



*Au service  
des peuples  
et des nations*

# **NOTE D'ORIENTATION SUR L'INTÉGRATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES AU PLAN-CADRE DES NATIONS UNIES POUR L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT**

**MARS 2015**

# LISTE DE VÉRIFICATION

Cette liste de vérification fait la synthèse des actions et résultats principaux pour chacune des quatre étapes de l'intégration des MNT dans le processus du PNUAD.

ÉTAPE DU PNUAD	PRINCIPALES ACTIONS	EFFETS ESCOMPTÉS
Élaborer la feuille de route	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliser les pouvoirs publics, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes</li> <li>Harmoniser la feuille de route avec les principaux plans-cadres, stratégies et plans d'action des Nations Unies</li> <li>S'accorder sur le calendrier, les organismes chefs de file et les rôles et responsabilités liés aux tâches confiées</li> </ul>	<p>Sensibilisation aux MNT et aux facteurs de risque, qui constituent une priorité nationale</p> <p>Les autorités publiques, les organismes des Nations Unies et les autres parties prenantes reconnaissent les déterminants des MNT ; les organismes des Nations Unies et les services gouvernementaux reconnaissent l'importance d'adapter les politiques en fonction des facteurs de risque des MNT</p> <p>Les consultations sont le reflet d'une approche mobilisant tous les acteurs de la société</p> <p>Toutes les parties prenantes de chaque niveau participant au développement du PNUAD apportent leur contribution à la feuille de route</p>
Réaliser une analyse du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recenser les plans, les données et les études de cas déjà existants qui concernent l'ampleur et l'incidence des MNT et de leurs facteurs de risque</li> <li>Rédiger un argumentaire en faveur de la lutte contre les MNT</li> <li>Décrire les recouvrements entre les MNT et les principes de programmation des Nations Unies</li> <li>Évaluer les conflits d'intérêts et les éviter</li> </ul>	<p>Identification des MNT et facteurs de risque prioritaires</p> <p>Identification des mesures actuelles prises par les pays contre les MNT et/ou les facteurs de risque ; cartographie des parties prenantes</p> <p>Identification des populations prioritaires</p> <p>Identification à l'échelle nationale des capacités et des lacunes</p>
Préparer le plan stratégique et élaborer la matrice des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'accorder sur l'avantage comparatif pour le système des Nations Unies dans son ensemble et pour chacun de ses organismes</li> <li>Repérer les lieux où l'action bénéficie d'un élan mondial et régional</li> <li>Intégrer les MNT dans la matrice des résultats, accompagnés de liens vers d'autres programmes</li> <li>Identifier et organiser le(s) groupe(s) de résultats</li> </ul>	<p>Les MNT constituent un thème transversal du plan de travail commun de l'équipe de pays des Nations Unies et du (des) groupe(s) de résultats</p> <p>La prévention et le contrôle des MNT et/ou de leurs facteurs de risque sont envisagés comme effets escomptés, livrables et/ou cibles selon la typologie suivante : composantes du développement de secteurs autres que la santé ; spécifiques au développement du secteur de la santé ; et/ou spécifiques à une intervention relative aux MNT ou aux facteurs de risque</p> <p>L'aide au développement dans les secteurs autres que la santé intègre la protection et la promotion de la santé publique et cautionne en particulier la prévention et le contrôle des MNT.</p> <p>Le PNUAD et la stratégie de coopération avec les pays de l'OMS coordonnent leurs actions de lutte contre les MNT et/ou les facteurs de risque</p> <p>Des indicateurs mesurables sont répertoriés dans la matrice des résultats du (des) groupe(s) de résultat(s)</p>
Élaborer un plan de suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploiter des données nationales pour le suivi</li> <li>Utiliser si possible les structures, mécanismes et outils disponibles</li> <li>Vérifier les hypothèses et les risques dans la matrice des résultats</li> </ul>	<p>Enseignements retenus</p> <p>Identification des indicateurs clés, des sources de données et des mécanismes de collecte</p> <p>Affinement du plan stratégique</p>

# QUESTIONS D'ORIENTATION POUR L'ANALYSE\*

## 1. AMPLEUR DES MNT

Quelle est l'incidence épidémiologique et socioéconomique des MNT dans le pays et leur impact sur la santé publique ?

Le pays dispose-t-il d'un système de surveillance permettant de connaître l'évolution nationale de la mortalité et de la morbidité dues aux MNT et à leurs facteurs de risque ?

Dispose-t-on d'informations spécifiques sur le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et/ou l'usage nocif de l'alcool en tant que facteurs de risque ?

Dans quelle mesure les données sont-elles ventilées par catégorie, par exemple selon l'âge, le sexe et les caractéristiques sociodémographiques telles que le revenu, le niveau d'instruction, l'origine ethnique, le lieu de résidence ?

Parmi les données disponibles, lesquelles concernent des déterminants socioéconomiques plus généraux sur la santé ?

## 2. POLITIQUE ET PLANIFICATION EN MATIÈRE DE MNT

Dans quelle mesure la prévention et le contrôle des MNT sont-ils considérés comme des priorités majeures au niveau du pays ?

Existe-t-il un plan national pour la prévention et le contrôle des MNT prévoyant des priorités, des objectifs, des stratégies et des indicateurs ? Est-il multisectoriel ? Si oui, quels sont les mécanismes qui assurent la coordination et la cohérence entre les initiatives du secteur de la santé et celles des autres secteurs ? Quelles sont les interventions ? Existe-t-il des plans à l'échelle locale ? Si oui, sont-ils en conformité avec les plans nationaux ?

Existe-t-il un plan national visant à réduire l'exposition aux principaux facteurs de risque modifiables des MNT, à savoir le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité ? Si oui, quelles sont les interventions ?

Les MNT et leurs facteurs de risque ont-ils été identifiés dans les plans nationaux de développement actuels et futurs ?

## 3. MESURES CONTRE LES MNT

Quelles sont les interventions de développement actuelles et prévisionnelles qui visent à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, comme la réduction de la pauvreté, la protection sociale ou l'égalité des sexes ? Existe-t-il des interventions en cours dans les secteurs autres que la santé, qui exercent une incidence manifeste sur les MNT et leurs facteurs de risque ?

Dans les secteurs auxquels l'aide au développement des Nations Unies est consacrée prioritairement, les risques et les bénéfices en termes de santé publique ont-ils été identifiés/palliés ?

L'accent est-il mis sur les interventions les plus rentables énumérées dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS ?

## 4. PARTENARIATS POUR LUTTER CONTRE LES MNT

Existe-t-il dans le pays des plateformes de partenariat, des accords ou d'autres dispositifs ou mécanismes qui pourraient être davantage mobilisés et renforcés en vue de favoriser une approche multisectorielle adaptée pour lutter contre les MNT ou leurs facteurs de risque ?

Y a-t-il des ONG, des organisations de la société civile ou des associations impliquées dans la lutte contre les MNT, les facteurs de risque et les déterminants ?

\* Des sources de données pour les questions figurant dans le tableau sont proposées p. 18-19.

Données de catalogage avant publication de la bibliothèque de l'OMS

Note d'orientation sur l'intégration des maladies non transmissibles au Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

1. Maladie chronique - prévention et contrôle. 2. Maladie chronique - épidémiologie. 3. Relations interinstitutions. 4. Coopération internationale. 5. État de santé. 6. Programmes nationaux de santé. I. Organisation mondiale de la Santé II. Programme des Nations Unies pour le développement

ISBN 978 92 4 150835 3

(classification NLM : WT 500)

© Organisation mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour le développement [2015]

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont accessibles sur le site Internet de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou peuvent être achetées chez WHO Press, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3264 ; fax : +41 22 791 4857 ; e-mail : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Les demandes d'autorisation pour reproduire ou traduire les publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou pour une distribution non commerciale - doivent être adressées à WHO Press via le site Internet de l'OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)). Les appellations utilisées et la présentation de l'information dans la présente publication n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes ou produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS et le PNUD ont pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS et le PNUD ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse.

# SOMMAIRE

Liste de vérification	2
Questions d'orientation pour l'analyse	3
Remerciements	6
Acronymes	6
<b>1. Résumé analytique</b>	7
<b>2. Introduction et contexte</b>	8
• Finalité de la présente note d'orientation	8
• Que sont les MNT et leurs facteurs de risque ?	8
• Justification de l'intégration des MNT aux PNUAD	9
• Une approche mobilisant tous les acteurs du gouvernement et de la société	11
• MNT : une priorité de développement pour les États membres et les Nations Unies	12
<b>3. Les MNT dans les PNUAD : situation actuelle</b>	13
<b>4. Intégration des MNT dans le PNUAD</b>	15
• Feuille de route	15
• Analyse du pays	17
• Planification stratégique et élaboration d'une matrice des résultats	21
• Suivi et évaluation	25
<b>Études de cas</b>	26
<b>Annexes</b>	29
Annexe 1. Cadre mondial de suivi des MNT	29
Annexe 2. Lettres rédigées par l'Administrateur du PNUD et le Directeur général de l'OMS à l'intention des équipes de pays des Nations Unies, 2012 et 2014	31
Annexe 3. Maladies non transmissibles - Événements majeurs survenus entre 2000 et 2014	35
Annexe 4. Répartition des tâches et des responsabilités au sein de l'équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles	38
Annexe 5. Politiques multisectorielles aptes à réduire l'incidence des maladies non transmissibles (MNT) dans les pays à revenu faible et intermédiaire	42
Annexe 6. Réduction de l'usage nocif de l'alcool	46
Annexe 7. Amélioration de l'alimentation : réduction de la consommation de sel	48
Annexe 8. Principes de programmation des Nations Unies et recoupements avec les MNT	51
Annexe 9. Conflits d'intérêts	54

# REMERCIEMENTS

La rédaction de la présente note d'orientation a été confiée à une équipe mixte de l'OMS et du PNUAD, composée de *Nick Banatvala, Sylvie Stachenko, Dudley Tarlton et Douglas Webb*.

Ont également participé à cette note d'orientation *Shambhu Acharya, Tim Armstrong, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Gauden Galea, Rosanne Gonzalez, Jarno Habicht, Christoph Hamelmann, Anselm Hennis, Gabit Ismailov, Samer Jabbour, Alexey Kulikov, Daniel Lopez Acuna, Lina Mahy, Ivana Milovanovic, Marine Perraudin, Anne-Marie Perucic, Susan Piccolo, Dag Rekve, Alex Ross, Kerstin Schotte, Steven Shongwe, Slim Slama, Hai-Rim Shin, Roy Small, Vijay Trivedi, Menno Van Hilten, Godfrey Xuereb et Egor Zaitsev*.

Le groupe de pilotage du plan unifié de l'OMS sur les MNT a lui aussi apporté sa contribution. Ce groupe de pilotage se compose des personnes suivantes : *Shambhu Acharya, Nick Banatvala, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Oleg Chestnov, Lanka Dissanayake, Chris Dye, Anselm Hennis, Gauden Galea, Renu Garg, Enrique Gil, Asmus Hammerich, Jafar Hussain, Samer Jabbour, Francis Kasolo, Etienne Krug, Yunguo Liu, Knut Lonroth, Tigest Mengestu, Susan Mercado, Bente Mikkelsen, Shekhar Saxena et Menno Van Hilten*.

---

# ACRONYMES

<b>CCS</b>	Stratégie de coopération avec les pays
<b>DaO</b>	Unis dans l'action
<b>ECOSOC</b>	Conseil économique et social des Nations Unies
<b>GNUD</b>	Groupe des Nations Unies pour le développement
<b>MCV</b>	Maladie cardiovasculaire
<b>MNT</b>	Maladie non transmissible
<b>ODD</b>	Objectif de développement durable
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PNUAD</b>	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PRFI</b>	Pays à revenu faible et intermédiaire
<b>UNCT</b>	Équipe de pays des Nations Unies
<b>WHO FCTC</b>	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

# 1. RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Les maladies non transmissibles (MNT) - maladies cardiovasculaires (MCV), cancers, affections respiratoires chroniques et diabète - sont la principale cause de mortalité dans la majorité des pays en développement et requièrent à ce titre une action concertée et coordonnée. Ces maladies peuvent pour la plupart être évitées au moyen d'interventions efficaces qui réduisent les facteurs de risque communs, à savoir le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Les MNT portent grandement préjudice au développement humain et social. Les décès prématurés dus à ces maladies réduisent la productivité, sapent la croissance économique et enferment les populations dans la pauvreté. Pour prévenir et maîtriser les MNT, il faut s'attaquer à leurs déterminants sous-jacents et à leurs facteurs de risque communs par une action multisectorielle mobilisant tous les acteurs du gouvernement et de la société.

Au vu des répercussions des MNT sur le développement socioéconomique et de la nécessité de prendre des mesures complexes, manifestement aptes à mobiliser tous les acteurs du gouvernement et de la société, pour les maîtriser, les chefs d'États et de gouvernement ont lancé en 2011 un appel à une action urgente lors de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. La Déclaration politique demandait à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en sa qualité d'institution chef de file des Nations Unies pour la santé, ainsi qu'à l'ensemble des institutions, fonds et programmes du système des Nations Unies concernés, aux institutions financières internationales, aux banques de développement et à d'autres organisations de premier plan, d'unir et de coordonner leurs efforts afin de soutenir les mesures nationales visant à prévenir et maîtriser les MNT et à atténuer leur incidence. En 2013, à la suite de cet appel, une équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des MNT s'est mise en place au sein des Nations Unies. L'importance accordée aux MNT dans le programme de développement augmentera sans doute avec l'adoption prévue des objectifs de développement durable (ODD) de l'après-2015.

Dans pratiquement tous les pays, l'ampleur des MNT, leurs répercussions socioéconomiques, leur incidence sur le développement et, en particulier, leur nature multisectorielle donne au système des Nations Unies un avantage comparatif notable pour soutenir les États dans la prévention et la maîtrise des MNT. À cet effet, une lettre rédigée en commun par l'Administrateur du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et le Directeur général de l'OMS proposait aux équipes de pays des Nations Unies de collaborer avec leurs homologues au sein des gouvernements dans le but d'intégrer les MNT aux processus de conception et à la mise en œuvre du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). En 2014, une deuxième lettre commune rappelait l'importance d'intégrer les MNT dans les processus d'exécution du PNUAD et encourageait les équipes de pays à renforcer leurs capacités afin d'aider les autorités à mettre en œuvre ces actions prioritaires.

La présente note d'orientation a pour but d'aider les équipes chargées d'élaborer les PNUAD à prendre davantage en compte les MNT dans le processus du PNUAD, en conformité avec les directives données à ce sujet par le Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUMD). La note souligne l'importance de veiller à établir un lien entre, d'une part, la prévention et la maîtrise des MNT et, d'autre part, des thèmes de plus grande envergure liés au développement, figurant dans les PNUAD, comme la couverture sociale universelle, la protection sociale, la gouvernance et les déterminants sociaux de la santé en général. Elle souligne les relations existant avec d'autres secteurs, tels que la finance, le commerce, le développement urbain et l'éducation. Elle met aussi l'accent sur l'importance de mobiliser à cet effet tous les acteurs du gouvernement et tous les acteurs de la société.

L'intégration des MNT dans le PNUAD doit s'accompagner d'effets et de livrables axés sur des politiques et des interventions ayant un bon rapport coût/efficacité, notamment sur les « interventions qui sont d'un très bon rapport coût/efficacité » figurant dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS. La matrice des résultats doit s'harmoniser avec les politiques et les plans actuels et ceux en cours d'élaboration, y compris le Plan d'action national multisectoriel de lutte contre les MNT et les objectifs nationaux en la matière. Il est primordial, chaque fois que la situation le permet, de se servir, pour les activités de suivi et d'évaluation, des données et des informations recueillies à l'échelle nationale au moyen d'enquêtes et de systèmes de surveillance.

## 2. INTRODUCTION ET CONTEXTE

### Finalité de la présente note d'orientation

La présente note d'orientation a été rédigée à l'intention des gouvernements et des équipes de pays des Nations Unies. Elle a pour but de fournir une orientation sur la façon d'intégrer les MNT dans le PNUAD<sup>1</sup>. Cette orientation est conforme au « *Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020* » et à d'autres mandats et plans-cadres mondiaux, régionaux et nationaux pertinents.

La note d'orientation s'articule autour des quatre étapes principales de l'élaboration du PNUAD : (i) élaboration de la feuille de route ; (ii) analyse du pays ; (iii) planification stratégique ; (iv) suivi et évaluation. Elle adhère au principe « Unis dans l'action », qui favorise la cohérence, l'efficacité et la performance du système des Nations Unies, et encourage les pays à l'adopter afin de tirer le meilleur parti des forces et des avantages comparatifs des différents membres de la famille des Nations Unies<sup>2</sup>.

La note d'orientation doit être lue conjointement avec l'ensemble des outils et des procédures d'élaboration des PNUAD, disponibles sur le site du Groupe des Nations Unies pour le développement<sup>3</sup>. Des directives concernant l'intégration de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac dans les plans de développement nationaux sont également disponibles<sup>4</sup>.

### Que sont les MNT et leurs facteurs de risque ?

Les maladies non transmissibles (MNT) - principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète - sont aussi les plus meurtrières. Chaque année, elles tuent plus de 36 millions de personnes (63 % des décès dans le monde), dont 14 millions prématurément (entre 30 et 70 ans). 82 % des décès prématurés surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), ce qui se traduira au cours des quinze prochaines années par des pertes économiques estimées à 7 000 milliards de dollars US et des millions de personnes prisonnières de la pauvreté.

La plupart des décès prématurés causés par les MNT peuvent être évités en favorisant, dans les secteurs autres que la santé, des politiques publiques qui réduisent les facteurs de risque communs que sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool.

En outre, il est possible de réduire le nombre des malades, des infirmités et des décès causés par les MNT et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé en aidant les systèmes de santé à répondre plus efficacement et plus équitablement aux besoins des personnes atteintes de MNT.

---

1. Bien que le terme PNUAD soit utilisé tout au long de la présente note d'orientation, les mêmes principes s'appliquent aux pays mettant en place un plan unifié des Nations Unies selon l'approche « Unis dans l'action ».

2. Unis dans l'action : renforcer la cohérence, l'efficacité et l'efficacité du système des Nations Unies.

3. Groupe des Nations Unies pour le développement, Outils d'orientation et d'assistance du PNUAD, « How to prepare an UNDAF (Part I) » et « How to Prepare an UNDAF (Part II) » – Orientation technique pour les équipes de pays des Nations Unies. Groupe des Nations Unies pour le développement, Guide de référence pour la programmation : processus communs de programmation des pays.

4. Development Planning and Tobacco Control Integrating the WHO Framework Convention on Tobacco Control into UN and National Development Planning Instruments, GNUD et OMS, 2014.



## Justification de l'intégration des MNT aux PNUAD

Le PNUAD est le cadre stratégique de programmation qui expose les mesures collectives prises par le système des Nations Unies pour répondre aux priorités nationales de développement. Les MNT sont un facteur à prendre en considération dans le développement durable et équitable.

