.

⁷ Cai Z, Yang Y and 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.

⁸ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. « Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity », doi: 10.1111/obr.12266.

⁹ Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. « Health-economic burden of obesity in Europe », *Int J Epidemiol.*, 2008;23:499–509. doi: 10.1007/s10654-008-9239-1.

¹⁰ Report of the commission on ending childhood obesity. Genève, OMS, 2016.

¹¹ Shekar M, Popkin B, eds. 2020. « Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge », Human Development Perspectives series. Washington, D. C., Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-1491-4.

¹² Calculating the costs of the consequences of obesity. World Obesity Federation, 2017.

et à une moins bonne qualité de vie. L'ensemble des coûts directs et indirects des soins de santé imputables à l'obésité représente actuellement environ 3,3 % du PIB total dans les pays de l'OCDE.¹

9. Dans les pays à revenu élevé où l'épidémie d'obésité est bien implantée, la prévalence de cette affection est plus élevée dans les groupes socioéconomiques défavorisés. Dans les pays à revenu faible, la prévalence de l'obésité est habituellement plus élevée dans les groupes socioéconomiques plus aisés des villes, mais elle peut par la suite s'étendre à la société dans son ensemble, aussi bien en zone urbaine qu'en milieu rural.²

ACTIVITÉS ANTÉRIEURES DE L'OMS CONCERNANT L'OBÉSITÉ

10. Une consultation d'experts en 1997 a conclu dans son rapport que les causes fondamentales de l'épidémie d'obésité dans le monde sont des modes de vie sédentaires et la consommation d'aliments riches en matières grasses et à forte teneur énergétique, qui résultent tous deux de changements sociétaux et de l'évolution des comportements communautaires consécutifs à l'urbanisation accrue, à l'industrialisation croissante et à la disparition des modes de vie traditionnels. La consultation a recommandé : a) d'utiliser pour la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité des approches de santé publique visant à améliorer les connaissances et les compétences des communautés ainsi qu'à réduire l'exposition à un environnement favorisant l'obésité ; et b) de suivre une approche de services de santé intégrés dans les communautés pour la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les sujets à risque.

11. Des experts consultés en 2002 ont quant à eux souligné dans leur rapport qu'il était important : a) de promouvoir l'allaitement maternel exclusif du nourrisson et d'assurer un apport approprié en micronutriments pour promouvoir la croissance linéaire optimale du nourrisson et du jeune enfant ; et b) entre autres interventions, de restreindre l'apport en aliments énergétiques pauvres en micronutriments (comme les collations pré-emballées) et la consommation de boissons sucrées, de limiter le temps passé par les enfants et les adolescents à regarder la télévision et de promouvoir chez eux un mode de vie actif. Ils ont également mis en lumière d'autres mesures visant notamment à limiter l'exposition des enfants aux pratiques de marketing intensif, à diffuser les informations et les compétences propres à encourager les bons choix en matière alimentaire, à modifier l'environnement pour favoriser l'activité physique à l'école et dans la communauté, et à créer davantage d'occasions pour que les familles interagissent (en prenant par exemple les repas ensemble). Dans les pays de prévalence de la dénutrition, le rapport précisait que les programmes visant à la prévenir ou à y remédier devaient comparer la taille au poids afin d'éviter un apport énergétique excessif aux enfants dont le rapport poids/âge est faible, mais dont le rapport poids/taille est normal. Ces recommandations ont été reprises dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.³ Après la publication du rapport de 2002, des données supplémentaires sont apparues concernant les vecteurs complexes de l'obésité, notamment ses conséquences sur la santé maternelle et fœtale, le rôle de la santé mentale, du sommeil et d'autres facteurs sur le risque d'obésité, et l'effet des changements métaboliques sur la perte durable de poids, ainsi que les innovations concernant certaines options de traitement clinique.

12. Le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (2012) a fixé une cible mondiale tendant à éviter une augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale d'ici à 2025. Parmi les principales mesures visant à réduire le risque de prise de poids excessive chez l'enfant, figuraient notamment les suivantes : 1) intervenir contre l'exposition

¹ The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Health Policy Studies. Paris, OCDE, 2019.

² Pampel FC, Denney JT, Krueger PM. « Obesity, SES, and economic development: a test of the reversal hypothesis », *Soc Sci Med.*, 2012;74(7):1073-1081. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.028.

³ Voir la résolution WHA57.17.

précoce au risque pour améliorer l'état nutritionnel et le profil de croissance ; 2) améliorer les connaissances au niveau communautaire et les normes sociales ; 3) limiter l'exposition des enfants au marketing en faveur de produits alimentaires ; 4) influencer le système et l'environnement alimentaires ; et 5) améliorer la nutrition de proximité.

13. Dans son rapport de 2016, la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a élaboré un ensemble complet de recommandations. Il s'agit notamment : 1) de mettre en œuvre des programmes complets favorisant la consommation d'aliments sains et diminuant celle d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées chez l'enfant et l'adolescent ; 2) de mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l'enfant et l'adolescent ; 3) de renforcer les orientations pour la prévention des MNT et de les intégrer à celles en vigueur actuellement pour les soins avant et pendant la grossesse, afin de réduire le risque d'obésité de l'enfant ; 4) de fournir des orientations et un soutien concernant l'alimentation saine, le sommeil et l'activité physique pendant la petite enfance afin que les enfants grandissent correctement et prennent de bonnes habitudes ; 5) de mettre en œuvre des programmes complets favorisant des milieux scolaires sains, la connaissance des notions de base en santé et en nutrition et l'activité physique chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents ; et 6) de fournir aux enfants obèses et aux jeunes obèses des services centrés sur la famille et le mode de vie et comportant de multiples éléments, afin de les aider à maîtriser leur poids.

14. C'est sur ces travaux, ainsi que sur les nombreuses expériences accumulées par les pays au cours des vingt dernières années, que s'appuient les principes et recommandations qui suivent. On s'efforce actuellement d'élargir la base de connaissances et de mettre au point des approches stratégiques et des modèles de prestation de services supplémentaires.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

15. La prévention et la prise en charge de l'obésité nécessitent un environnement sain, favorable et bienveillant permettant à chacun de s'alimenter de façon saine et équilibrée sur le plan énergétique, de pratiquer une activité physique à un niveau adéquat et de tenir compte de la santé mentale. Dans ses lignes directrices sur l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant,¹ l'OMS recommande un apport en sucres libres inférieur à 10 % de l'apport énergétique total, voire inférieur à 5 %. Dans ses lignes directrices relatives à l'activité physique et au comportement sédentaire des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, l'OMS recommande pour les enfants et les adolescents au moins 60 minutes d'activité physique modérée à intense par jour tout au long de la semaine ; pour les adultes au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique modérée sont recommandées chaque semaine, ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique intense ou un mélange équivalent de ces deux types d'activité tout au long de la semaine. Il se peut que les recommandations concernant l'activité physique doivent être adaptées pour les personnes âgées.

16. Les mesures de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité doivent suivre des approches systémiques dans des domaines spécifiques, et notamment :

- une approche reposant sur l'ensemble du gouvernement et de la société ;
- une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie, dans le cadre de laquelle les efforts de prévention primaires sont susceptibles d'avoir un effet optimal s'ils sont entrepris dès la petite enfance avec l'appui des parents ;²

¹ Guideline : sugars intake for adults and children. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

² Wilkinson TM. « Obesity, equity and choice », *J Med Ethics*, mai 2019;45(5):323–328. doi: 10.1136/medethics-2018-104848.

- des services de santé intégrés offrant la continuité des soins et couvrant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la prise en charge.

17. Les décideurs doivent veiller à ce que les politiques relatives au genre aient des répercussions pour toutes les tranches d'âge, dans tous les groupes socioéconomiques et auprès des populations vulnérables. Les déterminants environnementaux, sociaux et commerciaux du surpoids et de l'obésité doivent également être pris en compte. Il est important de suivre une approche fondée sur les droits humains aussi bien pour justifier l'action que pour orienter les choix stratégiques.

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ AUX GOUVERNEMENTS DE PRENDRE

18. Appliquer des approches, des mesures et des stratégies multisectorielles et reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques aux différents niveaux de la chaîne de causalité de l'obésité, dans la mesure où la prévention et la prise en charge de l'obésité ne sont possibles qu'en influençant simultanément les politiques publiques appliquées dans différents domaines. Ces approches, mesures et stratégies doivent porter, entre autres, sur la santé, les systèmes alimentaires, la protection sociale, l'environnement construit et l'activité physique, les finances et le commerce, les connaissances en santé et l'éducation à la santé. Des plans d'action exhaustifs fondés sur des bases factuelles pour la prévention et la prise en charge de l'obésité dans toutes les tranches d'âge et tous les groupes de population doivent également être mis en place.

Santé

19. Assurer la continuité des soins en veillant à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de l'obésité dans le cadre du plan national pour la couverture sanitaire universelle.

20. Intégrer la prévention et la prise en charge de l'obésité dans les soins primaires. Les régimes d'assurance-maladie devraient couvrir un éventail de services de prévention et de prise en charge de l'obésité afin d'éviter qu'il reste des frais à la charge des personnes touchées et de leurs familles.

21. Dispenser des conseils sur la diététique, le poids et l'allaitement maternel du point de vue de la mère et de l'enfant dans le cadre des soins prénatals et postnatals, évoquer également l'activité physique et le sevrage tabagique, et mesurer la prise de poids pendant la grossesse. Promouvoir, protéger et faciliter l'allaitement maternel, notamment par l'application exhaustive du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions adoptées ultérieurement sur la question, et mettre en œuvre l'initiative Hôpitaux amis des bébés.

22. Appliquer les lignes directrices de l'OMS pour aider les agents chargés des soins de santé primaires à repérer et à prendre en charge le surpoids ou l'obésité de l'enfant¹ dans le contexte des priorités nationales. Les mesures à prendre sont notamment les suivantes :

- a) peser et mesurer tous les nourrissons et enfants de moins de 5 ans amenés dans un établissement de soins de santé primaires, afin de déterminer le rapport poids/taille et l'état

¹ Guideline : assessing and managing children at primary health facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Updates for the integrated management of childhood illness (IMCI). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

nutritionnel en se fondant sur les normes de croissance de l'OMS.^{1,2} La comparaison entre le poids de l'enfant et les normes de taille (couché ou debout) permet une évaluation efficace tant de l'émaciation que du surpoids ;

b) conseiller les parents, les membres de la famille et les personnes chargées des soins dans le domaine de la promotion de la santé, en particulier en matière d'alimentation saine et d'activité physique, notamment en encourageant et en facilitant l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois et la poursuite de cet allaitement jusqu'à 24 mois ou au-delà,³ ce soutien devant être associé à un plan nutritionnel adapté ;

c) élaborer un plan pluridisciplinaire pour la prise en charge des enfants obèses en adoptant une approche centrée sur la famille. Ce plan peut être établi par un professionnel de santé au niveau des soins de santé primaires et/ou au niveau communautaire, à condition que cette personne ait été formée à cet effet, ou dans un établissement d'orientation ou un hôpital local.

23. S'assurer que les activités de promotion de la santé, notamment en matière de suivi et de prise en charge du poids, soient proposées de façon équitable et mises en place progressivement pour toutes les tranches d'âge, notamment dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Veiller également à ce que les personnes obèses aient accès à des professionnels de santé formés, à la surveillance du poids et au dépistage, à une alimentation saine, à l'activité physique, à un soutien psychologique, à des conseils, ainsi qu'à des traitements médicamenteux et à la chirurgie.

24. Intégrer la prévention et la prise en charge de l'obésité dans des équipes cliniques pluridisciplinaires pour que les personnes obèses bénéficient d'un soutien et d'un traitement adéquats, y compris en ce qui concerne les comorbidités et les coaffections (santé mentale et handicap) liées à l'obésité. Promouvoir et garantir un accès équitable à des soins de qualité.

25. Veiller à ce qu'un nombre suffisant de professionnels de santé soient correctement formés à la prévention et à la prise en charge de l'obésité dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue.

Systemes alimentaires

26. Améliorer l'accessibilité, notamment économique, à une alimentation saine pour l'ensemble de la population en prenant les mesures suivantes :

a) instaurer une politique agricole plus cohérente et plus porteuse dans le but de renforcer la durabilité du système alimentaire pour promouvoir une alimentation saine et sans danger par la réduction de l'apport calorique journalier sous forme de graisses et de sucres et par l'augmentation du nombre de portions quotidiennes de céréales complètes, de légumineuses, de fruits à coque, de légumes et de fruits.⁴ Il s'agit entre autres d'inciter les fabricants de denrées alimentaires à changer la formulation de leurs produits ;

¹ Normes de croissance de l'OMS pour les enfants de moins de 5 ans.

² Référence de l'OMS concernant la croissance des enfants de 5 à 19 ans.