Alors que la communauté internationale redoublait d'efforts dans son combat contre les maladies transmissibles comme le sida, la tuberculose et le paludisme, la recrudescence des MNT dans les pays en développement est passée presque inaperçue. Aujourd'hui, les MNT causent plus de décès dans les pays en développement que dans les pays à revenu élevé. Contrairement à la croyance populaire selon laquelle ces maladies touchent principalement les populations riches, la grande majorité (82 %, soit 12 millions) des décès prématurés causés par les MNT chez les 30-70 ans surviennent dans les pays en développement. La probabilité de décéder d'une des principales MNT entre 30 et 70 ans varie de 10 % dans les pays développés à 60 % dans les pays en développement. Selon les estimations, pas moins des deux tiers des décès prématurés causés par les MNT sont liés à une exposition aux facteurs de risque, et la moitié d'entre eux est liée à l'insuffisance des systèmes de santé qui ne prennent pas en charge de façon efficace et équitable les patients atteints de MNT.

L'environnement social, économique et matériel des pays en développement offre aux populations un niveau de protection contre les risques et les conséquences des MNT bien inférieur à celui des pays développés. Les pauvres sont davantage exposés aux comportements à risque propices aux MNT, lesquelles ne font qu'aggraver la situation économique des familles, déjà très précaire (voir schéma 1 sur la page suivante). Dans les pays développés, les habitants bénéficient généralement de politiques et de plans multisectoriels, mis en place au niveau national par les autorités, visant à réduire les facteurs de risque et à doter les systèmes de santé des moyens nécessaires.

Les MNT portent grandement préjudice au développement humain et social. Les décès prématurés dus à ces maladies réduisent la productivité, sapent la croissance économique et enferment les populations dans la pauvreté. Un rapport de l'Union Africaine daté d'avril 2013 soulignait le fait que les coûts exorbitants liés aux MNT plongent chaque année 100 millions d'Africains dans la pauvreté et asphyxient ainsi le développement. Dans les pays en développement, les différents niveaux de prévalence des MNT au sein d'une même population et entre populations distinctes constituent l'un des principaux défis du développement au 21<sup>e</sup> siècle. Cette situation nuit gravement au développement social et économique de nombreux pays dans le monde et menace la réalisation des objectifs de développement acceptés par la communauté internationale.

Dans les pays en développement, le traitement des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète ou des affections pulmonaires chroniques peut rapidement épuiser les ressources d'un foyer et laisser les familles dans le dénuement. Les MNT aggravent les inégalités sociales parce que la plupart des paiements médicaux dans les pays en développement sont privés et prélevés sur les fonds personnels du patient. Par conséquent, ces dépenses pèsent plus lourdement sur ceux ayant des moyens limités et accroissent leur risque d'appauvrissement. Au vu de la nature chronique des MNT et des prévisions d'augmentation de leur prévalence, les répercussions économiques pourraient s'aggraver au fil des ans jusqu'à provoquer un véritable désastre économique.

L'augmentation des cas de MNT parmi les jeunes dans les pays en développement compromet désormais le « dividende démographique », c'est-à-dire les avantages économiques escomptés lorsqu'une part relativement importante de la population est en âge de travailler<sup>5</sup>. D'après les simulations macroéconomiques, sur la période 2011-2025, les pertes économiques totales dues aux quatre principales MNT dépasseront

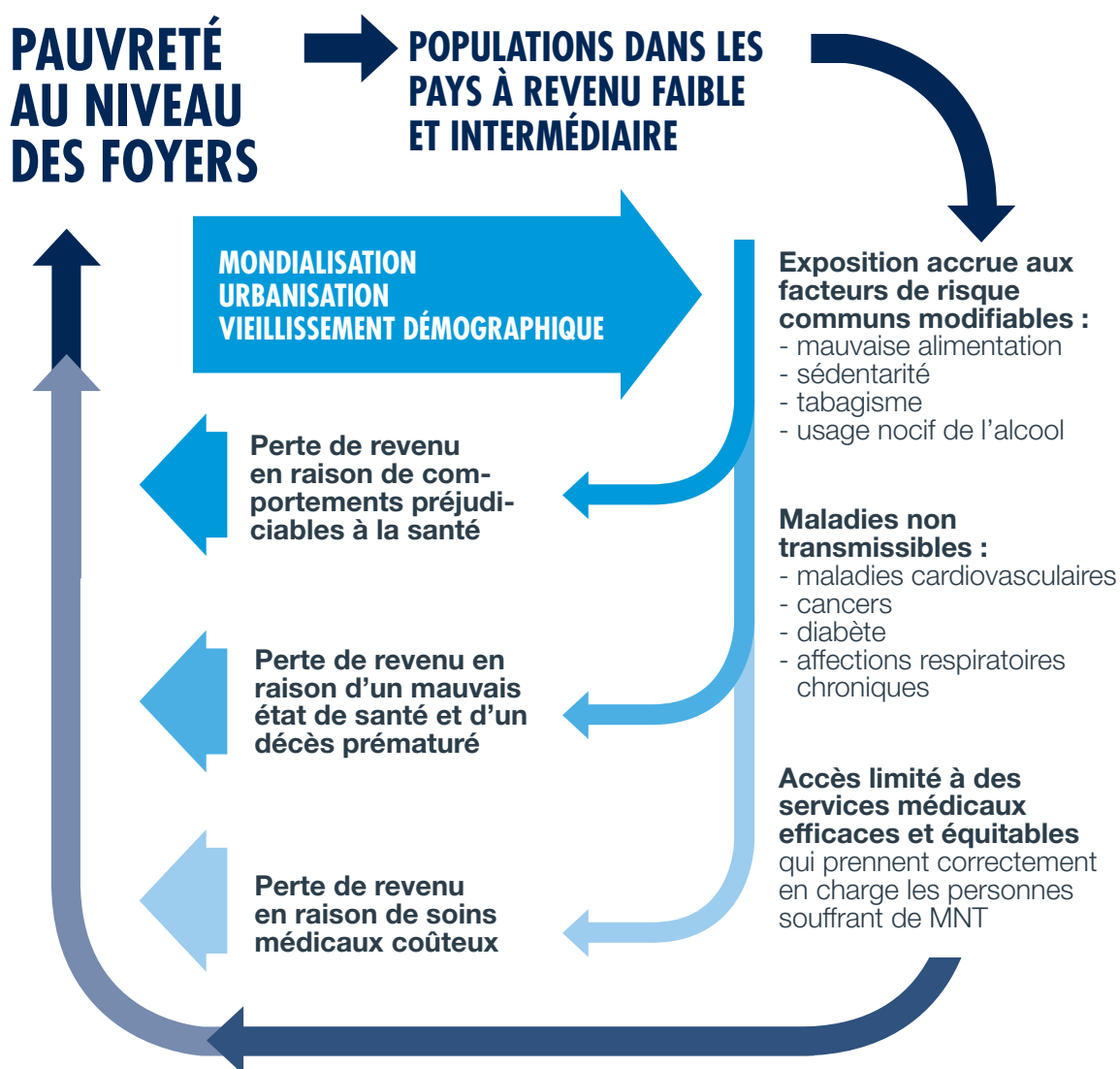
---

5. Réseau du développement humain de la Banque mondiale, « *The Growing Danger of Non-communicable Diseases – Acting Now to Reverse Course* », Conférence Edition, septembre 2011, Banque mondiale, Washington DC.

51 000 milliards de dollars US dans le monde<sup>6</sup>. Compte tenu de la taille de leurs économies, les pays en développement seront particulièrement touchés, avec des pertes moyennes estimées à près de 500 milliards de dollars US par an, soit environ 4 % de leur produit intérieur brut de 2010<sup>7</sup>.

Pour toutes ces raisons, les MNT sont désormais considérées comme un défi pour le développement de tous les pays en développement et constituent à ce titre une composante essentielle de tous les PNUAD<sup>8</sup>.

Schéma 1. La pauvreté favorise les MNT, qui contribuent à leur tour à la pauvreté<sup>9</sup>



6. Les pertes sont estimées en corrélant la valeur de la production économique avec le niveau de main-d'œuvre et de capital disponibles ainsi qu'avec la technologie. Le niveau de main-d'œuvre et de capital disponibles est ajusté en fonction de la santé de la population. Ainsi, les infirmités et les décès dus aux MNT réduisent le niveau de main-d'œuvre. Quant au capital, il est amputé des ressources qui sont consacrées au dépistage, aux traitements et aux soins médicaux au lieu d'être utilisées pour l'investissement public et privé.

7. Forum économique mondial et Harvard School of Public Health, « From Burden to "Best Buys": Reducing the economic impact of NCDs in low- and middle-income countries », Forum économique mondial et OMS, Genève, 2011.

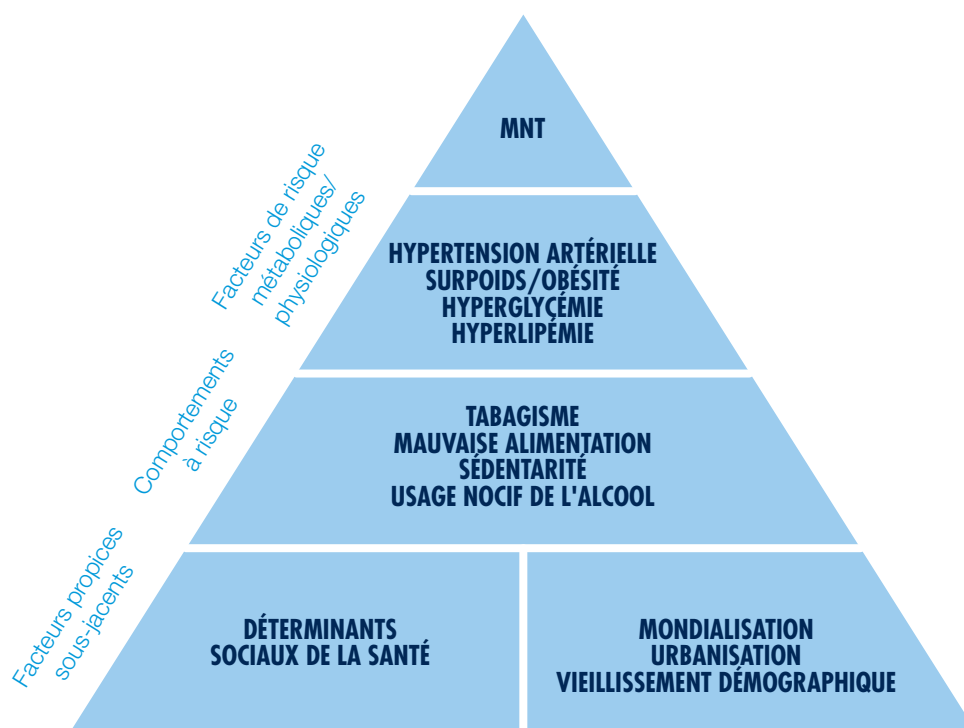
8. Lettres rédigées par l'Administrateur du PNUD et le Directeur général de l'OMS à l'intention des équipes de pays des Nations Unies, 2012 et 2014.

9. D'après le Rapport 2010 sur la situation mondiale des maladies non transmissibles de l'OMS, page 35.

## Une approche mobilisant tous les acteurs du gouvernement et de la société

Jusqu'à deux tiers des décès prématurés dus aux principales MNT sont liés à quatre facteurs de risque communs modifiables : le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité. Ces facteurs de risque provoquent des perturbations métaboliques et physiologiques qui engendrent finalement l'apparition de MNT. Plus généralement, les inégalités et les déterminants de la santé sociaux, économiques et environnementaux, conjugués à la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement démographique, constituent les facteurs sous-jacents propices aux comportements à risque, et donc à la multiplication des cas de MNT.

Schéma 2. Liens de causalité entre les facteurs sous-jacents propices aux MNT, les comportements à risque, les facteurs de risque métaboliques et physiologiques et les MNT.



Bien que les facteurs de risque soient liés à des comportements individuels, les politiques nationales publiques dans les secteurs de la fiscalité, l'éducation, l'agriculture, le développement urbain et les industries alimentaire et pharmaceutique exercent une influence majeure sur ces facteurs à l'échelle collective. Au cours d'une vie, les inégalités d'exposition aux risques et d'accès à des mesures de protection et à des soins médicaux se traduisent par des inégalités concernant l'apparition des MNT et leur issue<sup>10</sup>.

Bien que ces déterminants sociaux et économiques et les circonstances qui favorisent leur apparition sont complexes et revêtent de multiples aspects, c'est en les résolvant que les politiques nationales des pays en développement pourront, avec l'aide des Nations Unies, réduire les inégalités face au traitement des maladies. Pour ce qui est des MNT, le défi consiste à faire en sorte que les politiques et les programmes sociaux et économiques généraux, qui n'ont pas spécifiquement traité la santé, les prennent en compte.

10. Commission des déterminants sociaux de la santé, « Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. 2008 », Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS ; Marmot M., Friel S., Bell R. et al., « Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health », *The Lancet*, 2008, 372 : 1661-69 ; Organisation mondiale de la Santé, « Equity, social determinants and public health programmes », OMS, Genève, 2010 ; « La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain », 2010, OMS et ONU Habitat ; « Addressing social, economic and environmental determinants of health and the health divide in the context of sustainable human development », PNUD, 2014.

La Commission des déterminants sociaux de la santé cantonne les actions qu'elle recommande à celles qui améliorent les conditions de vie quotidiennes et qui réduisent les inégalités de répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources<sup>11</sup>. Le document d'analyse du PNUD concernant les moyens d'action sur les déterminants sociaux des MNT présente les mesures à prendre dans les secteurs autres que la santé en vue de réduire les causes des MNT<sup>12</sup>.

L'efficacité de la prévention et du contrôle exige une impulsion politique, l'engagement coordonné des parties prenantes et des actions multisectorielles, non seulement de la part des autorités, mais aussi au niveau des Nations Unies et des partenaires de développement. La prise en compte des MNT dans toutes les politiques et la mobilisation de tous les acteurs du gouvernement concerne les secteurs tels que l'agriculture, les communications, l'éducation, l'emploi, l'énergie, l'environnement, les finances, l'alimentation, les affaires étrangères, le logement, la législation, la sécurité, la protection sociale, le développement économique et social, le sport, la fiscalité, le commerce et l'industrie, le transport, l'urbanisme et la jeunesse. Les parties prenantes et les partenaires concernés sont notamment la société civile et des institutions du secteur privé.

### MNT : une priorité de développement pour les États membres et les Nations Unies

En résumé, les objectifs de la **Stratégie mondiale de lutte contre les MNT (OMS)**, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2000, sont<sup>13</sup> :

- Cartographier les zones de recrudescence des MNT et analyser les déterminants sociaux, économiques, comportementaux et politiques des MNT, notamment dans les populations pauvres et défavorisées ;
- Réduire le niveau d'exposition individuel et collectif aux facteurs de risque fréquents des MNT ;
- Améliorer les soins médicaux administrés aux patients atteints de MNT.

Dans la **Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de 2011**, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à lutter contre les MNT - par ailleurs évitables- dans le monde, une question que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) n'ont pas abordée<sup>14</sup>. Les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à adopter une approche mobilisant tous les acteurs du gouvernement et de la société afin de réduire les MNT et d'intégrer des politiques et des programmes de lutte contre les MNT dans les processus de planification en matière de santé et dans le programme de développement national de chaque État membre.

En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le **Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020**<sup>15</sup>. Ce plan d'action fournit aux États membres, aux partenaires internationaux et à l'OMS une feuille de route et des propositions de politiques qui, une fois mises en œuvre sur le plan collectif entre 2013 et 2020, permettront de se rapprocher des neuf cibles volontaires mondiales qui doivent être atteintes d'ici 2025, dont la réduction relative de 25 % des décès prématurés dus

11. Organisation mondiale de la Santé, « Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé » [pour orienter les débats lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Brésil, 19-21 octobre 2011].

12. Programme des Nations Unies pour le développement, « Discussion Paper: Addressing the Social Determinants of NCDs », PNUD, New York, 2013.

13. D'après A53/14, Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, 2000.

14. 66/2, Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, 2012.

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

aux MNT (voir annexe 1). Comme l'explique le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS, il est indispensable que le système des Nations Unies collabore étroitement avec les gouvernements afin de réduire les MNT, notamment en intégrant la lutte contre ces maladies dans le PNUAD.

En 2013, le Conseil économique et social (ECOSOC) a mis en place l'**équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des MNT**<sup>16</sup> (UN IATF) et, en 2014, il en a accepté le cahier des charges, notamment la répartition des tâches et des responsabilités entre les fonds, les programmes et les institutions des Nations Unies, et d'autres organisations internationales<sup>17</sup>. Cette équipe spéciale a pour objectif de coordonner les activités des fonds, des programmes et des organismes spécialisés des Nations Unies, ainsi que d'autres organisations intergouvernementales, afin de faciliter la réalisation des engagements pris dans la Déclaration politique de 2011, notamment grâce à la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT<sup>18</sup>.

En 2014, les États membres ont également réalisé **une étude et une évaluation d'ensemble des progrès accomplis dans la lutte contre les MNT depuis la Déclaration politique de 2011**. Le document final soulignait la nécessité de considérer les MNT comme un thème prioritaire dans les plans et politiques de développement nationaux, y compris dans le processus de conception et la mise en œuvre du PNUAD<sup>19</sup>. Ce document prenait aussi l'engagement d'accorder à la lutte contre les MNT une place de choix dans l'élaboration du programme de développement pour l'après 2015.

Le rôle important joué dans la lutte contre les MNT par les équipes de pays des Nations Unies (UNCT) a été souligné dans les **deux lettres communes de l'Administrateur du PNUD et du Directeur général de l'OMS** qui leur ont été adressées. La première, datée de 2012, proposait aux équipes de pays d'intégrer les MNT dans les processus de conception du PNUAD et dans sa mise en œuvre<sup>20</sup>. En 2014, une deuxième lettre commune rappelait l'importance d'intégrer les MNT dans les processus d'exécution du PNUAD et encourageait les équipes de pays à renforcer leurs capacités afin d'aider les autorités à mettre en œuvre ces actions prioritaires<sup>21</sup>. Ces deux courriers figurent dans l'annexe 2.

Les principaux jalons franchis à l'échelle internationale depuis le lancement en 2000 de la Stratégie mondiale de lutte contre les MNT par l'OMS sont présentés dans l'annexe 3.

## 3. LES MNT DANS LES PNUAD : SITUATION ACTUELLE

En 2014, l'OMS a examiné 62 PNUAD exécutés entre 2012 et 2013 (sur les 106 consultables sur le site du GNUM - <http://www.undg.org/?P=234>). Cet examen visait à déterminer si la lutte contre les MNT apparaissait comme une priorité (dans le résumé exécutif, l'introduction ou les domaines de soutien/d'intervention prioritaire figurant dans les résultats), comme un effet escompté (dans la section s'y rapportant) ou comme élément de la matrice des résultats.

16. E/RES/2013/12, *Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Résolution adoptée par le Conseil économique et social, ECOSOC, 2013.*

17. E/RES/2014/10, *Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Résolution adoptée par le Conseil économique et social, ECOSOC, 2014.*

18. De plus amples informations concernant l'équipe spéciale sont disponibles à l'adresse <http://www.who.int/nmh/ncd-task-force/en/>.