³ Guideline : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

⁴ Obésité. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/fr/health-topics/obesity#tab=tab_3, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- b) restructurer l'environnement alimentaire (y compris les environnements numériques)¹ au moyen de mesures fiscales et tarifaires (taxes et avantages) favorisant la consommation de céréales complètes, de légumineuses, de fruits à coque, de légumes et de fruits, et faisant reculer la demande de produits riches en graisses, en sucres et en sel/sodium ;
- c) réglementer le marketing en faveur d'aliments et de boissons riches en graisses, en sucres et en sel/sodium, ainsi que la commercialisation des substituts du lait maternel et des laits de suite, y compris en ligne ;
- d) mettre en place un étiquetage nutritionnel permettant aux consommateurs de mieux appréhender la teneur en nutriments des produits alimentaires, notamment au moyen d'informations faciles à comprendre au moment de faire leur choix (par exemple au moyen de l'étiquetage nutritionnel au recto des emballages ou de l'étiquetage sur les menus) ;
- e) élaborer des politiques publiques d'achats et de services alimentaires qui appuient l'achat, la distribution, la vente et/ou l'offre de produits favorisant une alimentation saine dans les écoles et autres établissements publics tels que les bureaux de l'administration publique, les crèches, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les hôpitaux, les centres de santé, les centres communautaires, les bases militaires et les établissements pénitentiaires.²

Protection sociale et assistance publique

27. Concevoir des programmes de protection sociale axés sur une alimentation saine et durable (prévoyant notamment des allocations) pour faciliter l'accès à une alimentation saine et promouvoir la durabilité et l'équité socioéconomique. Ces programmes peuvent également contribuer à réduire les écarts entre les systèmes alimentaires en rattachant aux programmes les petits producteurs agroécologiques et les opérateurs de ces systèmes et en créant par conséquent des cercles vertueux favorisant l'équité entre bénéficiaires et prestataires.

Cadre bâti et activité physique

28. Collaborer avec les autorités municipales pour faciliter l'accès à une alimentation saine, par exemple en installant des marchés de produits frais ou en prenant des mesures d'aménagement du territoire, de même que pour promouvoir l'activité physique, par exemple au moyen de la mobilité active. La majorité de la population mondiale vit dans un environnement dominé par la prolifération des denrées alimentaires bon marché à forte densité énergétique offrant peu d'occasions de s'adonner à une activité physique, ce qui favorise la prise de poids.

29. Adopter et appliquer les lignes directrices et les recommandations stratégiques de l'OMS relatives à l'activité physique et à la sédentarité. Les lignes directrices donnent des détails concernant le degré d'activité physique nécessaire pour être en bonne santé en fonction de la tranche d'âge et des groupes de population.

30. Appliquer les mesures stratégiques recommandées présentées dans le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 de l'OMS, qui contient des recommandations sur les moyens pour les pays : 1) de mettre en place des normes et attitudes sociales positives en améliorant les connaissances sur les multiples avantages d'une activité physique régulière, en tenant compte de l'évolution des capacités tout au long de la vie ; 2) d'aménager des environnements favorisant et protégeant

¹ Digital food environments. Factsheet. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² Raine KD, Atkey K, Dana L, Ferdinands A, Beaulieu D, Buhler S, et al. « Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations », *Health Promot Chronic Dis Prev Can.*, 2018; 38(1): 6–17. doi: 10.24095/hpcdp.38.1.03.

le droit de chacun à disposer d'un accès équitable à des espaces et des lieux sûrs dans la ville et la communauté où pratiquer une activité physique régulière ; 3) de proposer des programmes et services adéquats et appropriés dans les cadres essentiels propres à aider chacun, indépendamment de son âge ou de son état de forme, à pratiquer une activité physique régulière seul, en famille ou avec des membres de sa communauté ; et 4) de renforcer la gouvernance, les systèmes de données et les investissements pour mettre en œuvre des mesures efficaces et coordonnées à l'échelle mondiale, nationale et infranationale afin d'accroître l'activité physique et de réduire les comportements sédentaires.

Connaissances en santé et éducation à la santé

31. Élaborer, adapter et appliquer des lignes directrices diététiques et notamment des outils visant à promouvoir les bonnes habitudes de consommation alimentaire et à améliorer le bien-être nutritionnel. Ces lignes directrices traduisent les orientations scientifiques sur la relation entre alimentation, nutrition et santé en conseils et messages portant sur les produits alimentaires, en tenant compte de la situation de chaque pays, des groupes vulnérables, de l'état nutritionnel de la population, de la disponibilité des produits alimentaires, des habitudes alimentaires et du contexte culturel. Elles servent aussi d'instrument de mise en œuvre des politiques et programmes nutritionnels nationaux et permettent d'orienter les politiques alimentaires et agricoles.¹

32. Mettre en œuvre, dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'obésité, des campagnes de promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, venant compléter d'autres mesures propres à façonner l'environnement alimentaire ou à orienter les modes de vie.² Il s'agit de recueillir les éléments comportementaux et culturels issus des sciences sociales et de la santé pour élaborer des mesures destinées à modifier les comportements, par exemple des programmes pour apprendre à mieux cuisiner.

Suivi et évaluation

33. Établir des systèmes de surveillance, notamment en ce qui concerne le poids, la taille, l'apport alimentaire et l'activité physique des personnes de toutes les tranches d'âge.

34. Suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et des programmes dans différents secteurs, y compris en ce qui concerne l'accès à des soins de qualité et aux interventions cliniques, les capacités des agents de santé, la disponibilité des aliments sains et les répercussions des mesures prises aux fins de réduction de l'obésité à toutes les étapes de la vie.

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ AUX AUTRES ACTEURS SOCIAUX DE PRENDRE

Société civile

35. Encourager les gouvernements à mettre en place une riposte nationale ambitieuse pour rendre les aliments sains plus facilement disponibles, plus accessibles et moins onéreux ; promouvoir le recours à une alimentation saine et à l'activité physique ; et appuyer la mise en œuvre de politiques connexes et en évaluer les progrès.

¹ Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. « A Global Review of FoodBased Dietary Guidelines », *Adv Nutr.*, 2019;10(4):590–605. doi : 10.1093/advances/nmy130.

² Appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

36. Entendre et faire résonner la voix des personnes obèses ou touchées par l'obésité, et sensibiliser à cette question.

37. Mobiliser le grand public afin de renforcer la demande de politiques de prévention de l'obésité, notamment en approfondissant et en simplifiant les informations diffusées ; en définissant des cadres relatifs à l'obésité rationnels pour chaque population ; en renforçant les activités de plaidoyer dans les médias ; en fomentant la protestation populaire et l'engagement des citoyens ; et en offrant un environnement politique réceptif avec des agents du changement dans tous les secteurs et organisations.

Milieu universitaire

38. Compiler et élargir les bases factuelles concernant les causes, les déterminants et les conséquences de l'obésité, ainsi que les mesures de riposte prises au niveau des individus, des communautés et des sociétés.