19. 68/300, *Document final de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur l'étude et l'évaluation d'ensemble des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 juillet 2014, Nations Unies, 2014. Celui-ci donnait la priorité à la mise en œuvre d'une série d'engagements consensuels en matière de gouvernance, prévention et réduction des facteurs de risque, soins médicaux et surveillance.*

20. *Lettre commune du Directeur général de l'OMS, et de l'Administrateur du PNUD aux équipes de pays des Nations Unies, 2012.*

21. *Lettre commune du Directeur général de l'OMS et de l'Administrateur du PNUD aux équipes de pays des Nations Unies, 2014.*

Tableau 1. Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau ci-après. Ils démontrent qu'actuellement la lutte contre les MNT n'occupe pas une place privilégiée dans les PNUAD.

<b>PNUAD LISTANT LA LUTTE CONTRE LES MNT COMME :</b>	<b>NOMBRE DE PAYS (N=62)</b>
<i>Une priorité</i>	16 (26 %)
<i>Un effet escompté</i>	4 (6 %)
<i>Un élément de la matrice des résultats</i>	15 (24 %)
<b>Une priorité et un effet escompté</b>	<b>1 (2 %)</b>
<b>Une priorité et un élément de la matrice des résultats</b>	<b>3 (5 %)</b>
<b>Un effet escompté et un élément de la matrice des résultats</b>	<b>2 (3 %)</b>
<b>Une priorité, un effet escompté et un élément de la matrice des résultats</b>	<b>0 (0 %)</b>

L'analyse montre qu'à partir de 2013 les PNUAD ne prennent pas suffisamment en compte les MNT.

L'OMS a également examiné sa stratégie de coopération avec les pays (CCS) afin de déterminer quelle place a été accordée à la lutte contre les MNT. Le bilan se caractérise par une absence générale d'analyses contextuelles dont les données relatives aux MNT et aux facteurs de risque seraient ventilées selon le sexe, l'âge, la localité, l'origine ethnique, le niveau d'instruction et de revenu.

Pour ce qui est des analyses de causalité et de la planification, les informations au sujet d'un même pays sont souvent contradictoires entre la CCS et le PNUAD. Depuis 2014, seuls quatre pays ont intégré la lutte contre les MNT à la fois dans la CCS et le PNUAD.

Ces analyses montrent que l'intégration des MNT dans le processus de PNUAD est plus probable lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- Forte sensibilisation aux MNT et à leurs facteurs de risque, étayée par des données fiables ;
- Priorité nationale accordée aux MNT dans le processus de planification du développement ;
- Mise en place à l'échelle nationale de politiques et de plans de lutte contre les MNT ;
- Mise en œuvre effective dans tout le pays de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;
- Place de choix accordée à la lutte contre les MNT dans la stratégie de coopération avec les pays ;
- Forte présence de l'OMS à toutes les étapes de planification du PNUAD ;
- Application de mesures multisectorielles, axées sur les droits de l'homme, ciblant les MNT et mises en valeur dans la stratégie de coopération avec les pays de l'OMS et dans d'autres plans sectoriels.

L'enquête de l'OMS sur les capacités des pays en matière de lutte contre les MNT<sup>22</sup> fournit des informations utiles sur les moyens disponibles au niveau national pour prévenir et maîtriser ces maladies. Elle livre aussi des renseignements complémentaires, utiles pour analyser le PNUAD et identifier les résultats, les livrables et les indicateurs pertinents.

22. L'enquête sur les capacités des pays en matière de lutte contre les MNT comporte une évaluation visant à déterminer l'existence : (i) de capacités de surveillance à l'échelle nationale consacrées aux MNT et aux facteurs de risque ; (ii) d'un(e) unité/ bureau/service au sein du ministère de la Santé chargé(e) expressément de la lutte contre les MNT ; (iii) de données probantes attestant que des ministères autres que celui de la Santé ont intégré la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque ; (iv) de fonds consacrés à des initiatives ciblant les MNT et leurs facteurs de risque ; (v) de politiques, stratégies ou plan d'action nationaux qui intègrent certaines MNT et certains facteurs de risque ; (vi) de mécanismes multisectoriels formels de coordination des politiques axées sur les MNT ; et (vii) de partenariats ou d'accords de coopération visant à mettre en œuvre les politiques dans tous les secteurs. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse [http://www.who.int/chp/ncd\\_capacity/en/](http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/).

## 4. INTÉGRATION DES MNT DANS LE PNUAD

Un ensemble complet d'outils et de procédures de programmation servant à l'élaboration des PNUAD est disponible sur le site Internet du Groupe des Nations Unies pour le développement<sup>23, 24</sup>. Les quatre étapes principales de l'élaboration d'un PNUAD sont :

- Élaborer la feuille de route
- Réaliser une analyse du pays
- Préparer le plan stratégique et élaborer la matrice des résultats
- Élaborer un plan de suivi et d'évaluation

Quarante-trois pays ont formellement adopté les modalités « Unis dans l'action » (DaO) dans un effort visant à maintenir la cohérence entre institutions et à renforcer la conformité avec les priorités nationales. Dans ces pays, bien que les priorités des Nations Unies soient orientées par des programmes unifiés de grande envergure, la création d'un PNUAD reste une exigence centrale des cadres de planification. Les orientations fournies dans le présent document concernent tant les pays qui se sont ralliés à l'initiative « Unis dans l'action » que les autres. De plus amples informations concernant le rôle du PNUAD dans les programmes unifiés figurent dans les procédures opératoires normalisées « Unis dans l'action »<sup>25</sup>.

L'OMS a publié un ensemble d'outils pour la prévention et la maîtrise des MNT à l'adresse <http://www.who.int/nmh/nccd-tools/en/><sup>26</sup>. Des ressources supplémentaires publiées par le PNUAD, qui traitent des déterminants sociaux des MNT et de la santé en général, sont également disponibles<sup>27</sup>.

### Feuille de route

#### **Mobiliser les pouvoirs publics, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes**

L'intégration des MNT dans le PNUAD débute par une feuille de route qui sert notamment à aider les acteurs n'appartenant pas au secteur de la santé (au sein du gouvernement, du système des Nations Unies et d'autres acteurs au niveau national et local) à s'impliquer dans l'atténuation de l'incidence des MNT et contribuer ainsi au développement du pays. La feuille de route explique comment la prévention et la maîtrise des MNT peuvent influencer positivement les effets produits par le développement dans des secteurs autres que la santé.

La feuille de route recense les activités des parties prenantes, le processus d'élaboration du PNUAD et les livrables attendus. Lors de l'élaboration du PNUAD, les consultations doivent être inclusives de façon à ce que tous les acteurs s'approprient leur rôle. En matière de MNT, il est primordial que les parties prenantes mobilisent ceux qui travaillent en dehors du secteur de la santé, ainsi qu'au sein des Nations Unies.

En 2014, un partage des tâches et des responsabilités de l'équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des MNT a été adopté par le Conseil économique et social des Nations Unies (voir annexe 4)<sup>28</sup>. Il peut orienter les discussions portant sur la participation des organismes des Nations Unies à la mise en œuvre à l'échelle nationale du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020.

23. *Processus de programmation commune de pays du Groupe des Nations Unies pour le développement. Remarque : Directives supplémentaires - Unis dans l'action.*

24. *Le PNUAD et l'OMS ont mis en place des séances de perfectionnement professionnel utiles pour mieux comprendre les MNT et les PNUAD. La série de webinaires du PNUAD sur les MNT et le développement constitue une source d'informations majeures (UNDP Orientation Webinar Series on NCDs). Quant à l'OMS, elle déploie actuellement au niveau régional et national une série de programmes régionaux de formation pour son personnel, complétée par la mise au point d'un programme électronique à l'attention du personnel et des directeurs de programmes relatifs aux MNT au sein des ministères de la Santé, qui jouent un rôle clé dans l'élaboration du PNUAD. Le site Internet de l'OMS et celui du PNUAD proposent des liens vers une sélection d'outils, de directives et de cadres relatifs aux MNT, à leurs facteurs de risque et à leurs déterminants sociaux.*

25. *Standard Operating Procedures for countries adopting the "Delivering as One" Approach, 2014, PNUAD.*

26. *Ces outils sont disponibles pour chacune des neuf cibles volontaires mondiales en matière de MNT et chacun des 25 indicateurs, les six objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020, les quatre principales MNT et leurs facteurs de risque.*

27. *À titre d'exemple : (i) Issue Brief: Tobacco Control for Health and Development ; (ii) Discussion paper addressing the social determinants of health ; (iii) Trade, Trade Agreements and Noncommunicable Diseases in the Pacific Islands ; (iv) Development Planning and Tobacco Control: Integrating the WHO Framework Convention on Tobacco Control into UN and National Development Planning Instruments ; (v) Addressing Social, Economic and Environmental Determinants of Health and the Health Divide in the Context of Sustainable Human Development.*

28. [http://www.un.org/ga/search/viewm\\_doc.asp?symbol=E/2014/55](http://www.un.org/ga/search/viewm_doc.asp?symbol=E/2014/55).

Tableau 2. Réduction des facteurs de risque des MNT : secteurs et organisations du système des Nations Unies concernés<sup>29</sup>

	<b>TABAGISME</b>	<b>USAGE NOCIF DE L'ALCOOL</b>	<b>SÉDENTARITÉ</b>	<b>MAUVAISE ALIMENTATION</b>
<b>Effets souhaités</b>	<p>Réduction du tabagisme.</p> <p>Réduction du tabagisme passif</p> <p>Réduction de la dépendance à la production de tabac et aux produits du tabac.</p>	<p>Réduction de l'usage nocif de l'alcool</p>	<p>Augmentation de l'activité physique</p>	<p>Réduction de la consommation de sel, de graisses saturées et de sucres.</p> <p>Remplacement des aliments caloriques et peu nutritifs par des aliments sains.</p>
<b>Action multi-sectorielle</b>	<p>Mise en œuvre complète de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, notamment :</p> <p>Augmentation des droits d'accises et du prix des produits du tabac ;</p> <p>Législation créant des zones entièrement non-fumeur dans tous les lieux de travail, lieux publics et transports en commun fermés (y compris des villes non-fumeurs) ;</p> <p>Sensibilisation aux dangers du tabac et de la fumée du tabac par des mises en garde médicales efficaces et des campagnes dans les médias ;</p> <p>Interdiction de toute forme de publicité, communication et parrainage liés au tabac.</p>	<p>Mise en œuvre complète de la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, notamment :</p> <p>Réglementation de l'offre commerciale d'alcool et de son accessibilité ;</p> <p>Limitation ou interdiction de la publicité et des actions de communication incitant à la consommation d'alcool ;</p> <p>Recours à des politiques tarifaires telles que l'augmentation des taxes frappant les boissons alcoolisées.</p>	<p>Planification/réorganisation de l'espace urbain favorisant les modes de transport actifs et les déplacements à pied ;</p> <p>Programmes scolaires encourageant l'activité physique ;</p> <p>Actions en faveur d'un mode de vie professionnel sain ;</p> <p>Multiplication des zones de plein air sûres et des espaces récréatifs ;</p> <p>Campagnes dans les médias ;</p> <p>Mesures économiques/fiscales en faveur de l'activité physique (taxes sur les transports motorisés, subventions aux vélos, équipement sportif).</p>	<p>Mise en œuvre complète de la stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, notamment :</p> <p>Réduction de la quantité de sel, de graisses saturées et de sucres dans les aliments industriels ;</p> <p>Réduction des acides gras saturés et suppression des acides gras trans produits industriellement dans les aliments ;</p> <p>Limitation de la publicité et des actions commerciales en faveur de boissons non alcoolisées et d'aliments malsains pour les enfants ;</p> <p>Accès facilité (distribution et prix) aux fruits et légumes pour favoriser leur consommation ;</p> <p>Distribution d'aliments sains dans les écoles et dans d'autres institutions publiques, et dans le cadre des programmes d'aide sociale ;</p> <p>Mesures économiques/fiscales pour encourager la consommation d'aliments sains (taxes, subventions) ;</p> <p>Sécurité alimentaire.</p>
<b>Secteurs/ministères potentiellement impliqués</b>	<p>Agriculture, douanes, économie, éducation, environnement, finance, santé, affaires étrangères, emploi, médias publics, statistiques, commerce, urbanisme.</p>	<p>Agriculture, éducation, finance, industrie, justice, commerce, urbanisme.</p>	<p>Éducation, finance, emploi, sport, transport, urbanisme.</p>	<p>Agriculture, éducation, énergie, environnement, industrie, bien-être social, commerce, transport, urbanisme.</p>
<b>Organismes des Nations Unies éventuels</b>	<p>AIEA, UIT, PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS, Banque mondiale, OMC.</p>	<p>OMC, PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS, Banque mondiale, UIT.</p>	<p>PNUD, UNFPA, UNICEF, OIT, ONU-HABITAT, UIT, CEE-ONU (pour les pays européens), OMS, Banque mondiale.</p>	<p>FAO, UIT, PNUD, UNFPA, UNICEF, Comité permanent de la nutrition des Nations Unies, ONU-FEMMES, PAM, OMS, OMC.</p>

29. D'après les appendices 4 et 5 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020.



Il est important de mobiliser un grand éventail de réseaux de la société civile, de groupes professionnels, de fondations philanthropiques et d'associations commerciales lors de l'élaboration de la feuille de route des MNT.

### ***Harmoniser la feuille de route avec les principaux plans-cadres, stratégies et plans d'action des Nations Unies***

Il est essentiel que les parties prenantes concernées par les MNT connaissent bien les missions, plans-cadres et plans d'action principaux figurant dans l'annexe 3. Ces plans-cadres sont tous axés sur l'action et dotés d'échéances à respecter. Ils doivent être examinés conjointement avec les plans-cadres nationaux et régionaux afin de garantir la cohérence dans l'élaboration de la feuille de route.

### ***S'accorder sur le calendrier, les organismes chefs de file et les rôles et responsabilités liés aux tâches confiées***

L'équipe de pays des Nations Unies et le comité de coordination du gouvernement vérifient que la feuille de route relative aux MNT est en adéquation avec le processus national de planification du développement.

Un certain nombre d'organismes des Nations Unies possèdent des agents de liaison MNT au sein des bureaux régionaux et au siège. Ceux-ci apportent leur aide en vue d'inclure les MNT lors de la préparation du PNUAD et des échanges prévus. L'OMS et le PNUD disposent dans leurs bureaux régionaux et au siège d'équipes spécialisées dans la lutte contre les MNT. L'équipe de pays des Nations Unies voudra peut-être discuter de la feuille de route avec l'équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des MNT. Il est impératif que la feuille de route relative aux MNT soit rattachée à la feuille de route générale du PNUAD, afin d'être bien prise en compte. Les défenseurs de l'intégration des MNT dans le PNUAD doivent veiller à s'impliquer totalement dans toutes les étapes de sa planification.

## **Analyse du pays**

### ***Recenser les plans, les données et les études de cas disponibles portant sur l'ampleur et l'incidence des MNT et de leurs facteurs de risque***

Les politiques, stratégies et plans d'action en matière de MNT déployés par les organismes nationaux ou ceux du système des Nations Unies constituent un bon point de départ pour l'analyse, particulièrement ceux ayant une portée multisectorielle. En dehors des autorités, d'autres partenaires possèdent des informations facilement consultables, notamment l'OMS. Les profils de pays, dressés par l'OMS, sont généralement accessibles et constituent une source de renseignements supplémentaires. L'approche par étapes de la surveillance (STEPwise), mise au point par l'OMS, et d'autres données issues d'enquêtes peuvent également s'avérer utiles<sup>30</sup>. Les travaux de certaines institutions universitaires pourront également étayer l'analyse.

Les études de cas peuvent aussi s'avérer utiles, car elles fournissent des informations approfondies, spécifiques aux pays, permettant d'identifier les points d'accès aux interventions. Il est possible de renforcer la fiabilité et l'exhaustivité de telles analyses en intégrant les principaux secteurs et partenaires exerçant une influence sur les MNT.

Dresser un inventaire de tous les rapports disponibles peut s'avérer opportun. Il est particulièrement important d'être conscient de l'existence éventuelle de conflits d'intérêts dus aux liens entre les MNT, leurs facteurs de risque et le secteur privé. Il est donc essentiel de vérifier l'identité des auteurs et la source de financement d'un rapport avant de l'inclure dans une analyse. Par exemple, les travaux financés par l'industrie du tabac ne doivent pas être utilisés.

Le tableau ci-après synthétise les éléments d'analyse avec des exemples de questions pertinentes à se poser en rapport avec les MNT. Les réponses permettront de réaliser une analyse de la situation relative aux MNT.

---

30. STEPS Country Reports, Observatoire de la santé mondiale et Urban HEART.

Tableau 3.

QUESTIONS D'ORIENTATION POUR L'ANALYSE	SOURCES DES DONNÉES
<p><b>1. Ampleur des MNT</b></p> <p>Quelle est l'incidence épidémiologique et socioéconomique des MNT dans le pays et leur impact sur la santé publique ?</p> <p>Le pays dispose-t-il d'un système de surveillance permettant de connaître l'évolution nationale de la mortalité et de la morbidité dues aux MNT et à leurs facteurs de risque ?</p> <p>Dispose-t-on d'informations spécifiques sur le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et/ou l'usage nocif de l'alcool en tant que facteurs de risque ?</p> <p>Dans quelle mesure les données sont-elles ventilées par catégorie, par exemple selon l'âge, le sexe et les caractéristiques sociodémographiques telles que le revenu, le niveau d'instruction, l'origine ethnique, le lieu de résidence ?</p> <p>Quelles sont les données disponibles qui concernent des déterminants socioéconomiques plus généraux sur la santé ?</p>	<p>Enquêtes nationales épidémiologiques et de santé publique et autres études nationales, notamment les enquêtes démographiques et de santé (Programme DHS), l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS et Urban HEART<sup>31</sup>.</p> <p>Données de surveillance STEPS de l'OMS (approche par étapes de la surveillance)<sup>32</sup>.</p> <p>Rapports de pays de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac</p> <p>Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme<sup>33</sup>.</p> <p>Système d'information mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé (GISAH).</p> <p>Enquêtes nationales sur le budget des ménages, dépenses pour l'alimentation (par ex. dans FAOSTAT, la base de données statistiques de la FAO).</p> <p>Autres sources d'information sur les facteurs de risque.</p>
<p><b>2. Politique et planification en matière de MNT</b></p> <p>Dans quelle mesure la prévention et le contrôle des MNT sont-ils considérés comme des priorités majeures au niveau du pays ?</p> <p>Existe-t-il un plan national pour la prévention et le contrôle des MNT prévoyant des priorités, des objectifs, des stratégies et des indicateurs ? Est-il multisectoriel ? Si oui, quels sont les mécanismes qui assurent la coordination et la cohérence entre les initiatives du secteur de la santé et celles des autres secteurs ? Quelles sont les interventions ? Existe-t-il des plans à l'échelle locale ? Si oui, sont-ils en conformité avec les plans nationaux ?</p> <p>Existe-t-il un plan national visant à réduire l'exposition aux principaux facteurs de risque modifiables des MNT, à savoir le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité ? Si oui, quelles sont les interventions ?</p> <p>Les MNT et leurs facteurs de risque ont-ils été identifiés dans les plans nationaux de développement actuels et futurs ?</p>	<p>Plans nationaux de développement.</p> <p>Plans nationaux et analyses globales en matière de nutrition.</p> <p>Politiques, stratégies et plans ciblant les MNT. PNUAD antérieurs.</p> <p>Stratégie actuelle de coopération avec les pays (OMS).</p> <p>Enquête de l'OMS sur les capacités nationales de lutte contre les MNT<sup>34</sup>.</p> <p>Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme.</p>

31. <http://www.dhsprogram.com> et <http://www.dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>.

32. « Approche par étapes de la surveillance » (STEPS) de l'OMS.

33. [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/en/).

34. L'enquête sur les capacités recueille des informations concernant : les infrastructures médicales publiques ; la situation des politiques, stratégies et plans d'action pertinents ciblant les MNT, y compris leur financement ; les systèmes d'information médicaux, de surveillance et d'enquête sur les MNT ; les capacités des systèmes de santé pour ce qui est de la détection précoce et du traitement des MNT, ainsi que des soins reçus dans le système de soins médicaux primaires ; les partenariats et les accords de coopération en faveur de la santé. Si le pays n'a pas encore répondu à l'enquête, les questions serviront à réaliser une évaluation complète de ses capacités, processus et mesures.

QUESTIONS D'ORIENTATION POUR L'ANALYSE	SOURCES DES DONNÉES
<p><b>3. Mesures contre les MNT</b></p> <p><i>Quelles sont les interventions de développement actuelles et prévisionnelles qui visent à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, comme la réduction de la pauvreté, la protection sociale ou l'égalité des sexes ? Existe-t-il des interventions en cours dans les secteurs autres que la santé, qui exercent une incidence manifeste sur les MNT et leurs facteurs de risque ?</i></p> <p><i>Dans les secteurs vers lesquels l'aide au développement des Nations Unies est dirigée prioritairement, les risques et les bénéfices en termes de santé publique ont-ils été identifiés/paliés ?</i></p> <p><i>L'accent est-il mis sur les interventions les plus rentables énumérées dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS ?</i></p>	<p><i>Études de cas recueillies par l'OMS, le PNUD et d'autres organismes du système des Nations Unies.</i></p>
<p><b>4. Partenariats pour lutter contre les MNT</b></p> <p><i>Existe-t-il dans le pays des plateformes de partenariat, des accords ou d'autres dispositifs ou mécanismes qui pourraient être davantage mobilisés et renforcés en vue de favoriser une approche multisectorielle adaptée pour lutter contre les MNT ou leurs facteurs de risque ?</i></p> <p><i>Y a-t-il des ONG, des organisations de la société civile ou des associations impliquées dans la lutte contre les MNT, les facteurs de risque et les déterminants ?</i></p>	

### **Rédiger un argumentaire en faveur de la lutte contre les MNT**

Il est indispensable de réaliser un argumentaire économique et financier en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de programmes de prévention et de maîtrise des MNT, de façon à ce que les ministères, et notamment celui des Finances, comprennent que les MNT pèsent lourdement sur l'économie. Un argumentaire économique ou financier, basé sur des données nationales décrivant les déterminants, les facteurs de risque et les MNT, peut fournir des informations supplémentaires sur les domaines dans lesquels les investissements seront les plus rentables en termes de réduction de la mortalité, et donc des pertes de productivité qui en résultent.

Des liens doivent être établis entre les MNT et des questions plus générales liées au développement, comme la réduction de la pauvreté, qui sont analysées dans le PNUAD. Citons par exemple la couverture sociale universelle, l'alimentation, la protection sociale, mais aussi d'autres objectifs de développement plus généraux (gouvernance, commerce, économie, etc.). Les différentes politiques multisectorielles possibles pour réduire les MNT dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont présentées dans l'annexe 5.

Les interventions visant à prévenir les MNT peuvent profiter à plus d'un secteur. Par exemple, les recettes tirées de l'augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool profitent à la santé publique et au produit intérieur. Les gouvernements peuvent à leur tour décider d'affecter ces recettes à la prévention et à la maîtrise des MNT, ou plus globalement au secteur de la santé. Il est judicieux d'évaluer l'incidence sur les MNT des politiques appliquées dans les secteurs autres que la santé. Dans l'agriculture, les politiques exercent une influence positive ou négative sur la consommation d'aliments sains et sur l'alimentation en général (prépondérance des fruits et légumes au détriment des protéines et des graisses animales, par exemple). Le commerce est un autre secteur dont les politiques ne sont pas sans effets sur les MNT. Le tableau ci-après associe une série de mesures commerciales à leurs effets positifs et négatifs éventuels sur la lutte contre les MNT (tableau 4).

Tableau 4. Commerce et MNT : effets positifs et négatifs potentiels.

MESURE	EFFETS POSITIFS	EFFETS NÉGATIFS
<p>Commerce de biens - réduction des droits de douane (taxes à l'importation) et d'autres barrières commerciales telles que les quotas d'importation.</p>	<p>Allègement des coûts d'importation d'un grande variété de biens (pétrole, denrées alimentaires, équipement agricole, etc.) qui peuvent contribuer à l'élévation du niveau de vie et à une meilleure santé (plus grande diversité alimentaire par exemple).</p> <p>Un accès facilité aux marchés d'exportation peut accroître l'activité économique, d'où des retombées positives sur l'investissement local, l'emploi et le niveau de vie.</p>	<p>La diminution des recettes de l'État générées par les droits de douane peut réduire les fonds affectés aux soins médicaux et aux déterminants sociaux (éducation).</p> <p>La réduction des taxes d'importation peut réduire le coût de produits qui nuisent à la santé : viandes grasses transformées, boissons sucrées, alcool, tabac.</p> <p>La participation à des accords commerciaux peut compliquer les politiques et la réglementation visant à contrôler l'approvisionnement et le prix des aliments nocifs.</p>
<p>Commerce de services - ouverture des marchés à l'investissement étranger.</p>	<p>Davantage d'investissement dans les équipements nouveaux et les dernières technologies.</p>	<p>Les accords peuvent réduire l'espace dont dispose le gouvernement pour réglementer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins médicaux.</p> <p>Les fonds peuvent être captés par des systèmes médicaux privés, et donc accroître les inégalités d'accès aux soins.</p>
<p>Protection de la propriété intellectuelle, notamment les ADPIC (OMC)</p>	<p>Commerce de biens - réduction des droits de douane (taxes à l'importation) et d'autres barrières commerciales telles que les quotas d'importation.</p>	<p>Peut augmenter les coûts des médicaments, restreindre le recours aux génériques.</p>
<p>Protection des investissements étrangers.</p>	<p>Contribution au développement économique, amélioration du niveau de vie.</p>	<p>Peut entraver la réglementation en matière de santé publique, comme le contrôle de la consommation de tabac et d'alcool.</p>

Les annexes 6 et 7 présentent respectivement les synergies entre secteurs et les points d'accès possibles aux interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et la consommation de sel.

### **Décrire les recoupements entre les MNT et les principes de programmation des Nations Unies**

Cinq principes de programmation, définis par les Nations Unies, oriente la formulation du PNUAD : (i) une approche axée sur les droits de l'homme ; (ii) l'égalité des sexes ; (iii) la durabilité environnementale ; (iv) le renforcement des capacités et (v) la gestion axée sur les résultats. Les MNT affectent chacun de ses principes. La lutte contre les MNT permet donc de les renforcer. Ces principes doivent être identifiés dans la feuille de route. L'annexe 8 fournit des exemples de recoupement entre les MNT et les principes de programmation.

### **Évaluer les conflits d'intérêt et les éviter**

La santé et le développement s'inscrivent aujourd'hui dans un environnement qui s'est complexifié à bien des égards, notamment par la multiplication des acteurs intervenant dans la gouvernance de la santé. Des acteurs n'appartenant pas à l'État jouent désormais un grand rôle dans tous les aspects de

la santé. Les gouvernements et les équipes de pays des Nations Unies ne peuvent donc assumer leurs responsabilités en matière de lutte contre les MNT qu'à la condition d'engager un dialogue actif avec ces acteurs dans la création et la protection des biens publics. Ce dialogue volontaire et constructif a pour but d'encourager l'utilisation des ressources (connaissances, expertise, matériel, personnel et finances) des acteurs n'appartenant pas à l'État au service d'efforts nationaux en faveur de la santé publique et d'inciter ces acteurs à améliorer leurs propres activités de protection et de défense de la santé.

Si cette coopération à l'échelle nationale repose sur le respect et la confiance mutuels, elle requiert aussi des mesures de prudence. Pour être capables de renforcer leur collaboration avec les acteurs n'appartenant pas à l'État, au bénéfice de la santé et dans l'intérêt de tous les acteurs, les gouvernements et les équipes de pays des Nations Unies doivent renforcer simultanément leur gestion des risques potentiels correspondants. Au nombre de ces risques, figurent les pressions de la part d'un acteur privé pour obtenir un avantage compétitif ou un soutien indu qui limiterait les avantages procurés à la santé publique, qui redorerait son image en l'associant à la santé publique ou qui affecterait l'indépendance et l'objectivité d'un gouvernement et/ou d'une équipe de pays des Nations Unies. L'engagement doit s'accompagner de mesures rigoureuses d'encadrement qui encouragent et renforcent l'implication tout en servant d'instruments d'identification des risques de façon à les évaluer en comparaison avec les bénéfices attendus et à préserver l'intégrité et la réputation du gouvernement et de l'organisme ou de l'équipe pays des Nations Unies.

L'annexe 9 fournit des directives supplémentaires.

### Planification stratégique et élaboration d'une matrice des résultats

#### ***S'accorder sur l'avantage comparatif pour le système des Nations Unies dans son ensemble et pour chacun de ses organismes***

L'analyse du pays constitue le fondement de la planification stratégique et de l'élaboration d'une matrice des résultats. Dans pratiquement tous les pays, l'ampleur des MNT, leurs répercussions socioéconomiques, leur incidence sur le développement et, en particulier, leur nature multisectorielle donne au système des Nations Unies un avantage comparatif notable pour soutenir les États dans la prévention et la maîtrise des MNT.

Lors de la planification stratégique, l'équipe de pays des Nations Unies pourra trouver de l'aide pour définir les rôles et les responsabilités du système des Nations Unies dans le pays en consultant dans l'annexe 4 le partage des tâches et des responsabilités entre les membres de l'équipe spéciale interorganisations des Nations Unies ainsi que le plan biennal de cette équipe<sup>35</sup>.

Bien que le PNUAD ne doive pas forcément souligner le mandat propre à chaque organisme des Nations Unies, il devrait indiquer clairement comment le système des Nations Unies peut mobiliser ses forces uniques pour faire progresser le programme relatif aux MNT en accord avec les politiques et plans nationaux actuels et futurs, y compris les objectifs en matière de lutte contre les MNT que les États membres se sont fixés à l'échelle du pays conformément aux neuf cibles volontaires mondiales.

Lors du choix des priorités en matière de MNT pour le PNUAD, les effets escomptés devraient être axés avant tout sur les « interventions présentant un excellent rapport coût/efficacité »<sup>36</sup>, exposées dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020. Ces « interventions présentant un excellent rapport coût/qualité » sont listées dans l'encadré 1 et figurent parmi les outils de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des MNT<sup>37</sup>.

---

35. Plan de travail biennal de l'équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des MNT, 2014-2015.

36. Les interventions présentant un excellent rapport coût/qualité sont celles qui permettent de gagner une année de vie en bonne santé pour un coût inférieur au revenu annuel moyen ou au produit intérieur brut par habitant.

37. Outils de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des MNT.

Encadré 1.

## INTERVENTIONS PEU ONÉREUSES, FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES, AYANT UN BON RAPPORT COÛT/QUALITÉ (APPELÉES AUSSI « BEST BUYS ») PROPOSÉES À TOUS LES ÉTATS MEMBRES POUR PRÉVENIR ET MAÎTRISER LES MNT\*

### **Tabagisme+**

- Augmentation des droits d'accises et du prix des produits du tabac
- Législation créant des zones entièrement non-fumeur dans tous les lieux de travail, lieux publics et transports en commun fermés<sup>38</sup>
- Sensibilisation aux dangers du tabac et de la fumée du tabac par des mises en garde médicales efficaces et des campagnes dans les médias
- Interdiction de toute forme de publicité, communication et parrainage liés au tabac

### **Usage nocif de l'alcool**

- Réglementation de l'offre commerciale d'alcool et de son accessibilité
- Limitation ou interdiction de la publicité et des actions de communication incitant à la consommation d'alcool
- Recours à des politiques tarifaires telles que l'augmentation des taxes frappant les boissons alcoolisées

### **Mauvaise alimentation et sédentarité**

- Réduction de l'apport de sel (et ajustement de la quantité d'iode dans le sel iodé le cas échéant)
- Substitution des acides gras trans par des acides gras insaturés
- Mise en œuvre de programmes de sensibilisation du public à l'importance de l'alimentation et de l'exercice physique

### **Maladies cardiovasculaires (MCV) et diabète**

- Pharmacothérapie et conseils pour les sujets ayant subi une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et ceux exposés à un risque élevé d'événement cardiovasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années
- Acide acétylsalicylique dans les cas d'infarctus aigu du myocarde

### **Cancer**

- Prévention du cancer du foie par la vaccination anti-hépatite B
- Prévention du cancer du col de l'utérus grâce au dépistage associé au traitement rapide des lésions précancéreuses

D'après l'appendice 3 (pages 65-70) du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1).

38. Remarque : le terme « entièrement » signifie que l'interdiction de fumer ne souffre aucune exception. Les systèmes de ventilation et les zones/pièces réservées aux fumeurs ne protègent pas du tabagisme passif. Les seules réglementations offrant une protection réelle sont celles qui empêchent complètement le tabagisme dans tous les lieux publics.

\*Les mesures énumérées présentent un excellent rapport coût/qualité, car elles permettent de gagner une année de vie en bonne santé pour un coût inférieur au revenu annuel moyen ou au produit intérieur brut par habitant. Les gouvernements, dans un effort pour réduire les facteurs de risque, ne devraient pas se contenter d'une seule intervention, mais adopter plutôt une approche complète leur permettant d'obtenir les résultats attendus. L'OMS actualisera régulièrement cette liste d'interventions présentant un excellent rapport coût/qualité.

+ Tabagisme : On retrouve dans chacune de ces mesures une ou plusieurs dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Ces mesures n'ont pas pour vocation de hiérarchiser les obligations au titre de la Convention-cadre de l'OMS. En revanche, ces mesures se sont avérées faisables, accessibles financièrement et d'un bon rapport coût/efficacité ; elles sont destinées à remplir les critères décrits dans le chapeau de l'appendice 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 afin de soutenir les pays dans les efforts qu'ils font pour atteindre le plus vite possible les cibles convenues. La Convention-cadre de l'OMS renferme un certain nombre d'autres dispositions importantes, dont des mesures de réduction de l'offre et celles pour soutenir l'action multisectorielle, qui font partie de tout programme global de lutte antitabac.

### **Repérer les lieux où l'action bénéficie d'un élan mondial et régional**

Lorsqu'elle détermine les priorités à l'échelle du pays, l'équipe de pays des Nations Unies doit repérer les lieux où il existe un élan mondial ou régional particulier, des ressources et des exemples de pratiques transférables. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, en tant que traité juridiquement contraignant, en est un exemple typique. Ce peut être aussi des mesures internationales ou régionales visant à réduire l'apport de sel<sup>39</sup>, à favoriser l'activité physique<sup>40</sup> ainsi que la Déclaration de Rome sur la nutrition et le cadre d'action défini lors de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition<sup>41</sup>.

### **Intégrer les MNT dans la matrice des résultats, accompagnées de liens vers d'autres programmes**

La matrice des résultats du PNUAD contient des informations concernant les effets escomptés seulement, ou bien concernant les effets escomptés et les livrables. Un plan multisectoriel national de lutte contre les MNT, prévoyant des cibles à l'échelle du pays, fournit généralement les informations nécessaires pour définir les indicateurs servant de référence et de cible, ainsi que les dispositifs de vérification. Dans l'idéal, ce plan doit prévoir le rôle joué par les partenaires, notamment pour chaque effet escompté des mesures de lutte contre les MNT qui figure dans la matrice des résultats. Les cibles nationales, les « interventions présentant un excellent rapport coût/qualité » énumérées précédemment et les différentes politiques possibles exposées dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 fourniront les informations nécessaires à la sélection d'effets escomptés et de livrables adéquats. La nature multisectorielle complexe des MNT impose d'accorder une attention particulière à l'évaluation des risques et des hypothèses associés à chaque effet escompté et à chaque livrable. En raison de l'incidence des MNT et de leurs facteurs de risque sur des questions plus générales liées au développement, les MNT peuvent aussi être intégrées au niveau des effets escomptés et des livrables dans des domaines tels que la réduction de la pauvreté, l'efficacité de la gouvernance, l'inclusion sociale et le capital social.

Un certain nombre de PNUAD comprennent des actions concernant le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles, ainsi que la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle et infantile. Le document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur l'étude et l'évaluation d'ensemble des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des MNT (2014) réclame l'intégration, le cas échéant, des mesures concernant ces domaines dans la prévention et la maîtrise des MNT.

Le PNUAD doit souligner les livrables qui renforcent la gouvernance dans le secteur des MNT. Des efforts doivent être déployés pour comprendre les structures et mécanismes variés de gouvernance mis en place dans un pays et pour tirer parti de l'expérience acquise par les Nations Unies pour ce qui est d'encourager et de documenter des interventions et des mécanismes multisectoriels. Il est possible d'appliquer aux MNT les enseignements appris des mesures internationales de lutte contre le VIH, notamment l'importance capitale d'adopter les principes clés de gouvernance démocratique pour pouvoir mobiliser tous les acteurs de la société<sup>42</sup>. Lors de la prise de décisions juridiques, réglementaires et politiques en matière de MNT, la société civile peut jouer un rôle de premier plan dans la défense des droits de l'homme et de la justice sociale, particulièrement en ce qui concerne la politique commerciale et le droit des gouvernement à réglementer l'accès aux produits qui nuisent à la santé et aux médicaments indispensables. Le partenariat « NCD Alliance » fournit sur son site Internet des outils à l'usage de la société civile pour l'aider dans ses actions de plaidoyer nationales et régionales. La coopération avec ces groupes de la société civile qui ne font pas traditionnellement partie du secteur de la santé ou des MNT s'avère fructueuse<sup>43</sup>.

39. *World Action on Salt and Health [WASH]*.

40. *Ciclovías recreativas de las Americas (CRA)*.

41. *Deuxième Conférence internationale sur la nutrition de FAO/OMS (ICN2)*.