39. Concevoir et appliquer des programmes d'évaluation des politiques afin d'évaluer les répercussions des interventions recommandées en les associant à des analyses coût/efficacité, de même que la faisabilité de ces interventions et la possibilité de les mettre en œuvre à grande échelle.

Acteurs économiques du système alimentaire

40. Garantir l'accès à une alimentation saine, de la production à la promotion en passant par la distribution. Les fabricants devraient changer la formulation de leurs produits, notamment des produits destinés aux enfants (en diminuant leur teneur en sucres et en sel), et réduire la taille des portions. Toutes les entreprises peuvent offrir une alimentation saine sur le lieu de travail. Les chaînes de distribution alimentaire pourraient faciliter l'accès à des produits frais, en particulier aux fruits et légumes, et contribuer à en faire la promotion en les disposant de façon adéquate. Les entreprises de restauration peuvent prendre des mesures pour mettre en conformité leur offre avec les lignes directrices diététiques nationales.

Acteurs économiques des secteurs du sport, de l'activité physique et des loisirs

41. Renforcer la promotion et l'offre d'activités physiques sur le lieu de travail ; améliorer l'accès aux salles de sport, clubs et centres de loisirs, ainsi que leur accessibilité économique ; promouvoir les technologies portables ; et contribuer à élargir l'offre en matière d'éducation physique et de sport scolaire à tous les enfants.¹

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ À L'OMS DE PRENDRE

Élaboration d'orientations et mise au point d'outils

42. Étendre à la prévention et à la prise en charge de l'obésité dans toutes les tranches d'âge les orientations destinées aux professionnels de la santé, y compris au moyen d'interventions brèves.

43. À partir d'orientations normatives et techniques, mettre au point des manuels et outils opérationnels ainsi que des approches intégrées que les États Membres pourront adopter.

¹ Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. « Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity », *Lancet*, 2015;385(9985):2422–31. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61743-8.

44. Promouvoir l'application universelle des orientations de l'OMS en matière d'alimentation saine et de politiques visant à façonner l'environnement alimentaire pour que chacun, quel que soit son âge, ait accès aux services de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité, y compris parmi les personnes vulnérables et les populations déplacées.
45. Consigner et diffuser les bonnes pratiques adoptées par les gouvernements dans leurs actions de prévention et de prise en charge de l'obésité.
46. Faire participer d'autres organismes des Nations Unies comme l'UNICEF et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture dont le mandat concerne aussi l'obésité.

Renforcement des capacités des prestataires de services

47. Contribuer à l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés en nutrition et veiller à la qualité de leurs compétences et des services fournis. La plupart des professionnels de santé n'ont pas reçu une formation suffisante pour traiter les problèmes liés à l'alimentation, à l'activité physique et à la nutrition, y compris en ce qui a trait à la prise en charge de l'obésité, ce qui se répercute sur la qualité des soins prodigués à la population concernée et aux membres de leurs familles et/ou aux aidants. Dans de nombreux pays, aucune formation en nutrition ou en prévention et prise en charge de l'obésité n'est obligatoire dans les programmes des études de médecine, de soins infirmiers ou autres formations professionnelles.¹ L'augmentation du nombre de professionnels de santé ayant reçu une formation de qualité dans la prévention et la prise en charge de l'obésité, notamment au niveau de la formation initiale, améliorera l'accès aux services proposés aux personnes obèses, leur couverture et leur qualité.

Dialogue stratégique et appui à la mise en œuvre

48. Participer à des dialogues stratégiques et politiques avec les ministères de la santé en préconisant une intervention et l'utilisation d'outils stratégiques fondés sur des données factuelles et d'un bon rapport coût/efficacité les mieux adaptés au contexte national. L'OMS concentrera ses efforts et ses ressources dans plusieurs pays prioritaires disposés à agir qui sont confrontés à une forte charge de morbidité en lien avec l'obésité et le surpoids.
49. Faire un suivi de l'adoption de politiques et de leurs répercussions, et appuyer leur mise en œuvre dans les pays.

CIBLES PROPOSÉES

Cibles de résultat

50. Les cibles et indicateurs de résultat ci-après ont été approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé et l'Assemblée générale des Nations Unies :
- a) stopper d'ici à 2025 la progression de l'obésité chez l'enfant de moins de 5 ans,² l'adolescent et l'adulte³ (par rapport à la situation de 2010) ;

¹ Kris-Etherton PM, Akaba SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. « Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm », *Adv Nutr.*, 2015;6(1):83–7. doi: 10.3945/an.114.006734.

² Voir la résolution WHA65.6, annexe 2.

³ Voir le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

- b) mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes d'ici à 2030 (par rapport à la situation de 2015) ;
- c) atteindre d'ici à 2030 une prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans inférieure ou égale à 3 %.

Cibles de résultats intermédiaires

51. La mise en place de cibles de résultats intermédiaires et de cibles de processus pourrait faciliter l'extension des mesures. Les cibles de résultats intermédiaires sont liées aux principaux paliers de la chaîne de causalité conduisant à l'obésité. Elles peuvent être liées à la qualité de l'alimentation et au niveau d'activité physique. Les cibles de résultats intermédiaires proposées sont notamment les suivantes :

- a) réduire chez l'adulte et chez l'enfant, comme le recommande l'OMS, la consommation de sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total. Cette cible repose sur une recommandation pressante publiée en 2015 dans les lignes directrices de l'OMS sur l'apport en sucres chez l'adulte et chez l'enfant ;¹
- b) porter les taux d'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %. Il s'agit de l'une des six cibles mondiales pour la nutrition approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé ;²
- c) assurer une réduction relative de 15 % de la prévalence mondiale de l'inactivité physique chez l'adulte et chez l'adolescent d'ici à 2030.³ Cette cible a été fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et actualisée dans le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 de l'OMS.

Cibles de processus

52. Les cibles de processus découlent de l'existence de politiques recommandées par l'OMS et de la couverture effective par des services pouvant conduire aux changements souhaités en matière de résultats intermédiaires (alimentation et activité physique) et de résultat final (prévalence de l'obésité). Les cibles de processus qu'il est proposé d'atteindre à l'horizon 2030 sont notamment les suivantes :

- a) améliorer la couverture par des services de soins de santé primaires assurant la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ;
- b) porter la densité des professionnels de la nutrition à un minimum de 10 pour 100 000 habitants (justification : cet indicateur est déjà intégré au cadre mondial de suivi concernant la nutrition⁴ et figure dans le Système d'information sur le paysage nutritionnel ;⁵ situation en 2016-2017 : 2,2 professionnels pour 100 000 habitants) ;

¹ Guideline : sugars intake for adults and children. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Voir la résolution WHA65.6, annexe 2.

³ Par rapport à la situation de 2016.

⁴ Cadre mondial de suivi de la nutrition : guide pratique pour le suivi des avancées par rapport aux cibles mondiales 2025. OMS et UNICEF (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272261/9789242513608-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ Nutrition Landscape Information System : GNMF Profile (who.int)(NLiS). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework>).

- c) faire progresser l'adoption de réglementations visant à lutter contre le marketing en faveur d'aliments et de boissons non alcoolisées à destination des enfants (indicateur recueilli par l'examen des politiques mondiales en matière de nutrition¹ et l'enquête sur les capacités des pays en matière de MNT ;² point de référence : 47 pays selon la base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition) ;
- d) tous les pays mettent en place des campagnes de communication nationales de sensibilisation du grand public à l'activité physique (conformément aux éléments utilisés dans le cadre du suivi des progrès réalisés et aux meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT en 2018) ; et
- e) tous les pays sont dotés d'un protocole national pour mener une évaluation et donner des conseils en matière d'activité physique au niveau des soins primaires (conformément aux éléments utilisés dans le cadre du suivi des progrès réalisés et aux meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT en 2018).

¹ Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514873>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² NCD Country Capacity Survey. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdcs>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

ANNEXE 10

**PROJET DE PLAN DE TRAVAIL POUR
LE MÉCANISME MONDIAL DE COORDINATION POUR
LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2022-2025**

Mandat

1. Dans la décision WHA74(11), il est décidé de prolonger jusqu'en 2030 le mandat actuel¹ du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, en prévoyant une évaluation à mi-parcours en 2025.
2. Dans la décision WHA74(11), il est par ailleurs demandé au Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres et les acteurs non étatiques, un plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles qui sera présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé par le Conseil exécutif à sa cent cinquantième session.
3. Le Secrétariat de l'OMS a ainsi élaboré un projet de plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles (ci-après, le mécanisme mondial), accompagné d'un projet de théorie du changement et de modèle logique.² Ces documents permettent de garantir :
 - que le mécanisme mondial fonctionne durablement, grâce à une approche plus ciblée des fonctions qui lui sont assignées et à des objectifs clairement définis et des jalons mesurables et concrets ;
 - que les travaux du mécanisme mondial contribuent à la réalisation des objectifs fixés dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;³ et
 - que le mécanisme mondial s'acquitte de ses fonctions en tenant compte des travaux de l'OMS sur les maladies non transmissibles (MNT).

Processus consultatif

4. Le processus d'élaboration du projet de plan de travail ainsi que du projet de théorie du changement et de modèle logique y relatif a été global, et a associé l'ensemble de l'Organisation, ses États Membres et des acteurs non étatiques.²
5. Ce processus a débouché sur :
 - une consultation en ligne de deux semaines sur l'avant-projet de plan de travail et le projet de théorie du changement qui était ouverte aux États Membres, aux entités des Nations Unies et aux acteurs non étatiques ;

¹ Voir le document A67/14 Add.1.

² Voir <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-gcm-ncd-workplan-2022-2025-consultation>, consulté le 1^{er} décembre 2021.

³ Approuvé dans la résolution WHA.66.10.

- une consultation informelle en ligne avec les acteurs non étatiques participant au mécanisme mondial qui était axée sur le projet de plan de travail et le projet de théorie du changement ;
- une consultation informelle en ligne avec les États Membres qui était axée sur le projet de plan de travail et le projet de théorie du changement ; et
- des discussions supplémentaires entre les points focaux MNT au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays de l'OMS ainsi que la formulation, par leurs soins, d'orientations additionnelles.

Portée, objet et modalités

6. Le projet de plan de travail s'articule autour des domaines prioritaires assignés au mécanisme mondial par les États Membres dans la décision WHA74(11). En outre, les orientations et les recommandations formulées dans les évaluations préliminaires et finales^{1,2} du mécanisme mondial et dans 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 transmissibles³ ont éclairé le projet de plan de travail ainsi que le projet de théorie du changement et de modèle logique. Les domaines prioritaires visent à garantir une approche plus ciblée de la mise en œuvre des cinq fonctions, conformément à la portée et à l'objet du mécanisme mondial, comme le prévoit son mandat, ainsi qu'aux programmes de l'OMS relatifs aux MNT.

7. Les modèles de mise en œuvre pour l'ensemble des activités du projet de plan de travail visent à systématiser une collaboration plus efficace avec les participants au mécanisme mondial, à améliorer la capacité du mécanisme mondial de s'acquitter de son obligation de rendre des comptes et de répondre aux besoins des États Membres et à renforcer l'impact au niveau des pays afin de garantir un soutien ciblé à la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles par le renforcement des capacités nationales, du leadership, de la gouvernance, de l'action multisectorielle et des partenariats, l'objectif étant d'accélérer la lutte contre les MNT dans les pays et de s'attaquer à leurs facteurs de risque.

8. Lors de la mise en œuvre du plan de travail, le mécanisme mondial collaborera en permanence avec les parties prenantes concernées au sein de l'OMS, notamment avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays, afin de favoriser et de renforcer la mobilisation significative de l'Organisation, de ses États Membres et des acteurs non étatiques, y compris de la société civile, des personnes vivant avec des MNT ou touchées par celles-ci, des entités du secteur privé concernées et du monde universitaire. Les indicateurs de performance permettront de suivre au fil du temps les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et de procéder en temps voulu aux ajustements requis.

9. Le présent projet de plan de travail et le projet de théorie du changement et de modèle logique y relatif seront affinés sur la base des contributions continues des États Membres et du processus de planification stratégique en cours, en plus d'être consolidés à la lumière de données qualitatives et quantitatives, d'études de cas et d'autres indicateurs de performance.

¹ Voir le document A71/14 Add.1.

² Voir le document A74/10 Add.2.

³ Voir le document A74/10 Add.1.

DOMAINES PRIORITAIRES, ACTIVITÉS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

Domaine prioritaire 1

Être le pilier opérationnel de la collaboration en matière de connaissances et de la diffusion de ripostes multipartites novatrices à l'échelle des pays en sensibilisant les États Membres et les acteurs non étatiques à la collaboration en matière de connaissances, en promouvant ce type de collaboration et en créant conjointement, en améliorant et en diffusant des informations reposant sur des bases factuelles pour aider les gouvernements à adopter des approches multisectorielles et multipartites efficaces.

Action 1.1 : renforcer et restructurer le portail d'accès au savoir (KAP) afin de soutenir les activités du mécanisme mondial et d'offrir un appui à ses participants.

Activité 1.1.1 (2022-2025) : étendre les données et l'information, notamment en faisant le bilan des expériences multisectorielles et multipartites aux niveaux mondial, régional et national, et en faisant le point sur la participation et l'action communautaires, les meilleures pratiques et les expériences concluantes des participants au mécanisme mondial.