42. *Programme des Nations Unies pour le développement, « A post-2015 development agenda: lessons from governance of HIV responses in Asia and the Pacific », PNUD, Bangkok, 2014.*

43. *NCD Alliance, 'Non-communicable Diseases: Join the Fight, An online advocacy toolkit'.*

## BARBADE ET ORGANISATION DES ÉTATS DE LA CARAÏBE ORIENTALE (OECO), PNUAD 2012-2016

**Analyse :** de nombreux pays des Caraïbes ont connu un changement dans les modes d'alimentation qui a entraîné une augmentation des taux d'obésité, qui s'est elle-même soldée par une hausse des MNT liées à une mauvaise alimentation, notamment diabète et hypertension. Une des évolutions courantes observées à la Barbade et dans les OECO est l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, pour les hommes comme pour les femmes, accompagnée d'une transition épidémiologique des maladies transmissibles vers les maladies non transmissibles telles que l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Les indicateurs de base pour les MNT publiés par l'OPS en 2011 révèlent que la prévalence du diabète de type 2 chez les adultes varie de 7,6 % à 25 %. Le manque de données relatives aux MNT et à d'autres indicateurs de santé est un défi commun pour l'OECO et la Barbade.

### Cadre de résultats :

Effet escompté 5 : Intégration de la santé publique à un programme de développement

s'appuyant sur une approche axée sur les droits et ciblant le VIH/SIDA et les maladies non transmissibles (MNT).

Livrable 5.4 : Soutien apporté aux activités de plaidoyer, de renforcement des capacités et d'assistance technique visant à accroître la disponibilité et l'accessibilité de services médicaux faciles d'emploi, de qualité, pour la prévention et le traitement du VIH et des MNT.

### Cible :

réduction de 25 % de l'obésité féminine et masculine. Mise en place de politiques et actualisation de la législation en vigueur afin de limiter la consommation d'alcool chez les mineurs et de renforcer les conseils donnés aux élèves dans les écoles en matière de lutte contre la toxicomanie et l'abus d'alcool.

[http://www.bb.undp.org/content/dam/barbados/docs/legal\\_framework/UNDAF%20Barbados%20and%20OECS%202012-2016.pdf](http://www.bb.undp.org/content/dam/barbados/docs/legal_framework/UNDAF%20Barbados%20and%20OECS%202012-2016.pdf)

## BIÉLORUSSIE, PNUAD 2011-2015

**Analyse :** Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, le cancer et les lésions. En Biélorussie, le taux de mortalité prématurée (0-64 ans) due aux cardiopathies ischémiques et aux tumeurs malignes est l'un des plus élevés d'Europe. Le tabagisme est répandu, surtout chez les hommes (dont 50 % sont fumeurs). S'il a légèrement reculé chez les hommes, de 55 % en 1998 à 51 % en 2011, il a augmenté chez les femmes et les adolescents sur la même période. D'après les estimations, le tabac tue quelque 15 500 personnes par an, soit 14 % des décès.

En outre, le tabac serait responsable d'environ 40 % de tous les décès masculins en milieu de vie (35-69 ans) et de presque la moitié (40 %) de tous les décès dus au cancer. L'abus d'alcool est un problème grave parmi la population masculine. La toxicomanie a également augmenté. La consommation d'alcool est responsable de nombreux décès prématurés. En 2001, le ratio normalisé de mortalité due à une sélection de causes liées à l'alcool était de

188 pour 100 000 habitants. En 2004, les ratio moyens pour la Région européenne de l'OMS s'élevait à 100 pour 100 000 habitants. La forte consommation d'alcool et le tabagisme sont donc des enjeux majeurs de santé publique en Biélorussie.

### Cadre de résultats :

Effet escompté 2.4 : La population a acquis les connaissances et les aptitudes requises en matière de mode de vie sain.

Livrable 2.4.1 : prévention de l'abus d'alcool et du tabagisme...

### Principales actions :

Élaborer un système national de contrôle de la consommation d'alcool ; actualiser la politique nationale relative aux alcools ; renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac...



### **Identifier et organiser le(s) groupe(s) de résultats**

Les équipes de pays des Nations Unies doivent identifier les mécanismes de collaboration les plus adaptés concernant les principales MNT et/ou les facteurs de risque et/ou les lacunes dans les capacités du pays (surveillance ou élaboration de politiques). Ces groupes doivent comprendre des partenaires au sein du gouvernement et d'autres le cas échéant. Des plans de travail communs doivent être conçus afin de produire les effets escomptés et les livrables définis dans la matrice des résultats.

### **Suivi et évaluation**

#### **Exploiter des données nationales pour le suivi**

Il est important que le suivi des progrès effectués dans la réalisation des effets escomptés exploite les données et les informations recueillies par les enquêtes nationales et les systèmes de surveillance, particulièrement celles qui sont ventilées selon des facteurs clés (âge, sexe, revenu, zone urbaine/rurale, éducation). Les données récoltées régulièrement sur le plan local sont également utiles, particulièrement pour les décisions à prendre au niveau local. Ces données ont été présentées précédemment dans la présente Note d'orientation.

#### **Utiliser si possible les structures existantes**

Avec la multiplication des plans d'action et des mécanismes multisectoriels visant à renforcer la lutte contre les MNT au sein du gouvernement et avec des partenaires non-gouvernementaux, l'équipe de pays des Nations Unies aura davantage d'occasions de participer à la réalisation d'études nationales sur les MNT. À l'avenir, il se peut que les équipes de pays des Nations Unies doivent constituer des groupes thématiques chargés des MNT ou intégrer les MNT à des groupes déjà formés (appelés groupes de résultats dans les pays qui se sont ralliés à « Unis dans l'action »). L'équipe de pays des Nations Unies se servira des données probantes disponibles auprès de ces groupes pour évaluer la contribution des Nations Unies à l'obtention des effets escomptés en matière de MNT définis dans le PNUAD.

#### **Vérifier les hypothèses et les risques dans la matrice des résultats**

Lors de l'évaluation des progrès accomplis dans l'obtention des effets escomptés, il est utile de considérer non seulement les indicateurs/cibles quantitatifs mais aussi les facteurs qualitatifs qui affectent la probabilité de les obtenir. Un bon moyen de s'en assurer est de vérifier dans quelle mesure chaque effet escompté adhère aux cinq principes de programmation et les soutient.

La politique générale et les directives qui s'appliquent aux activités de suivi et évaluation sont disponibles dans les Outils d'orientation et d'assistance du PNUAD.

# ÉTUDES DE CAS

## Étude de cas n°1. République de Moldova : extraits du PNUAD (Cadre de partenariat des Nations Unies) et du plan d'action ciblant les MNT

L'élaboration du PNUAD (Cadre de partenariat des Nations Unies) pour la République de Moldova, pour la période 2013-2017, a débuté en 2011. Les MNT sont intégrées dans les catégories développement humain et inclusion sociale, avec un effet escompté figurant dans le Cadre de partenariat des Nations Unies, auquel sont associés deux livrables sur les MNT et le tabagisme inscrits dans le Plan d'action et choisis comme cibles prioritaires (sur les cinq livrables ayant trait à des domaines tels que santé des adolescents et approche portant sur toute la durée de la vie ; maladies transmissibles ; MNT et décisions propices à une bonne santé ; système de santé et services de santé publique ; droit et accès à la santé)<sup>44</sup>.

### PILIER 2 : DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET INCLUSION SOCIALE

**Priorités ou objectifs nationaux en matière de développement : l'un des principaux objectifs de la République de Moldova est l'éradication de la pauvreté. À l'échelle du pays, la pauvreté et l'accès insuffisant à une éducation de qualité, à des soins médicaux de qualité, à des services publics décents, à des opportunités économiques et d'emploi, ainsi que le développement régional, sont considérés comme des priorités et figurent à ce titre dans « République de Moldova 2020 » (la stratégie nationale de développement), dans les stratégies et programmes sectoriels nationaux, et dans les cibles des OMD pour le pays en matière de pauvreté, éducation, santé, égalité des sexes, traités internationaux et régionaux et engagements qui s'y rapportent, et certains documents conjoints de l'Union européenne et de la République de Moldova.**

**Effet escompté 2.2** *Les citoyens bénéficient d'un accès équitable à des services de santé publique et de soins médicaux de qualité et sont protégés contre les risques financiers*

**Organismes impliqués :** OMS, AIEA, OIM, ONUSIDA, UNFPA, ONUDC, UNICEF.

**Indicateurs, données de référence, cibles :** (au total cinq indicateurs choisis : espérance de vie, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, dépenses privées prélevées sur les économies des ménages, taux de traitement antirétroviral chez les enfants et les adultes et taux de mortalité maternelle)

**Livrable 2.2.3** *Le secteur public et privé est mieux équipé pour gérer les MNT et créer des environnements plus propices à un mode de vie sain en vue de lutter contre les principaux facteurs de risque*

**Organismes impliqués :** AIEA, PNUD, UNFPA, OMS.

44. Bureau de la coordination des activités de développement des Nations Unies, « Desk review of UNDAFs commencing in 2013, Country examples May 2013 » ; Gouvernement de la République de Moldova et mission des Nations Unies en République de Moldova, « Towards Unity in Action: UN – Republic of Moldova Partnership Framework, 2013-2017 » ; Gouvernement de la République de Moldova et mission des Nations Unies en République de Moldova, « Towards Unity in Action – UN and Republic of Moldova Partnership Framework 2013-2017 Action Plan ».

## PILIER 2 : DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET INCLUSION SOCIALE

*Espérance de vie à la naissance, ventilée par zone urbaine/rurale, sexe, origine ethnique, quintiles de revenu, niveau d'instruction, zone géographique (si disponible)*

Seuil de référence : Global : 69,1 ans (2010) ;

Hommes : 65 ans (2010) ;

Femmes : 73,4 ans (2010)

Cible : augmentation du chiffre global à 75,5 en 2017 ; réduction de l'écart entre hommes et femmes à deux ans d'ici 2017

Moyens de vérification : données du ministère de la Santé

*Part des dépenses médicales privées, prélevées sur les économies des ménages, en pourcentage des dépenses totales de santé, ventilée par indicateur (a)*

Seuil de référence : 48,4 %

Cible : diminution à 35 % d'ici 2017

Moyens de vérification : données du ministère de la Santé

**Rôles des partenaires :** le ministère de la Santé, les organismes du secteur de la santé et les compagnies nationales d'assurance-maladie déterminent les priorités et les ressources, et élaborent et contrôlent les politiques et la réglementation. Le gouvernement et les ministères intègrent les questions liées à la santé dans leurs politiques respectives. Les autorités locales en matière de santé déterminent les priorités et affectent les ressources. L'UE, la Banque mondiale, la Direction du développement et de la coopération, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et des accords bilatéraux apportent un soutien financier et technique. Des ONG et des organisations comme la Croix-Rouge offrent des services et élaborent des modèles innovants pour l'appropriation nationale.

**Risques :** L'instabilité politique ralentit le programme de réforme de la santé. La crise économique internationale provoque un ralentissement de la croissance, une contraction des recettes publiques et des coupes budgétaires (y compris l'assurance médicale groupée). L'absence du secteur de la santé parmi les secteurs nationaux prioritaires se traduit par des coupes budgétaires. L'intérêt porté au secteur de la santé par les donateurs et la disponibilité de leurs ressources peut diminuer à moyen terme. Introduction de la participation aux coûts dans les soins primaires. Les réformes requises dans les infrastructures du secteur de la santé (santé publique, soins primaires, hôpitaux) ne sont pas mises en œuvre suffisamment vite pour garantir l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services préventifs et curatifs.

**Hypothèses :** Les réformes en matière de santé continuent d'être menées par le ministère de la Santé et les institutions qui en dépendent, et des ajustements sont opérés en fonction des données disponibles et des informations fournies par les activités de suivi. La politique nationale en matière de santé et la stratégie du système de santé continuent d'être considérées comme les documents d'orientation.

### Indicateurs, seuils de référence, cibles

*Mortalité prématurée due aux MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et affections respiratoires chroniques) dans la tranche d'âge des 30-70 ans (taux pour 100 000 habitants ventilé par sexe et zone urbaine/rurale).*

Seuil de référence : 591,5 pour 100 000 en 2011 (dont hommes : 772,2 ; femmes : 429,7 ; zones rurales : 679,9 ; zones urbaines : 477,4).

Cible : réduction de 10 % (sur la base d'une diminution annuelle de 2 %, à ventiler par sexe et zone rurale/urbaine).

*Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population, âgés de plus de 15 ans (ventilé par zone rurale/urbaine et tranches d'âge)*

Seuil de référence : (ventilation par zone rurale/urbaine et tranches d'âge à faire pour 2013) hommes : 51 % (EDS 2005) ; 51 % (Rapport sur la lutte antitabac en Europe 2007, OMS) ; 47 % (étude KAP, 2012, OMS) ; femmes : 7,1 % (EDS 2005) ; 5 % (Rapport sur la lutte antitabac en Europe 2007, OMS) ; 6 % (étude KAP, 2012, OMS)

Cible : (ventilation par zone rurale/urbaine et tranches d'âge à faire pour 2013) hommes : 3 % de réduction annuelle ; femmes : 0,5 % de réduction annuelle

**Moyens de vérification :** Rapport annuel sur la santé publié par le ministère de la Santé (d'autres tranches d'âge peuvent être étudiées en fonction des données disponibles) ; plusieurs sources disponibles pour le suivi : études KAP, enquêtes MICS, rapports OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, rapports OMS sur la lutte antitabac en Europe

## Étude de cas n°2. Viet Nam - Extraits du plan unifié ciblant les MNT

Le plan unifié 2012-2016 du Viet Nam s'attache notamment au renforcement des capacités nationales.

**Analyse du pays :** 63 % de l'ensemble des décès au Viet Nam sont dus aux MNT. La prévalence du diabète a presque doublé au cours de la période 2002-2008 (aujourd'hui > 5 %), quelque 120 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année et les maladies cardiovasculaires sont en augmentation.

Les « affections » non transmissibles (ANT) sont lourdes de conséquences. Des études portant sur l'incidence des maladies ont montré que les ANT (principalement troubles neuropsychologiques, atteintes cardiovasculaires et cancer) et les lésions sont responsables de 87 % des années de vie corrigées de l'incapacité perdues au Viet Nam en 2008.

Pour lutter avec efficacité contre les ANT, il est nécessaire de disposer de renseignements et de données plus fiables sur leur ampleur et celle de leurs facteurs de risque, sur la prévention et la réduction des facteurs de risque et sur les traitements efficaces contre les lésions et les maladies lorsqu'elles se déclarent.

Nous disposons de certains renseignements sur les facteurs de risque. Par exemple, le pourcentage des fumeurs est très élevé chez les hommes de plus de 15 ans (47 %, contre 1,4 % pour les femmes) et deux tiers des habitants non-fumeurs (y compris femmes et enfants) sont exposés au tabagisme passif. Une autre question réclamant une attention particulière concerne l'alcool au volant. Les risques environnementaux et professionnels sont aussi source d'inquiétudes.

Cependant, les interventions permettant de réduire les facteurs de risque sont complexes et requièrent des actions multisectorielles.



Les autres partenaires apportent peu de soutien dans la lutte contre les ANT, malgré leur progression. Les Nations Unies sont en mesure de fournir ou de mobiliser une expertise technique et des orientations normatives pour ce qui est : (i) d'améliorer la surveillance des facteurs de risque des ANT et le suivi de l'évolution des taux de prévalence et de l'efficacité des programmes d'intervention ; (ii) de donner des conseils visant à renforcer et à mettre en œuvre des politiques multisectorielles, et à favoriser une prise de conscience et une meilleure compréhension dans la communauté ; (iii) de renforcer la capacité des services à lutter efficacement contre les ANT, car beaucoup sont chroniques et requièrent des soins de longue durée ; (iv) de donner des conseils sur les questions de santé et les risques liés aux activités professionnelles et à l'environnement.

LIVRABLES EN MATIÈRE D'ANT	LIVRABLES EN MATIÈRE D'ANT	INDICATEURS	ORGANISMES DES NATIONS UNIES PARTENAIRES
<p><i>Priorité : accès à des services essentiels et une protection sociale de qualité.</i></p> <p><i>Effet escompté : D'ici 2016, mise en place d'un système de santé national complet, y compris promotion et protection de la santé, de meilleure qualité et géré efficacement, en veillant particulièrement à garantir un accès équitable aux groupes les plus vulnérables et les plus défavorisés.</i></p>	<p><i>Livrables : Accès à des conseils en matière d'élaboration des politiques et à une assistance technique permettant un meilleur suivi de la prévention et de la prise en charge efficace des ANT à l'échelle nationale et locale.</i></p> <p><i>*Remarque : Le terme « affection » est substitué à celui de « maladie » car il englobe des maladies, des lésions et des affections liées aux activités professionnelles et à l'environnement.</i></p>	<p><i>Nombre d'études/propositions de politiques élaborées avec l'aide des Nations Unies au cours de la période 2012-2016 portant sur la prévention, la maîtrise et la prise en charge des ANT.</i></p> <p><i>Nombre de processus (réglementations, politiques, planification, élaboration de stratégie et de directives) soutenus par les Nations Unies au cours de la période 2012-2016 portant sur la prévention, la maîtrise et la prise en charge des ANT.</i></p>	<p><i>OMS, FAO, OIT, UNICEF, ministère de la Santé</i></p>

# ANNEXES

## Annexe 1. Cadre mondial de suivi des MNT

ÉLÉMENT DU CADRE	CIBLE	INDICATEUR
<b>MORTALITÉ ET MORBIDITÉ</b>		
Mortalité prématurée due à une maladie non transmissible	 1. Réduction relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques	1. Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardio-vasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une affection respiratoire chronique
Indicateur supplémentaire		2. Incidence du cancer, par type de cancer, pour 100 000 habitants
<b>FACTEURS DE RISQUE</b>		
Facteurs de risque comportementaux <sup>1</sup>	 2. Baisse relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool <sup>2</sup> , selon qu'il convient dans le contexte national	3. Consommation totale (enregistrée et estimée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en une année civile, en litres d'alcool pur, selon qu'il convient dans le contexte national  4. Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon qu'il convient dans le contexte national  5. Morbidité et mortalité liées à l'alcool chez l'adolescent et l'adulte, selon qu'il convient dans le contexte national
Sédentarité	 3. Réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'exercice physique	6. Prévalence du manque d'exercice physique chez les adolescents, défini comme une activité quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse d'une durée inférieure à 60 minutes  7. Prévalence standardisée selon l'âge du manque d'exercice physique chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (défini comme une activité hebdomadaire d'intensité modérée d'une durée inférieure à 150 minutes ou équivalent)
Apport de sel/sodium	 4. Réduction relative de 30 % de l'apport moyen de sel/sodium dans la population <sup>3</sup>	8. Apport journalier moyen de sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus
Tabagisme	 5. Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus	9. Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez l'adolescent  10. Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez l'adulte (18 ans ou plus)
<b>FACTEURS DE RISQUE BIOLOGIQUES</b>		
Hypertension artérielle	 6. Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale	11. Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique $\geq$ 140 mmHg et/ou tension diastolique $\geq$ 90 mmHg) et tension systolique moyenne
Diabète et obésité <sup>4</sup>	 7. Arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité	12. Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie/du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (glycémie plasmatique à jeun $\geq$ 7,0 mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant)
		13. Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent (définis de la manière suivante selon les normes OMS de croissance pour l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent : un écart type de l'indice de masse corporelle (IMC) en fonction de l'âge et du sexe, pour l'excès pondéral, et deux écarts types de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe, pour l'obésité)