Résultat attendu : un KAP actualisé qui contient des informations à jour et pertinentes sur les expériences multisectorielles et multipartites ainsi que sur la participation et l'action communautaires ; les pays et les participants au mécanisme mondial utilisent ces informations pour éclairer les plans nationaux et infranationaux et renforcer les interventions au niveau des pays.

Indicateurs de performance :

- la fréquentation du KAP a augmenté de 25 % d'ici à 2025 par rapport à l'année de référence 2021 (ce qui inclut les pages consultées, le taux de clics et le temps passé sur le site) ;
- la quantité de contenu soumis par l'OMS, ses États Membres et d'autres participants au mécanisme mondial entre 2022 et 2025.

Activité 1.1.2 (troisième trimestre 2022) : ajuster le KAP en vue d'améliorer ses fonctionnalités de manière à renforcer le partage de connaissances entre les participants au mécanisme mondial dans le cadre des activités du plan de travail.

Résultat attendu : un KAP de meilleure qualité qui soit utilisé par les pays et d'autres parties prenantes de l'OMS en vue de renforcer la participation et la collaboration et d'aligner les réalisations du mécanisme mondial sur les besoins des pays.

Indicateurs de performance :

- la fréquentation du KAP augmente de 25 % d'ici à 2025 par rapport à l'année de référence 2021 (ce qui inclut les pages consultées, le taux de clics et le temps passé sur le site) ;
- le suivi analytique des visites uniques sur des pages spécifiques est amélioré ou cette fonctionnalité est ajoutée au KAP à partir de 2021.

Action 1.2 : fournir des informations sur les besoins en matière de santé des groupes marginalisés et des groupes de population qui vivent dans des situations vulnérables afin de promouvoir l'équité dans la lutte contre les MNT.

Activité 1.2.1 (2022-2025) : organiser la série de webinaires « NCD Voices in the Decade of Action ».

Résultat attendu : l'opinion et les besoins en matière de santé des groupes marginalisés et des populations vulnérables éclairent les mesures de lutte contre les MNT au niveau national, des efforts étant déployés pour garantir que les personnes les plus exposées ne soient pas laissées de côté.

Indicateurs de performance :

- au moins dix webinaires sont organisés d'ici à 2025 ;
- des données sur la participation aux webinaires et le niveau de satisfaction, recueillies via des enquêtes auprès des participants, sont analysées.

Domaine prioritaire 2

Être un catalyseur de l'inventaire mondial des mesures multipartites prises à l'échelle des pays, ainsi que de la conception conjointe et de la transposition à plus grande échelle d'approches, de solutions ou d'initiatives novatrices visant à renforcer les mesures multisectorielles et multipartites efficaces.

Action 2.1 : élaborer un registre en ligne et un rapport spécial axés sur les mesures multisectorielles les plus efficaces pour lutter contre les MNT et les troubles mentaux.

Activité 2.1.1 (2022-2025) : élaborer et gérer un registre en ligne recensant des exemples d'approches et d'expériences multisectorielles nationales ou infranationales sur la lutte contre les MNT et les troubles mentaux, qui contiendrait également des informations sur les données probantes sous-tendant ces approches ou permettant de les évaluer.

Résultat attendu : les pays consultent le registre et s'appuient sur les enseignements tirés pour mener des actions multisectorielles efficaces contre les MNT et les troubles mentaux aux niveaux national et infranational.

Indicateurs de performance :

- une représentation équilibrée des États Membres au sein du registre, avec un intérêt particulier pour les données d'expérience émanant des pays à revenu faible ou intermédiaire de l'ensemble des Régions de l'OMS ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des visites uniques sur le registre et au suivi analytique du téléchargement des études de cas l'année du lancement du registre.

Activité 2.1.2 (2023) : élaborer un rapport spécial sur les approches et les expériences multisectorielles aux niveaux national ou infranational en matière de lutte contre les MNT et les troubles mentaux dans l'ensemble des Régions de l'OMS.

Résultat attendu : un rapport spécial contenant une analyse des meilleures pratiques, expériences et approches adoptées par les États Membres et d'autres parties prenantes pour mettre en place des interventions multisectorielles nationales et infranationales en vue de combattre les MNT et les troubles mentaux.

Indicateurs de performance :

- au moins 100 participants prennent part à la manifestation organisée à l'occasion du lancement ou à d'autres activités, des représentants d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS étant présents dans ce cadre ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques du rapport spécial l'année de son lancement.

Action 2.2 : deuxième réunion générale du mécanisme mondial.

Activité 2.2.1 (2023) : organiser la réunion générale du mécanisme mondial, et veiller à ce que les personnes vivant avec des MNT puissent y prendre part.

Résultat attendu : les participants au mécanisme mondial se réunissent pour partager les enseignements tirés, faire le point sur l'utilisation et l'efficacité des ressources, et pour raviver leur détermination et accélérer l'action multisectorielle et multipartite aux niveaux local, national, régional et mondial pour atteindre les cibles du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que la cible 3.4 des objectifs de développement durable (ODD) et les autres cibles et objectifs liés aux MNT du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (les résultats de la réunion permettront de déterminer les ajustements que devra opérer le mécanisme mondial en prévision de la phase de mise en œuvre suivante).

Indicateurs de performance :

- au moins 100 États Membres et 80 % des participants au mécanisme mondial assistent à la réunion générale, des représentants d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS et de toutes les catégories de revenu étant présents à cette occasion ;
- un rapport est établi à l'issue de la réunion générale du mécanisme mondial ; celui-ci recense notamment les contributions significatives des participants et les expériences concluantes des États Membres de toutes les Régions de l'OMS et de toutes les catégories de revenu en matière de mise en œuvre d'interventions multisectorielles et multipartites avec l'appui du mécanisme mondial.

Domaine prioritaire 3

Communiquer des orientations actualisées aux États Membres concernant leur collaboration avec les acteurs non étatiques, y compris sur la prévention et la gestion des risques potentiels.

Action 3.1 : fournir aux États Membres qui envisagent, en vue de lutter contre les MNT, de collaborer avec des acteurs non étatiques – à commencer par le secteur privé – des orientations concernant les bénéfices d'une telle collaboration et les approches existantes en matière de gestion des risques, et ce au moyen d'un outil destiné à les aider à prendre des décisions éclairées, en faisant fond sur les orientations, l'expérience et les compétences spécialisées de l'OMS et des autres parties prenantes concernées.

Activité 3.1.1 (quatrième trimestre 2022) : entreprendre un processus consultatif complet qui associe l'OMS, ses États Membres et les acteurs non étatiques concernés afin de mettre au point un outil destiné à aider les États Membres à prendre des décisions concernant leur éventuelle collaboration avec le secteur privé en vue de lutter contre les MNT.