ÉLÉMENT DU CADRE	CIBLE	INDICATEUR
<b>FACTEURS DE RISQUE BIOLOGIQUES</b>		
		14. Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (IMC $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> pour l'excès pondéral et $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> pour l'obésité)
Indicateurs supplémentaires		<p>15. Proportion moyenne standardisée selon l'âge des apports énergétiques totaux provenant des acides gras saturés chez les personnes âgées de 18 ans ou plus<sup>5</sup>.</p> <p>16. Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation de moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour chez l'adulte (18 ans ou plus)</p> <p>17. Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (cholestérolémie totale <math>\geq 5,0</math> mmol/l ou 190 mg/dl) et cholestérolémie moyenne</p>
<b>MESURES PRISES PAR LES SYSTÈMES NATIONAUX</b>		
Chimiothérapie pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux	 <p>8. Au moins 50 % des personnes remplissant les critères bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) dans le but de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux</p>	18. Proportion de personnes remplissant les critères (âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans $\geq 30$ %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) qui bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) dans le but de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux
Médicaments essentiels et technologies de base pour traiter les principales maladies non transmissibles	 <p>9. Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés</p>	19. Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels (génériques, y compris) de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et des technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé
Indicateurs supplémentaires		<p>20. Accès aux soins palliatifs évalué selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer</p> <p>21. Adoption de politiques nationales limitant les acides gras saturés et éliminant pratiquement les huiles végétales partiellement hydrogénées dans l'approvisionnement alimentaire, selon qu'il convient dans le contexte national et les programmes nationaux</p> <p>22. Disponibilité, selon les besoins et s'ils sont efficaces, peu coûteux et abordables, des vaccins contre le papillomavirus humain, en fonction des programmes et politiques nationaux</p> <p>23. Politiques visant à réduire l'effet pour l'enfant de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel</p> <p>24. Couverture de la vaccination contre le virus de l'hépatite B, contrôlée d'après le nombre de troisièmes doses de vaccin anti-hépatite B (HepB3) administrées aux nourrissons</p> <p>25. Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus et, pour les femmes plus jeunes ou plus âgées, proportion de celles ayant bénéficié de ce test conformément aux programmes ou aux politiques nationales</p>

## Annexe 2. Lettres rédigées par l'Administrateur du PNUD et le Directeur général de l'OMS à l'intention des équipes de pays des Nations Unies, 2012 et 2014



**World Health  
Organization**

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ • GENÈVE • SUISSE  
PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT • NEW YORK • ÉTATS-UNIS**



Tél. direct : +41 22 791 2675 (Genève)  
Tél. direct : +1 212 906 6359 (New York)  
E-mail :

Référence HLM/NCD/UNDP/WHO  
à rappeler dans la  
correspondance :

26 mars 2012

Chers collègues,

Comme vous le savez, la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT) a été adoptée en septembre 2011. Ce nouveau texte historique reconnaît le défi que pose l'ampleur épidémique des maladies non transmissibles et arrive à point nommé.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en 2008, les maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète, ont provoqué le décès de 36 millions de personnes dans le monde (dont 9 millions âgées de moins de 60 ans) sur une mortalité totale de 57 millions d'individus (soit 63 %). Il est tout à fait possible de prévenir ces pathologies en intervenant sur leurs quatre facteurs de risque principaux : tabagisme, usage nocif de l'alcool, mauvaise alimentation et sédentarité.

Selon les prévisions, le nombre de décès imputables aux maladies non transmissibles progressera de près de 50 % d'ici 2030 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les régions les plus touchées seront l'Afrique subsaharienne, le Moyen-Orient et l'Asie du Sud. La charge de morbidité de ces affections augmente rapidement et frappe particulièrement les pauvres. Les maladies non transmissibles alourdissent les dépenses de santé et appauvrissent des millions de familles, privant les individus d'emploi et de revenu. Elles entravent la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et ralentissent l'éradication de la pauvreté. Entre 2011 et 2015, on estime qu'elles représenteront un coût cumulé de 7 000 milliards de dollars dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

La communauté internationale prend de plus en plus conscience du fait que les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles diminuent la productivité, limitent la croissance économique et confrontent la plupart des pays à un défi social majeur. Il est donc impératif de les prendre en compte dans le programme de développement pour l'après-2015.

En décembre dernier, des discussions préliminaires organisées par l'OMS avec des partenaires des Nations Unies ont débouché sur de nouveaux axes d'intervention collective visant à appuyer la Déclaration politique sur les MNT. Les actions identifiées s'inscrivent dans la droite ligne de l'approche que nous utilisons actuellement pour relever les grands défis du développement : réduction de la pauvreté, croissance inclusive et égalité des sexes.

Nos propositions sont les suivantes :

1. En tenant compte des priorités et du contexte nationaux, les équipes de pays des Nations Unies intègrent les maladies non transmissibles<sup>1</sup> dans les processus de conception et la mise en œuvre du PNUAD, en commençant par les pays où son déploiement est prévu pour 2012-2013.
2. Compte tenu de la nature multisectorielle des interventions requises, les équipes de pays utilisent les PNUAD pour concevoir et mettre en œuvre des programmes conjoints pour lutter contre les maladies non transmissibles, sans se limiter au secteur de la santé. Cette démarche contribuerait également à satisfaire la requête de l'Assemblée générale qui souhaite que soient mises en place « des solutions visant à renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace » (paragraphe 64).
3. Comme dit plus haut, il conviendrait d'intégrer les MNT dans les initiatives du Cadre d'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) menées dans les pays par les équipes des Nations Unies, notamment afin d'apporter des éléments dans les consultations internationales et nationales relatives au programme de développement pour l'après-2015 et d'influer sur leurs décisions. Ce Cadre peut s'appuyer utilement sur les stratégies mondiales existantes adoptées par les organes directeurs des diverses institutions du système des Nations Unies.

Afin d'apporter un appui coordonné aux interventions menées dans les pays, l'OMS, les membres du Groupe de développement des Nations Unies et les banques de développement élaboreront, si nécessaire, des notes d'orientation ainsi que des supports de formation technique et dispenseront une assistance technique ciblée. En outre, l'OMS continuera de travailler à l'élaboration d'un cadre de suivi exhaustif et d'objectifs mondiaux pour les maladies non transmissibles.

L'élaboration d'une approche complète d'amélioration des résultats sanitaires aura de meilleures chances de succès si elle résulte de la collaboration entre plusieurs secteurs et groupes d'intéressés. Ce type d'approche est essentiel pour lutter contre les maladies non transmissibles et faire progresser le développement humain.

Les enseignements et les bonnes pratiques en matière d'action collective issus de nos interventions communes contre le VIH et le sida nous permettront d'accélérer les interventions actuellement en place et de relever les défis à long terme que posent les MNT.

Nous nous réjouissons de collaborer étroitement avec vous à la réalisation de ce programme d'action.

Sincères salutations,



Helen Clark  
Administrateur  
Programme des Nations Unies  
pour le développement



Margaret Chan  
Directeur général  
Organisation mondiale  
de la Santé

<sup>1</sup> Y compris des activités en rapport avec la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, premier traité international négocié sous l'égide de cette organisation.





World Health  
Organization

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ • GENÈVE • SUISSE  
PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT • NEW YORK • ÉTATS-UNIS



Tél. direct : +41 22 791 2675 (Genève)  
Tél. direct : +1 212 906 6359 (New York)  
E-mail :

Référence à HLM/NCD/UNDP/WHO  
rappeler dans  
la correspondance :

24 février 2014

Chers collègues,

Le 26 mars 2012, nous vous avons adressé un courrier proposant que les équipes de pays des Nations Unies (UNCT) intègrent les maladies non transmissibles (MNT) dans les processus de conception et la mise en œuvre du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD), en tenant compte des priorités et du contexte nationaux. Née de la constatation que la charge de morbidité croissante des maladies non transmissibles dans le monde constitue l'un des défis majeurs du développement au 21<sup>e</sup> siècle, cette démarche tirait son inspiration des engagements énoncés dans la *Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* des Nations Unies de septembre 2011.

Nous vous écrivons aujourd'hui suite à la récente publication de la note du Secrétaire général transmettant le rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>1</sup>, qui souligne les remarquables avancées accomplies depuis cette date. Globalement néanmoins, les progrès ont été insuffisants et très inégaux. Des mesures plus ambitieuses sont donc nécessaires pour supprimer dans le monde la charge évitable des MNT.

Nous réitérons l'importance de continuer à intégrer les maladies non transmissibles dans les PNUAD. L'examen préliminaire de 109 PNUAD effectué en avril 2013 a montré que 52 d'entre eux (48 %) mentionnaient une action de prévention et de maîtrise des MNT. Seuls 22 (20 %) ciblaient spécifiquement la prévention et la maîtrise du tabagisme. Si les tendances sont encourageantes, le chemin à parcourir reste long.

Nous attirons également votre attention sur deux nouvelles initiatives importantes menées en 2013 qui facilitent l'action du système des Nations Unies.

Premièrement, l'OMS a élaboré un cadre international pour les MNT doté d'objectifs et de responsabilités clairs qui s'appuie sur le *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013 ainsi que sur des plans régionaux. Plus largement, le Plan d'action mondial de l'OMS comprend un ensemble d'actions qui, si elles sont menées collectivement par les États membres, les partenaires internationaux et l'OMS, atteindront l'objectif d'une réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux MNT dans le monde d'ici 2025 et tiendront les engagements énoncés dans la Déclaration politique.

<sup>1</sup>[http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A%2F68%2F650+&Submit=Search&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F68%2F650+&Submit=Search&Lang=E)

Deuxièmement, le 22 juillet 2013, une résolution d'ECOSOC co-signée par 104 États membres a demandé au Secrétaire général des Nations Unies de créer une équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>2</sup> chargée de coordonner les activités des fonds, des programmes et des organismes spécialisés de l'ONU et d'autres organisations intergouvernementales afin de faciliter la réalisation des engagements pris dans la Déclaration politique, notamment grâce à la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT et de la *Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac* qui compte actuellement 177 signataires. Cette équipe spéciale constituée par l'OMS est désormais opérationnelle et prête à appuyer l'équipe d'assistance technique des Nations Unies ainsi qu'à aider les États membres à concevoir et mettre en œuvre des interventions complètes en matière de maladies non transmissibles.

Du fait de notre engagement à proposer une action cohérente au sein du système des Nations Unies, les équipes de pays sont maintenant invitées à :

1. accélérer l'élaboration de programmes multisectoriels conjoints pour la prévention et la maîtrise des MNT avec indication claire dans les PNUAD du financement, du rôle des différentes institutions et de la coordination ;
2. aider les gouvernements à élaborer des objectifs nationaux basés sur le Plan d'action mondial de l'OMS, dont ses neuf cibles volontaires mondiales à atteindre d'ici 2025 ;
3. aider les gouvernements à élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et les plans multisectoriels nationaux qui leur permettront d'atteindre leurs objectifs nationaux, conformément au Plan d'action mondial de l'OMS.

L'Assemblée générale des Nations Unies procédera à une évaluation exhaustive des progrès accomplis en matière de prévention et de maîtrise des MNT d'ici la fin de 2014. Cette évaluation permettra de mettre en avant les progrès accomplis dans les pays et de décrire les modalités de collaboration adoptées par le système des Nations Unies pour aider les pays à relever les défis que soulèvent les MNT en termes de santé et de développement.

Nous comptons sur votre appui et votre engagement.

Sincères salutations,



Helen Clark  
Administrateur  
Programme des Nations Unies  
pour le développement

Margaret Chan  
Directeur général  
Organisation mondiale  
de la Santé

<sup>2</sup> [http://www.who.int/nmh/events/2013/E.2013.L.23\\_tobacco.pdf](http://www.who.int/nmh/events/2013/E.2013.L.23_tobacco.pdf)

### Annexe 3. Maladies non transmissibles - Événements majeurs survenus entre 2000 et 2014

**Mai 2000** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS et prie instamment les États membres de mettre en place des programmes nationaux qui : (i) déterminent l'ampleur de l'épidémie, (ii) réduisent le niveau d'exposition aux facteurs de risque de ces pathologies, (iii) renforcent les soins dispensés aux personnes souffrant de MNT.

**Septembre 2002** - Le Plan d'application du Sommet mondial sur le développement durable appelle à élaborer des programmes pour lutter contre les MNT et leurs déterminants.

**Mai 2003** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et prie instamment les États membres de prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire la consommation de tabac et le tabagisme passif.

**Mai 2004** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et prie instamment les États membres de mettre en œuvre les actions que ce texte recommande. Elle les invite également à renforcer rapidement leurs capacités en matière de politiques et de programmes multisectoriels de promotion de la santé, notamment en direction des pauvres et des groupes marginalisés.

**Mai 2005** - L'Assemblée mondiale de la Santé prie instamment les États membres d'élaborer des programmes de lutte contre le cancer (prévention, dépistage précoce, diagnostic, traitement, réadaptation et soins palliatifs) ainsi que d'évaluer l'impact de leur mise en œuvre. Elle les invite également à continuer de protéger, promouvoir et soutenir la recommandation de santé publique mondiale concernant l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et à prendre des mesures en faveur de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

**Mai 2006** - L'Assemblée mondiale de la Santé demande au Directeur général de l'OMS de mobiliser un appui technique afin d'aider les États membres à appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et en assurer le suivi par un organisme indépendant.

**Décembre 2006** - L'Assemblée générale des Nations Unies reconnaît le diabète comme une maladie chronique, débiliteuse et coûteuse et déclare le 14 novembre Journée mondiale du diabète.

**Mai 2007** - L'Assemblée mondiale de la Santé prie instamment les États membres de manifester une volonté politique forte à prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles dans le cadre de l'engagement à réduire de 2 % par an le taux de la mortalité due aux MNT au cours des dix prochaines années. Elle demande également au Directeur général de l'OMS de préparer un Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT pour la période 2008-2013.

**Septembre 2007** - Les chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) adoptent la Déclaration d'engagement de Port-of-Spain sur les MNT qui stipule que les ministres de la Santé élaboreront des plans pour ces affections afin que, en 2012, 80 % des patients concernés bénéficient de soins de qualité et aient accès à la prévention.

**Mai 2008** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2008-2013 et prie instamment les États membres d'envisager des actions en ce sens, en tenant compte des priorités nationales.

**Août 2008** - La Commission des déterminants sociaux de la santé publie un rapport exposant l'importance des inégalités en matière de santé, la contribution de multiples secteurs de la société à ces inégalités et les solutions envisageables.

**Janvier 2009** - Le Département des affaires économiques et sociales (DAES), le PNUD et l'OMS animent une discussion en ligne sur la santé mondiale d'où se détachent deux thèmes importants : rapprocher davantage les maladies non transmissibles des objectifs du Millénaire pour le développement et élaborer des plans nationaux de lutte contre les MNT.

**Avril 2009** - Réunion ministérielle Asie-Pacifique organisée par l'ECOSOC et l'OMS sur la promotion de l'éducation à la santé.

**Mai 2009** - La réunion ministérielle Asie occidentale organisée par l'ECOSOC et l'OMS adopte la Déclaration de Doha sur les maladies non transmissibles et les blessures accidentelles.

**Juillet 2009** - Le débat de haut niveau de l'ECOSOC aborde les enjeux que pose l'inclusion des maladies non transmissibles dans les négociations mondiales sur le développement et recommande de convoquer une conférence internationale sur les MNT sous l'égide de l'Assemblée générale.

**Avril 2010** - La Déclaration d'Adélaïde sur la santé dans toutes les politiques est adoptée par les participants à une réunion co-parrainée par l'OMS.

**Mai 2010** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et prie instamment les États membres de mobiliser la volonté politique et les ressources financières requises pour la mettre en œuvre, en tenant compte des priorités nationales.

**Septembre 2010** - L'OMS organise un événement annexe sur les maladies non transmissibles à l'occasion du Sommet sur les OMD 2010.

**Octobre 2010 à juin 2011** - L'OMS organise six consultations régionales sur les maladies non transmissibles dont les résultats contribuent à préparer la première réunion de haut niveau sur ce thème.

**Novembre 2010** - L'Assemblée générale des Nations Unies examine le premier rapport du Directeur général de l'OMS sur la situation mondiale des MNT, axé notamment sur les effets néfastes de ces maladies sur la croissance des pays en développement.

**Novembre 2010** - Publication du rapport mondial de l'OMS et d'ONU-Habitat sur l'urbanisation et la santé intitulé « La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain », qui aborde, entre autres, l'impact des inégalités sanitaires sur les MNT et les enseignements à en tirer.

**Janvier 2011** - Les maladies non transmissibles sont l'un des grands thèmes au programme de la réunion annuelle du Forum économique mondial, qui comprend des déclarations du Secrétaire général des Nations Unies et du Directeur général de l'OMS.

**Avril 2011** - L'OMS et la Fédération de Russie organisent à Moscou la première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la maîtrise des MNT, qui débouche sur la Déclaration de Moscou sur les maladies non transmissibles. À cette occasion, l'OMS annonce la publication de son premier Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles.

**Septembre 2011** - L'Assemblée générale des Nations Unies convoque la Réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles à laquelle participent des chefs d'État et de gouvernement et qui aboutit à la Déclaration politique sur les MNT de 2011. À cette occasion, l'OMS annonce les résultats d'une étude consacrée à la réduction de l'impact économique des maladies non transmissibles dans les pays en développement et au coût de l'expansion de la lutte contre les MNT. L'organisation publie également une première série de profils de pays axés sur les MNT.

**Novembre 2011** - L'OMS ouvre le Centre pour le contrôle du tabac en Afrique.

**Décembre 2011** - Première réunion des organismes des Nations Unies sur la mise en œuvre de la Déclaration politique sur les MNT de 2011

**Mars 2012** - Lettre commune de l'Administrateur du PNUD et du Directeur général de l'OMS proposant que les coordonnateurs résidents des Nations Unies intègrent les maladies non transmissibles dans les PNUAD. Le PNUD et les banques de développement élaboreront des notes d'orientation et des supports de formation technique si nécessaire.

**Mai 2012** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte un objectif mondial de 25 % de réduction de la mortalité prématurée liée aux MNT d'ici 2025.

**Juin 2012** - Tenue de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable Rio+20. Le document final intitulé « L'avenir que nous voulons » reconnaît la nécessité absolue d'une action concertée contre les maladies non transmissibles et souligne l'importance de l'élaboration de politiques et de plans nationaux.

**Juillet 2012** - Le Secrétaire général donne le coup d'envoi d'un Groupe de haut niveau de personnalités éminentes chargé d'émettre des orientations et des recommandations concernant le programme de développement pour l'après-2015.