Résultat attendu : les États Membres qui envisagent, en vue de lutter contre les MNT, de collaborer avec des acteurs non étatiques – à commencer par le secteur privé – sont sensibilisés à l'utilisation d'approches de gestion des risques, en tenant compte des priorités nationales pour atteindre la cible 3.4 des ODD et en évaluant le rapport bénéfices/risques, y compris les stratégies d'atténuation.

Indicateurs de performance :

- les trois niveaux de l'Organisation, les États Membres et les acteurs non étatiques participant au mécanisme mondial se mobilisent pour appuyer la mise au point de l'outil ;
- au moins 100 participants prennent part à la manifestation organisée à l'occasion du lancement de l'outil, des représentants d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS et de toutes les catégories de revenu étant présents à cette occasion ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques de l'outil l'année de son lancement.

Activité 3.1.2 (2024-2025) : aider les pays à renforcer leur capacité d'utiliser et d'adapter au contexte l'outil de l'OMS afin qu'ils puissent prendre des décisions sur leur collaboration avec le secteur privé en matière de lutte contre les MNT en étant conscients des bénéfices et des risques.

Résultat attendu : la capacité des États Membres de prendre des décisions éclairées sur leur éventuelle collaboration avec le secteur privé en matière de lutte contre les MNT est renforcée grâce à l'outil et à l'appui technique fourni par l'OMS quant à son utilisation, l'objectif étant de répondre aux priorités nationales et d'atteindre la cible 3.4 des ODD tout en tenant dûment compte de l'évaluation et de la gestion des bénéfices et des risques.

Indicateurs de performance :

- au moins six pays ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre l'outil d'ici à 2025, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire ;

- l'outil est utilisé par les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS (les bureaux de pays et/ou les bureaux régionaux adressent des demandes spécifiques au Siège, les bureaux régionaux/les bureaux de pays adaptent l'outil, celui-ci est inclus parmi les outils de l'OMS et il apparaît sur les sites Web institutionnels).

Action 3.2 : encourager le groupe de travail de la société civile de l'OMS à favoriser la contribution significative de la société civile à la lutte contre les MNT et à la promotion de la couverture sanitaire universelle.

Activité 3.2.1 (2022-2025) : établir la troisième phase de l'action du groupe de travail de la société civile de l'OMS sur les maladies non transmissibles.

Résultat attendu : les orientations et recommandations de la société civile sont communiquées au Directeur général de l'OMS pour appuyer la mise en œuvre de politiques, de programmes et de services efficaces en matière de lutte contre les MNT et la collaboration de l'OMS avec la société civile dans ce domaine est rendue opérationnelle.

Indicateurs de performance :

- le nombre de participants a augmenté par rapport à l'année de référence 2021, la représentation étant équitable entre les différentes MNT, les différents domaines relatifs aux MNT, les différentes personnes vivant avec des MNT ou des troubles mentaux et les différentes Régions de l'OMS et catégories de revenu ;
- le nombre de déclarations, de notes d'orientation, de webinaires, d'outils de sensibilisation et de manifestations parallèles mis en place, présentés et diffusés par l'OMS d'ici à 2025, conformément au mandat du groupe de travail, sont comparés aux chiffres des années précédentes ;
- le rapport de synthèse des réalisations attendues du groupe de travail est diffusé via les plateformes du mécanisme mondial et examiné dans le cadre des discussions menées.

Domaine prioritaire 4

Être un facilitateur mondial pour ce qui est du renforcement de la capacité des États Membres et de la société civile à développer des ripostes nationales multipartites en matière de prévention et de maîtrise des MNT.

Action 4.1 : élaborer et appuyer la mise en œuvre d'un cadre d'orientation destiné aux mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et multipartite pour la lutte contre les MNT et les troubles mentaux.

Activité 4.1.1 (deuxième trimestre 2022) : élaborer un cadre OMS d'orientation destiné aux mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et multipartite pour la lutte contre les MNT par le biais d'une approche conjointe associant les États Membres, les organisations de la société civile, les personnes vivant avec des MNT et d'autres parties prenantes.

Résultat attendu : les chefs d'État et de Gouvernement sont encouragés par l'OMS à tenir l'engagement qu'ils ont pris d'assurer la direction stratégique de la riposte aux MNT en étant attentifs à la cohérence et à la coordination des politiques pour mettre au point des

approches pangouvernementales qui intègrent la santé dans toutes les politiques et pour œuvrer avec les parties prenantes à une action pansociétale qui cadre avec les plans et les cibles adoptés au niveau national en ce qui concerne les MNT et les ODD, y compris en mettant en place des dispositifs multisectoriels et multipartites nationaux ou en renforçant ces dispositifs s'ils existent déjà.

Indicateurs de performance :

- les trois niveaux de l'Organisation, les États Membres et d'autres participants au mécanisme mondial se mobilisent pour appuyer la mise en place du cadre d'orientation ;
- au moins 100 participants assistent au webinaire de lancement, la représentation étant équitable entre les États Membres issus des différentes Régions de l'OMS et un accent particulier étant mis sur l'expérience des pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques du cadre d'orientation l'année de son lancement.

Activité 4.1.2 (2022-2025) : aider les pays à renforcer leur capacité d'utiliser et d'adapter au contexte le cadre d'orientation de l'OMS destiné aux mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et multipartite, l'objectif étant de mettre en place des mécanismes multisectoriels et multipartites de coordination adaptés aux différents pays ou de renforcer ces mécanismes s'ils existent déjà.

Résultat attendu : les pays s'appuient sur le cadre d'orientation et les ressources en ligne pour établir des mécanismes nationaux et infranationaux de coordination ou consolider les mécanismes existants, l'objectif étant de renforcer la cohérence et la coordination des politiques pour mettre au point des approches pangouvernementales qui intègrent la santé dans toutes les politiques et pour œuvrer avec les parties prenantes à une action pansociétale qui cadre avec les cibles MNT au niveau national et la cible 3.4 des ODD.

Indicateurs de performance :

- au moins six pays bénéficient d'un appui technique, y compris des pays à revenu faible ou intermédiaire, d'ici à 2025 ;
- le cadre d'orientation est présenté et examiné dans le cadre des forums régionaux et internationaux pertinents ;
- le cadre d'orientation est utilisé par les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS (les bureaux de pays et/ou les bureaux régionaux adressent des demandes spécifiques au Siège, les bureaux de pays adaptent le cadre d'orientation, celui-ci est inclus parmi les outils de l'OMS et il apparaît sur les sites Web institutionnels).

Action 4.2 : renforcer la contribution des participants au mécanisme mondial à l'accélération des actions multipartites visant à atteindre la cible 3.4 des ODD.

Activité 4.2.1 (2022-2025) : élaborer et mettre en œuvre une stratégie de collaboration avec les participants au mécanisme mondial.

Résultat attendu : le mécanisme mondial diffuse et utilise la stratégie de collaboration pour renforcer la coordination et la collaboration avec et entre les participants de sorte à aider l’OMS et ses États Membres à renforcer l’action des différentes parties prenantes aux niveaux local, national, régional et mondial, l’objectif étant de contribuer à la mise en œuvre du Plan d’action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, tout en préservant l’Organisation et la santé publique de toute influence indue résultant de conflits d’intérêts réels, perçus ou potentiels.

Indicateurs de performance :

- 80 % des participants au mécanisme mondial contribuent à l’élaboration de la stratégie de collaboration, la représentation des quatre groupes de parties prenantes au mécanisme étant équitable ;
- au moins 50 % des participants au mécanisme mondial qui soutiennent l’OMS et ses États Membres contribuent à renforcer l’action multipartite en mettant en œuvre les activités prévues dans le plan de travail du mécanisme mondial ;
- un certain nombre d’États Membres des différentes Régions de l’OMS et de bureaux régionaux et de pays sont appuyés par le mécanisme mondial.

Activité 4.2.2 (2025) : élaborer des études de cas sur les mesures et les engagements pris par les participants au mécanisme mondial pour aider les pays à progresser dans la mise en œuvre du Plan d’action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et à atteindre plus rapidement la cible 3.4 des ODD.

Résultat attendu : les États Membres et les acteurs non étatiques s’appuient sur les études de cas pour favoriser l’adoption de mesures multipartites nationales et infranationales plus efficaces.

Indicateurs de performance :

- les études de cas de chacun des quatre groupes de participants au mécanisme mondial sont publiées d’ici à 2025 ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques des études de cas l’année de leur lancement.

Domaine prioritaire 5

Rassembler la société civile, y compris les personnes atteintes de MNT, afin d’effectuer un travail de sensibilisation et de renforcer les capacités de la société civile à participer de manière significative aux ripostes nationales contre les MNT.

Action 5.1 : soutenir la mise en place conjointe d’un cadre OMS sur la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Activité 5.1.1 (quatrième trimestre 2022) : élaborer un cadre OMS sur la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Résultat attendu : le Siège, les bureaux régionaux, les bureaux de pays et les États Membres s'appuient sur le cadre pour associer comme il se doit les personnes vivant avec des MNT ou des problèmes de santé mentale à la conception et à l'élaboration de principes, de politiques, de programmes et de services en matière de MNT.

Indicateurs de performance :

- le cadre de l'OMS prévoit une représentation équitable des États Membres, avec un intérêt particulier pour l'expérience des pays à revenu faible ou intermédiaire de l'ensemble des Régions de l'OMS ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques du cadre de l'OMS d'ici à 2025 ;
- au moins six pays bénéficient d'un appui pour mettre en œuvre le cadre, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, d'ici à 2025 ;
- le cadre de l'OMS est présenté et examiné lors de forums régionaux et internationaux pertinents (consultations informelles, ateliers, événements et colloques, par exemple) ;
- le cadre de l'OMS est utilisé par les bureaux régionaux et les bureaux de pays (les bureaux de pays et/ou les bureaux régionaux adressent des demandes spécifiques au Siège, le cadre de l'OMS est adapté, celui-ci est inclus parmi les outils de l'OMS et il apparaît sur les sites Web institutionnels).

Activité 5.1.2 (troisième et quatrième trimestres 2023) : élaborer avec les bureaux régionaux des notes d'orientation sur les principes, les politiques, les stratégies et les structures nécessaires pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Résultat attendu : les États Membres s'appuient sur les notes d'orientation pour renforcer leur collaboration, au niveau national, avec les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Indicateurs de performance :

- six notes d'orientation sont élaborées et utilisées par six États Membres, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, d'ici à 2024 ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques des notes d'orientation d'ici à 2025.

Activité 5.1.2 (janvier 2023) : amorcer les cycles 2, 3 et 4 du NCD Lab afin de recenser des innovations capables d'éclairer les programmes de santé mondiale liés aux MNT.

Résultat attendu : des solutions innovantes, adaptées au contexte national et accessibles en ligne axées sur un changement au niveau des politiques, des systèmes et de l'individu sont recensées et diffusées par le biais des plateformes de l'OMS.

Indicateurs de performance :

- tous les domaines thématiques pertinents sont explorés dans le cadre des cycles 2, 3 et 4 du NCD Lab d'ici à 2023 ;
- 500 propositions sont soumises lors des deux prochains cycles – d'ici à 2023 ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des consultations uniques des pages Web du NCD Lab.

Action 5.2 : favoriser la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale au sein de l'OMS et avec les États Membres.

Activité 5.2.1 (2022-2025) : organiser un colloque OMS sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale pour favoriser une participation et un dialogue significatifs et soutenir un processus de création conjoint et de rassembler des personnes ayant une expérience concrète afin que 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, soit couronnée de succès.

Résultat attendu : l'instauration d'un dialogue continu et de véritables liens avec les personnes vivant avec des MNT et la prise en compte de leur expérience concrète et des enseignements tirés en vue d'éclairer la stratégie adoptée par l'OMS pour atteindre les principaux objectifs stratégiques de l'Organisation en matière de lutte contre les MNT et les troubles mentaux.

Indicateurs de performance :

- la participation sans exclusive et diversifiée à un colloque organisé par l'OMS sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale et la mise à disposition, dans ce cadre, de structures qui permettent de garantir la représentation adéquate des différents vécus, groupes de parties prenantes, zones géographiques et catégories de revenu ;
- au moins trois colloques sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale sont organisés par l'OMS d'ici à 2025 ;
- au moins 10 activités de sensibilisation ou réalisations sont menées à bien avant 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.

Activité 5.2.2 (du deuxième au quatrième trimestre 2023) : élaborer des lignes directrices sur la mise en œuvre du cadre d'orientation sur la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale aux niveaux national et régional.

Résultat attendu : les bureaux de pays s'appuient sur les lignes directrices – ce qui inclut le processus d'adaptation, la conceptualisation du cadre d'orientation, le suivi et l'évaluation de l'adaptation ainsi que la gestion de l'adaptation – pour associer comme il se doit les personnes vivant avec des MNT et élaborer des politiques et des programmes nationaux et infranationaux adaptés aux pays.

Indicateur de performance : les lignes directrices sont consultées par six États Membres, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, et utilisées pour éclairer les plans nationaux d'ici à 2025.

= = =