**Mai 2013** - La 66<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé adopte le Plan d'action mondial de l'OMS pour la Lutte contre les MNT 2013-2020 qui comporte neuf cibles volontaires mondiales à atteindre d'ici 2025 ainsi qu'un cadre de responsabilité et un cycle de compte rendu basés sur 25 indicateurs de résultats à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé, afin de suivre les progrès accomplis.

**Juillet 2013** - Afin de coordonner la réponse du système de l'ONU aux maladies non transmissibles, l'ECOSOC adopte une résolution demandant la création d'une équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des MNT, qui s'inspirera du modèle de l'équipe spéciale interorganisations pour la lutte antitabac et sera mise sur pied et dirigée par l'OMS.

**Février 2014** - Le PNUD et le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac publient une note d'orientation pour l'intégration de cette Convention dans les instruments de planification du développement nationaux et des Nations Unies, dont les PNUAD.

**Février 2014** - La seconde lettre commune de l'Administrateur du PNUD et du Directeur général de l'OMS aux coordonnateurs résidents des Nations Unies réitère l'appel à intégrer les maladies non transmissibles dans les PNUAD.

**Février 2014** - L'Assemblée générale examine le rapport du Directeur général de l'OMS sur l'avancement des interventions axées sur les maladies non transmissibles depuis l'adoption de la Déclaration politique de 2011.

**Mai 2014** - L'Assemblée mondiale de la Santé adopte les termes de référence du Mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles et approuve neuf indicateurs visant à mesurer l'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS.

**Juin 2014** - L'ECOSOC approuve les termes de référence de l'équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

**Juillet 2014** - La réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies entreprend l'examen et l'évaluation exhaustifs des progrès accomplis vis-à-vis des objectifs de la Déclaration politique sur les MNT de 2011 et produit le document final sur les maladies non transmissibles de 2014.

**Juillet 2014** - L'Assemblée générale se félicite du rapport du Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable, qui vise notamment à réduire d'un tiers le nombre de décès prématurés dus aux MNT d'ici 2030 grâce à la prévention et aux traitements.

#### Annexe 4. Répartition des tâches et des responsabilités au sein de l'équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>45</sup>

OBJECTIF <sup>a</sup>	INSTITUTIONS CHEF DE FILE	DOMAINES D'INTERVENTION SUGGÉRÉS	INSTITUTIONS PARTENAIRES
<p><b>1. Accorder davantage la priorité à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles dans les politiques mondiales, régionales et nationales ainsi que dans les objectifs de développement convenus à l'échelon mondial grâce au renforcement de la coopération internationale et du plaidoyer</b></p>	OMS	<p>1.1 Plaidoyer en faveur de la prise en compte/l'intégration des maladies non transmissibles dans les politiques/objectifs de développement internationaux</p>	<p>AIEA ONUSIDA PNUD ONU-Habitat UNICEF Comité permanent de la nutrition des Nations Unies</p>
		<p>1.2 Gestion des partenariats multipartites et mobilisation des ressources</p>	<p>AIEA ONUSIDA PNUD ONU-Habitat PAM</p>
		<p>1.3 Prise en compte de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles dans les initiatives internationales de coopération au service du développement</p>	<p>FAO AIEA ONUSIDA PNUD PNUE UNICEF Comité permanent de la nutrition des Nations Unies Banque mondiale</p>
<p><b>2. Renforcer les capacités nationales, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats afin que les pays prennent rapidement des mesures en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles</b></p>	<p>PNUD OMS ONUSIDA (pour 2.3 seulement)</p>	<p>2.1 Planification et coordination de l'action multisectorielle</p>	<p>ONUSIDA</p>
		<p>2.2 Prise en compte de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles dans les stratégies de réduction de la pauvreté/plans de développement nationaux</p>	<p>FAO AIEA CIRC ONUSIDA ONU-Habitat UNFPA HCR UNICEF Comité permanent de la nutrition des Nations Unies PAM Banque mondiale</p>

45. Adapté de <http://www.who.int/nmh/events/2014/ecosoc-20140401.pdf?ua=1>

OBJECTIF <sup>a</sup>	INSTITUTIONS CHEF DE FILE	DOMAINES D'INTERVENTION SUGGÉRÉS	INSTITUTIONS PARTENAIRES
		<i>2.3 Intégration des interventions en matière de MNT et de VIH le cas échéant</i>	OIT UNFPA HCR Banque mondiale
		<i>2.4 Financement novateur des interventions nationales relatives aux MNT</i>	Banque mondiale
		<i>2.5 Appui à la mise en place d'environnements juridiques et réglementaires propices à la lutte contre les MNT (notamment, accès universel à des médicaments vitaux et des technologies de base)</i>	OIDD UNFPA OMPI OMC Banque mondiale
		<i>2.6 Prise en compte des dimensions genre et droits de l'homme dans le cadre des interventions nationales de prévention et de maîtrise des MNT</i>	OIDD UNFPA
<b>3. Réduire les facteurs de risque modifiables et les déterminants sociaux sous-jacents des maladies non transmissibles grâce à la création d'environnements sanitaires favorables</b>	Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac <sup>d</sup> FAO OIT <sup>e</sup> UNFPA <sup>f</sup> UNICEF <sup>f</sup> OMS	<i>3.1 Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS tenant compte des mesures spécifiques figurant dans le tableau du paragraphe 61 du document <a href="#">E/2012/70</a></i>	Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS CNUCED PNUD Banque mondiale
		<i>3.2 Renforcement des capacités nationales dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool</i>	PNUD UNICEF Banque mondiale
		<i>3.3 Mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé</i>	AIEA PNUD PNUE Banque mondiale
		<i>3.4 Renforcement des capacités nationales en matière de réduction du risque de MNT chez les enfants et les adolescents</i>	FAO AIEA UNFPA UNICEF <sup>g</sup> PAM

OBJECTIF <sup>a</sup>	INSTITUTIONS CHEF DE FILE	DOMAINES D'INTERVENTION SUGGÉRÉS	INSTITUTIONS PARTENAIRES
		<i>3.5 Renforcement des capacités nationales en matière de réduction du risque de MNT chez les femmes et les filles</i>	AIEA PNUD UNICEF UNFPA <sup>g</sup> HCR PAM
		<i>3.6 Intégration de la prévention et la prise en charge des MNT dans la santé maternelle</i>	AIEA ONUSIDA UNFPA <sup>g</sup> UNICEF HCR PAM
		<i>3.7 Promotion de la santé dans les politiques environnementales et énergétiques</i>	PNUD PNUE Banque mondiale
		<i>3.8 Promotion de la santé dans le secteur éducatif</i>	OIT PNUE UNICEF <sup>g</sup> Banque mondiale
		<i>3.9 Promotion de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail</i>	OIT PNUE
		<i>3.10 Promotion de la santé/nutrition dans le secteur agricole et les systèmes alimentaires</i>	OIT PNUE Comité permanent de la nutrition des Nations Unies
<b>4. Renforcer et guider les systèmes de santé afin qu'ils dispensent des soins primaires axés sur les patients et garantissent une couverture sanitaire universelle permettant de prévenir et de maîtriser les MNT et d'agir sur leurs déterminants sociaux sous-jacents</b>	OMS AIEA (pour 4.4 seulement)	<i>4.1 Renforcement des systèmes de santé pour lutter contre les maladies non transmissibles</i>	UIT ONUSIDA PNUD UNFPA HCR UNICEF Banque mondiale



OBJECTIF <sup>a</sup>	INSTITUTIONS CHEF DE FILE	DOMAINES D'INTERVENTION SUGGÉRÉS	INSTITUTIONS PARTENAIRES
		4.2 Mobilisation des ressources destinées au financement d'une couverture sanitaire universelle incluant la prévention et le traitement des MNT	ONUSIDA PNUD UNFPA UNICEF Banque mondiale
		4.3 Promotion du développement des technologies de communication électroniques et de l'usage des appareils mobiles	AIEA UNICEF
		4.4 Appui à un accès amélioré à la radiothérapie	AIEA
<b>5. Promouvoir et soutenir les capacités nationales pour assurer l'excellence des activités de recherche et développement axées sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles</b>	OMS	5.1 Promotion d'une politique internationale de recherche afin de mettre au point la prochaine génération de médicaments et de technologies destinés au traitement des MNT	AIEA CIRC PNUD
		5.2 Appui aux initiatives nationales visant à élargir l'accès aux médicaments vitaux et aux technologies de base disponibles pour traiter les MNT	AIEA UIT ONUSIDA CNUCED PNUD HCR UNFPA OMPI OMC <sup>c</sup>
<b>6. Suivre les tendances et les déterminants des MNT et évaluer les progrès accomplis en matière de prévention et de maîtrise</b>	OMS	6.1 Systèmes nationaux de suivi et de surveillance des maladies non transmissibles	CIRC ONU-Habitat UNICEF Banque mondiale
		6.2 Production périodique de rapports comparant les résultats obtenus aux objectifs volontaires mondiaux	ONU-Habitat

Remarque : le Bureau des Nations Unies pour le sport au service du développement et de la paix étudiera les possibilités de participer à plusieurs domaines d'intervention suggérés dans le tableau en tant qu'institution chef de file ou partenaire, par exemple par le biais de la création d'un groupe de travail sur le thème « Sport et santé » dans le cadre du Groupe de travail international pour le sport au service du développement et de la paix.

Abréviations : FAO, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; AIEA, Agence internationale de l'énergie atomique ; CIRC, Centre international de recherche sur le cancer ; OIDD, Organisation internationale de droit du développement ; OIT, Organisation internationale du travail ; UIT, Union internationale des télécommunications ; MNT, maladie non transmissible ; ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; CNUCED, Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement ; PNUD, Programme des Nations Unies pour le développement ; ONU-Habitat, Programme des Nations Unies pour les établissements humains ; UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; PNUE, Programme des Nations Unies pour l'environnement ; UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population ; HCR, Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; UNSCN, Comité permanent de la nutrition des Nations Unies ; PAM, Programme alimentaire mondial ; OMI, Organisation mondiale de la propriété intellectuelle ; OMC, Organisation mondiale du commerce.

<sup>a</sup> Les six objectifs présentés dans ce tableau sont ceux du Plan d'action mondial de l'OMS 2013-2020. Ils sont liés aux neuf cibles volontaires mondiales énumérées à l'annexe 3 du Plan d'action mondial. <sup>b</sup> Inclus dans le Plan d'action mondial de l'OMS 2013-2020. <sup>c</sup> Pour mener à bien cette tâche, l'OMC fournira des informations techniques et factuelles sur les accords commerciaux pertinents afin d'aider les ministères et les administrations concernés, à leur demande, à gérer l'interface entre les politiques commerciales et les questions sanitaires relevant des maladies non transmissibles. <sup>d</sup> Concernant le domaine d'intervention 3.1. <sup>e</sup> Concernant le domaine d'intervention 3.9. <sup>f</sup> Concernant les domaines d'intervention 3.5 et 3.6. <sup>g</sup> Facilitera ce domaine d'intervention.

## Annexe 5. Politiques multisectorielles aptes à réduire l'incidence des maladies non transmissibles (MNT) dans les pays à revenu faible et intermédiaire<sup>46</sup>

DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIOÉCONOMIQUES			
DÉTERMINANTS ET FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DES MNT	SECTEURS	POINTS D'ACCÈS POUR LES MNT	INTERVENTIONS (* = APPROCHES À PRIVILÉGIER)
Statut social	Économie et emploi	Définition, institutionnalisation, protection et application des droits de l'homme à l'éducation, à l'emploi, à des conditions de vie décentes et à la santé	Réduction de la pauvreté et élimination des obstacles à l'accès à des emplois équitables
Statut social des parents	Protection sociale et bien-être		Éducation primaire universelle financée par l'impôt et éducation des jeunes enfants axée sur l'équité
Éducation	Éducation et petite enfance		
Profession	Environnement		<b>Couverture de santé universelle financée par l'impôt</b>
Pauvreté			
Mauvaise gouvernance		Redistribution équitable du pouvoir et des ressources aux populations, y compris aux malades chroniques et aux personnes handicapées	Réduction de la sous-nutrition des femmes en âge de procréer et enceintes grâce à des stratégies de réduction de la pauvreté
Environnement matériel		Fiscalité progressive	Soumission des pratiques professionnelles à une législation et une réglementation
		Protection de l'environnement, p. ex., pollution de l'air et pollution chimique	

46. Adapté de : (i) Di Cesare M., Khang Y., Asaria P. et al., pour le compte du groupe d'action sur les MNT de la publication médicale *The Lancet*. « Inequalities in NCDs and effective responses », *The Lancet*, 2013 ; 381 : 585-597 ; (ii) « Equity, social determinants and public health programmes », OMS, 2010 ; (iii) Déclaration d'Adélaïde sur la santé dans toutes les politiques de 2010 et (iv) Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

DIFFÉRENCES D'EXPOSITION DES INDIVIDUS DANS LES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS ET PROFESSIONNELS			
DÉTERMINANTS ET FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DES MNT	SECTEURS	POINTS D'ACCÈS POUR LES MNT	INTERVENTIONS (* = APPROCHES À PRIVILÉGIER)
<p>Absence de protection sociale</p> <p>Conditions de vie défavorisées des enfants</p> <p>Infrastructures collectives défectueuses, quartiers très défavorisés</p> <p>Absence de contrôle sur sa vie et son travail</p> <p>Chômage</p> <p>Attitudes par rapport à la santé, comportements malsains</p> <p>Exposition à la commercialisation de produits malsains</p> <p>Stress psycho-social et professionnel</p> <p>Absence de services de santé préventive</p> <p>Lieu de résidence urbain ou rural de mauvaise qualité</p> <p>Pollution de l'environnement</p>	<p>Commerce</p> <p>Publicité et radiodiffusion</p> <p>Sport</p> <p>Éducation et petite enfance</p> <p>Planification des infrastructures et transport</p> <p>Logement</p> <p>Autorités locales/ affaires intérieures</p> <p>Protection sociale et communautés</p> <p>Aménagement du territoire</p> <p>Agriculture et vie rurale</p> <p>Alimentation et nutrition</p> <p>Environnement</p> <p>Santé publique et soins médicaux</p>	<p>Protection sociale de l'éducation, de l'emploi, des conditions de vie et de la santé</p> <p>Diminution de l'exposition à la publicité et à la commercialisation de produits nocifs, rendus moins accessibles et d'un prix moins abordable</p> <p>Disponibilité et accès accrus à des aliments sains</p> <p>Protection de la qualité de l'air intérieur et extérieur</p>	<p><b>Taxe sur le tabac et l'alcool*</b></p> <p><b>Interdiction du tabac et restriction ou interdiction de la publicité et de la promotion des boissons alcoolisées ainsi que du parrainage par leurs marques*</b></p> <p><b>Législation créant des zones entièrement non-fumeur dans tous les lieux de travail, lieux publics et transports en commun fermés*</b></p> <p><b>Informations et mises en garde sur les dangers du tabac pour la santé*</b></p> <p><b>Restriction de l'accès aux magasins vendant de l'alcool*</b></p> <p><b>Élimination des graisses insaturées et diminution de l'apport en sel*</b></p> <p><b>Promotion dans les médias d'une alimentation saine et de l'activité physique*</b></p> <p>Accords commerciaux internationaux favorisant la disponibilité d'aliments sains et leur prix abordable</p> <p>Politiques agricoles et nutritionnelles visant la sécurité alimentaire</p> <p>Politiques agricoles visant le développement rural durable et la protection de la biodiversité</p> <p>Lois et réglementations visant à protéger l'environnement et les écosystèmes</p> <p>Politiques de développement urbain durable</p> <p>Politiques relatives aux infrastructures urbaines favorisant l'activité physique et les modes de transport actifs</p> <p>Accords visant à limiter la commercialisation des boissons non alcoolisées et des aliments destinés aux enfants</p>

<b>DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIOÉCONOMIQUES</b>			
<b>DÉTERMINANTS ET FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DES MNT</b>	<b>SECTEURS</b>	<b>POINTS D'ACCÈS POUR LES MNT</b>	<b>INTERVENTIONS (* = APPROCHES À PRIVILÉGIER)</b>
	Santé		<p>Étiquetage nutritionnel facile à comprendre par les consommateurs</p> <p>Subventions visant à promouvoir les cuisinières utilisant des combustibles propres</p> <p>Réduction des émissions de polluants urbains nocifs par les véhicules grâce au progrès technologique et au recours accru aux transports en commun</p> <p>Réduction de l'exposition aux produits chimiques et aux déchets agro-industriels (propreté de l'eau d'irrigation et encadrement de l'emploi des pesticides à usage agricole et maraîcher)</p>
<b>DEGRÉS DE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTS ENTRE LES INDIVIDUS</b>			
<p>Sexe, handicap, origine ethnique</p> <p>Perte d'emploi</p> <p>Coût élevé des soins médicaux</p> <p>Décès prématuré, apparition de maladies à un âge précoce, handicap</p> <p>Accès limité ou inexistant à l'éducation</p> <p>Comorbidité</p> <p>Manque d'appui social</p> <p>Accès limité ou inexistant à l'aide sociale</p> <p>Faible demande de soins médicaux</p> <p>Impossibilité d'accès aux services de santé</p> <p>Malnutrition sous toutes ses formes</p> <p>Sédentarité</p> <p>Accès limité ou inexistant à l'éducation à la santé</p> <p>Faible engagement des communautés et mauvaise gouvernance</p>	<p>Économie et emploi</p> <p>Soins médicaux et santé publique</p> <p>Nutrition</p> <p>Éducation et petite enfance</p> <p>Autorités locales</p>	<p>Autonomisation, résilience, information</p> <p>Protection sociale</p>	<p>Couverture de santé universelle financée par l'impôt</p> <p>Soins primaires axés sur le dépistage précoce de l'hypertension artérielle et de l'hyperglycémie</p> <p>Informations et mises en garde sur les dangers du tabac à l'intention des groupes vulnérables</p> <p>Informations sur l'alimentation et l'activité physique à l'intention des groupes vulnérables</p> <p>Repas sains gratuits ou subventionnés dans les cantines scolaires</p> <p>Subventions/incitations pour promouvoir l'achat d'aliments sains</p> <p>Association de stratégies de réduction de la pauvreté et d'incitations à recourir aux services de santé, notamment les soins préventifs</p> <p>Éducation, emploi et développement des entreprises axés sur l'égalité des sexes</p>

DIFFÉRENCES DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES INDIVIDUS			
DÉTERMINANTS ET FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DES MNT	SECTEURS	POINTS D'ACCÈS POUR LES MNT	INTERVENTIONS (* = APPROCHES À PRIVILÉGIER)
<p>Soins adaptés trop coûteux</p> <p>Prescription de médicaments inadaptés</p> <p>Observance relative des protocoles thérapeutiques</p> <p>Prestation discriminatoire des services</p> <p>Mauvais accès aux médicaments vitaux</p> <p>Manque d'éducation</p> <p>Comorbidité</p>	<p>Économie</p> <p>Protection sociale et bien-être</p> <p>Soins médicaux</p>	<p>Mécanismes de paiement/ remboursement des professionnels de santé</p> <p>Accès équitable aux soins primaires</p>	<p>Couverture de santé universelle financée par l'impôt</p> <p><b>Conseils et multithérapies pour les personnes présentant un risque cardiovasculaire élevé ainsi que pour celles souffrant déjà d'une maladie cardiovasculaire*</b></p> <p><b>Traitement des crises cardiaques à l'acide acétylsalicylique</b></p> <p><b>Vaccination contre l'hépatite B*</b></p> <p><b>Dépistage et traitement des lésions pré-cancéreuses afin de prévenir le cancer du col de l'utérus*</b></p> <p>Sensibilisation des professionnels de santé aux normes éthiques et aux droits des patients</p> <p>Mesures incitant les professionnels de santé à dispenser leurs services aux groupes vulnérables</p> <p>Services spéciaux à l'intention des groupes vulnérables</p>

## Annexe 6. Réduction de l'usage nocif de l'alcool<sup>47</sup>

	<b>DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	<b>DIFFÉRENCES D'EXPOSITION DES INDIVIDUS DANS LES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS ET PROFESSIONNELS</b>	<b>DEGRÉS DE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTS ENTRE LES INDIVIDUS</b>	<b>DIFFÉRENCES DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ</b>
<b>Déterminants et facteurs favorisant l'apparition des MNT</b>	<p>On estime que l'usage nocif de l'alcool fait 2,5 millions de victimes chaque année, dont une proportion importante de jeunes de 15 à 29 ans. Par rapport aux pays à revenu élevé, les pays en développement se caractérisent par la faiblesse ou l'absence de lois et d'interventions visant à protéger les individus contre l'usage nocif de l'alcool et à le décourager. Cette question doit donc être abordée dans le cadre du développement. Il s'agit aussi d'une question d'équité, les conséquences nocives d'une consommation donnée d'alcool risquant d'être beaucoup plus graves chez les populations pauvres.</p>	<p>Les environnements sociaux et professionnels stressants, les attitudes culturelles générales à l'égard des comportements malsains, l'absence d'interventions préventives dans les communautés, une commercialisation agressive et un accès facile à l'alcool peuvent engendrer une consommation prolongée nocive pour la santé.</p>	<p>Les personnes qui ne sollicitent pas de soins, qui présentent une comorbidité ou souffrent d'un handicap, dont les connaissances en matière de santé sont limitées ou inexistantes, qui sont au chômage et n'ont fait que très peu ou pas d'études et qui ne disposent d'aucun appui social pourront s'adonner à un usage nocif de l'alcool si ce dernier est d'un prix abordable et facilement accessible.</p>	<p>La consommation d'alcool fait partie des principaux facteurs de risque de problèmes de santé dans le monde. Elle constitue un facteur majeur (et évitable) de risque de troubles neuropsychiatriques et d'autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, la cirrhose du foie et divers cancers.</p> <p>Les conséquences de l'usage nocif de l'alcool sur la tuberculose, la pneumonie et la progression du sida sont désormais établies.</p> <p>Du fait de ses propriétés addictives, l'alcool peut conduire à une mauvaise observance des protocoles thérapeutiques. Il peut également entraîner une prestation discriminatoire des services.</p>
<b>Interventions (* = approches à privilégier)</b>	<p>Éducation primaire universelle financée par l'impôt et éducation des jeunes enfants axée sur l'équité</p> <p>Élimination des obstacles à l'accès à des emplois équitables</p> <p>Réduction de la pauvreté</p>	<p>Interdiction de la publicité pour les boissons alcoolisées*</p> <p>Restriction de l'accès aux magasins vendant de l'alcool*</p> <p>Politiques et contre-mesures relatives à l'alcool au volant</p> <p>Réduction des conséquences négatives de la consommation de boissons alcoolisées et de l'ivresse</p> <p>Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite et de l'alcool de fabrication maison</p>	<p>Taxe sur l'alcool*</p>	<p>Couverture de santé universelle avec protection financière financée par l'impôt, p. ex., dépitage de l'usage nocif de l'alcool ; traitement préventif et soins de l'alcoolisme et des troubles provoqués par l'alcool</p> <p>Mécanismes de paiement/remboursement incitant les professionnels de santé à pratiquer les soins préventifs</p> <p>Mesures incitant les professionnels de santé à dispenser leurs services aux groupes vulnérables</p> <p>Services de santé spéciaux à l'intention des groupes vulnérables</p>

47. Organisation mondiale de la Santé, « Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool », OMS, Genève, 2010.

	<b>DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	<b>DIFFÉRENCES D'EXPOSITION DES INDIVIDUS DANS LES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS ET PROFESSIONNELS</b>	<b>DEGRÉS DE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTS ENTRE LES INDIVIDUS</b>	<b>DIFFÉRENCES DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ</b>
<b>Secteurs</b>	<i>La plupart</i>	<i>Commerce Industrie Urbanisme et aménagement commercial Sécurité routière</i>	<i>Finance Commerce Industrie</i>	<i>Financement des soins médicaux</i>
<b>Points d'accès/ synergies</b>	<i>Réduction de la pauvreté comme moyen de lutte contre les inégalités liées au statut social, à l'éducation, à la profession et au revenu</i>  <i>Ciblage des populations marginalisées et minoritaires</i>	<i>Les revenus générés grâce à des systèmes d'octroi de licences aux magasins et de taxe sur les ventes pourront être réinvestis dans la promotion de la santé ou dans des services publics financés par l'impôt comme la couverture de santé universelle et l'éducation</i>  <i>Plateformes commerciales communes afin de normaliser les approches réglementaires et de coordonner l'action des autorités douanières en matière d'importation d'alcool</i>		<i>La couverture de santé universelle est l'une des cibles en matière de santé publique</i>

## Annexe 7. Amélioration de l'alimentation : réduction de la consommation de sel

	<b>DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	<b>DIFFÉRENCES D'EXPOSITION DES INDIVIDUS DANS LES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS ET PROFESSIONNELS</b>	<b>DEGRÉS DE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTS ENTRE LES INDIVIDUS</b>	<b>DIFFÉRENCES DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ</b>
<b>Déterminants et facteurs favorisant l'apparition des MNT</b>	<p><i>L'hypertension artérielle est une cause sous-jacente majeure de décès prématurés. Toutes tranches d'âge confondues, le risque de décès dû à l'hypertension est plus de deux fois plus élevé dans les pays en développement que dans les pays à revenu élevé.</i></p> <p><i>En outre, dans certains pays à revenu élevé, 7 % des décès dus à l'hypertension se produisent avant l'âge de 60 ans.</i></p> <p><i>En Afrique, par exemple, ce chiffre est de 25 %. Il existe une multitude de faits probants démontrant la relation de cause à effet entre un apport élevé en sel et l'hypertension. L'alimentation des personnes de statut socioéconomique inférieur présente des carences en nutriments et se caractérise par un apport élevé en sel<sup>48</sup>.</i></p>	<p><i>Dans les pays en développement, le sel sert principalement à conserver les aliments. On l'ajoute pendant la cuisson ou durant le repas, sous la forme de sel de table, et souvent dans les assaisonnements ou les sauces. La hausse du pouvoir d'achat découlant du développement économique et la pénétration des groupes agro-alimentaires mondiaux sur les marchés locaux incitent les familles à consommer des produits alimentaires hautement transformés, souvent à teneur élevée en sel (ainsi qu'en graisses et en sucres), qui font l'objet de campagnes de publicité et d'une commercialisation agressive. Parallèlement, le nombre de vendeurs de nourriture informels et non organisés augmente, de même que celui des petits restaurants dont les pratiques ne sont pas contrôlées et réglementées. Les enfants et les jeunes sont particulièrement vulnérables<sup>49</sup>.</i></p> <p><i>La disponibilité et l'accessibilité des produits frais influent sur la consommation des produits alimentaires hautement transformés.</i></p>	<p><i>On constate une corrélation entre stress psycho-social/mauvaise forme physique et statut socioéconomique inférieur/hypertension.</i></p> <p><i>L'accès limité ou inexistant aux soins médicaux empêche de promouvoir les soins préventifs et la santé.</i></p> <p><i>Une éducation limitée ou inexistante bloque l'accès aux connaissances en matière de santé.</i></p> <p><i>La faible consommation de fruits et de légumes, qui contribue à diminuer l'apport en potassium, prive les personnes des avantages antihypertenseurs de ce micronutriment.</i></p>	<p><i>La prescription de médicaments inadaptés, l'accès limité ou inexistant à des médicaments vitaux et le non-respect des protocoles thérapeutiques constituent autant d'obstacles au traitement et à la maîtrise de l'hypertension.</i></p>

48. Organisation mondiale de la Santé, « Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks », OMS, Genève, 2009.

49. Popkin B.M., Adair L.S. et Ng S.W., « Now and then: the global nutrition transition: the pandemic of obesity in developing countries », *Nutrition Reviews* 2012 ; 70 : 3-21.



	<b>DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	<b>DIFFÉRENCES D'EXPOSITION DES INDIVIDUS DANS LES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS ET PROFESSIONNELS</b>	<b>DEGRÉS DE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTS ENTRE LES INDIVIDUS</b>	<b>DIFFÉRENCES DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ</b>
<b>Interventions (* = approches à privilégier)</b>	<i>Éducation primaire universelle financée par l'impôt et éducation des jeunes enfants axée sur l'équité</i>	<i>Baisse de l'apport en sel* (réductions volontaires ou réglementées de la teneur en sel dans la plupart des aliments de consommation courante transformés et préparés ; réduction de l'usage de sel par les restaurants informels et les vendeurs de rue)</i>	<i>Pour les groupes vulnérables, soins primaires ciblant le dépistage précoce de l'hypertension artérielle</i>	<i>Couverture de santé universelle</i>
	<i>Élimination des obstacles à l'accès à des emplois équitables</i>	<i>Promotion d'une alimentation saine* (réduction du salage lors de la préparation et de la consommation des repas, moindre quantité dans les salaisons)</i>	<i>Informations sur l'alimentation et l'activité physique à l'intention des groupes vulnérables</i>	<i>Conseils et multithérapies pour les personnes présentant un risque cardiovasculaire élevé ainsi que pour celles souffrant déjà d'une maladie cardiovasculaire*</i>
	<i>Réduction de la pauvreté</i>	<i>Encadrement de la publicité et de la commercialisation des boissons non alcoolisées et des aliments destinés aux enfants</i>		<i>Traitement des crises cardiaques à l'ASA*</i>
		<i>Taxes sur les aliments malsains ; subventions/ mesures incitatives concernant les prix des produits frais</i>		<i>Mesures incitant les professionnels de santé à dispenser leurs services aux groupes vulnérables</i>
		<i>Repas sains gratuits ou subventionnés dans les cantines scolaires</i>		<i>Services de santé spéciaux à l'intention des groupes vulnérables</i>
		<i>Politiques d'achat de produits alimentaires à l'intention des écoles et des institutions publiques assorties de normes en matière de qualité nutritionnelle des repas</i>		
		<i>Subventions/incitations pour promouvoir l'achat d'aliments sains</i>		
		<i>Étiquetage nutritionnel facile à comprendre par les consommateurs</i>		

	<b>DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUES</b>	<b>DIFFÉRENCES D'EXPOSITION DES INDIVIDUS DANS LES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS ET PROFESSIONNELS</b>	<b>DEGRÉS DE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTS ENTRE LES INDIVIDUS</b>	<b>DIFFÉRENCES DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ</b>
<b>Secteurs et parties prenantes</b>	<i>Protection sociale et bien-être</i>	<p><i>Groupes agro-alimentaires mondiaux</i></p> <p><i>Fabricants d'aliments locaux et associations d'artisans boulangers locaux</i></p> <p><i>Commerce</i></p> <p><i>Nutrition, sécurité alimentaire et agriculture</i></p> <p><i>Éducation</i></p> <p><i>Finance</i></p> <p><i>Radiodiffusion et médias</i></p> <p><i>ONG et société civile sensibilisées à l'hypertension, aux maladies cardiovasculaires, à la nutrition à l'école, p. ex.</i></p> <p><i>Modes de transport actifs/urbanisme</i></p> <p><i>Clubs sportifs, clubs de jeunes, associations de femmes</i></p>	<i>Soins médicaux et santé publique</i>	<i>Financement des soins médicaux</i>
<b>Points d'accès/ synergies</b>	<p><i>Réduction de la pauvreté comme moyen de lutte contre les inégalités liées au statut social, à l'éducation, à la profession et au revenu</i></p> <p><i>Ciblage des populations marginalisées et minoritaires</i></p>	<p><i>Engagements de l'International Food and Beverage Alliance envers l'OMS concernant la composition et la disponibilité des produits [46] ; adoption des recommandations de l'OMS prônant le caractère responsable des campagnes commerciales et publicitaires destinées aux enfants</i></p> <p><i>Engagements nationaux en faveur de la protection de l'enfance</i></p> <p><i>Mesures d'incitation/subventions agricoles visant à promouvoir la disponibilité, l'accessibilité et le prix abordable des fruits et des légumes locaux</i></p> <p><i>Étiquetage nutritionnel conforme aux directives CODEX incluant le sel/sodium</i></p> <p><i>Plateformes commerciales communes visant à uniformiser l'étiquetage nutritionnel dans tous les pays et à encadrer la commercialisation et la publicité</i></p>		<i>Mécanismes de paiement/ remboursement incitant les professionnels de santé à pratiquer la prévention et à promouvoir la santé</i>

## Annexe 8. Principes de programmation des Nations Unies et recoupements avec les MNT

Le contenu du PNUAD est aligné sur les cinq principes de programmation des Nations Unies : approche axée sur les droits de l'homme, égalité des sexes, durabilité environnementale, renforcement des capacités et gestion axée sur les résultats. Ces principes ont tous un lien avec les maladies non transmissibles et la lutte contre les MNT contribue à les faire respecter davantage.

### Analyse du risque de MNT selon l'approche axée sur les droits de l'homme

- La morbidité et la mortalité évitables imputables aux maladies non transmissibles menacent le droit à la santé inscrit dans de nombreux textes juridiques internationaux et dans certaines constitutions nationales. Ces affections et la mauvaise santé en général peuvent également entraver l'exercice d'autres droits fondamentaux tels que l'accès à l'éducation et la non-discrimination.
- Les violations des droits de l'homme peuvent elles aussi accroître le risque de contracter ces maladies. L'exclusion sociale sous-jacente, la marginalisation et la discrimination sont susceptibles d'aggraver la vulnérabilité aux comportements à risque à l'origine des MNT, Comme en témoignent les taux élevés de maladies non transmissibles observés dans diverses communautés indigènes déplacées ou confrontées à différentes formes d'exclusion<sup>50</sup>.

### Égalité des sexes et maladies non transmissibles<sup>51</sup>

- En dépit d'une plus longue espérance de vie, la santé des femmes est souvent plus précaire que celle des hommes du fait d'une prévalence plus élevée des maladies chroniques non-mortelles. Deux décès de femmes sur trois sont dus à des MNT, principalement les maladies cardiaques, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques (les facteurs de risque sont identiques pour les hommes et les femmes). Pourtant, la communauté mondiale de la santé s'intéresse principalement aux femmes sous l'angle de leur capacité de reproduction. Ce préjugé sexiste détourne l'attention des MNT, mais aussi de la violence et des autres agressions physiques que subissent les femmes. En matière de diagnostic et de traitement, cela se traduit par le fait qu'on leur pose moins de questions, qu'elles subissent moins d'exams et qu'elles passent moins de tests de diagnostic des MNT que les hommes présentant des symptômes analogues.
- Les inégalités salariales semblent contribuer pour une grande part à la dégradation de leur santé. Elles peuvent découler d'un accès historiquement limité au marché du travail ainsi que de leur degré d'indépendance et de pouvoir au sein du ménage. Les politiques visant à faciliter la participation des femmes au marché du travail, à combler les écarts de salaire et à augmenter les pensions non-contributives peuvent exercer un effet favorable sur leur santé.

### Maladies non transmissibles et durabilité environnementale

- Les environnements résidentiels et professionnels constituent des déterminants clés de la santé. En matière de MNT, de multiples environnements sont directement concernés, notamment : régions rurales et proximité de sites industriels susceptibles d'exposer les personnes, notamment les enfants, à des produits chimiques et des rayonnements dangereux<sup>52</sup> ; environnements bâtis où l'activité physique se raréfie, notamment du fait d'une rapide urbanisation et de l'augmentation du trafic motorisé ; hausse de la production industrielle susceptible de polluer l'air intérieur et extérieur et de rendre certains environnements professionnels propices à des maladies non transmissibles telles que

---

50. NCD Alliance, « Health inequalities and indigenous people », décembre 2012.

51. Bonita R. et Beaglehole R., « Women and NCDs: overcoming the neglect », *Global Health Action* 2014, 7 : 23742 ; Malmusi D., Vives A., Benach J. et Borrell C., « Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class », *Global Health Action* 2014, 7 : 23189.

52. Norman R.E., Carpenter D.O., Scott J. et al., « Environmental exposures: an under-recognized contribution to noncommunicable diseases », *Reviews on Environmental Health* 2013, 28 : 59-65.

maladies respiratoires obstructives chroniques, cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et cancer des poumons<sup>53</sup>.

- Le changement climatique, et notamment l'élévation des températures, les canicules et d'autres événements extrêmes peuvent menacer la sécurité alimentaire et avoir des conséquences négatives sur la nutrition<sup>54</sup>.
- Un développement agricole débridé peut conduire à la déforestation, à la dégradation des sols, à la pollution due aux produits chimiques agricoles et à l'appauvrissement des nappes phréatiques. Ces situations engendrent à leur tour des perturbations écologiques entraînant une perte des services écosystémiques, notamment des ressources foncières, de la biodiversité et des sources de production alimentaire. La culture du tabac dans les pays en développement en porte témoignage<sup>55</sup>.
- À l'inverse, des facteurs de l'obésité tels que l'augmentation de la valeur énergétique des aliments et l'usage accru de véhicules à moteur influent sur les émissions de gaz à effet de serre<sup>56</sup>.
- Une approche du développement respectueuse de la durabilité environnementale, soit par la réduction directe de l'exposition aux facteurs de risques des MNT, soit par une sensibilisation aux déterminants de la santé en général, protégera contre les maladies.

### Renforcement des capacités et maladies non transmissibles

- Depuis 2000, l'OMS suit les capacités des pays à lutter contre les maladies non transmissibles. Une enquête leur est adressée avec des questions du type : existe-t-il des initiatives multisectorielles de lutte contre les MNT<sup>57</sup> et des mécanismes de coordination sont-ils en place ? Les ministères de la Santé disposent-ils d'unités ou de personnel dédiés aux MNT ? Existe-t-il des stratégies nationales spécifiques pour les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et, dans l'affirmative, où en sont l'avancement de leur mise en œuvre et leurs budgets ?
- Les résultats de la dernière enquête en date (2010) révèlent des capacités généralement plus faibles dans les pays à faible revenu telles qu'infrastructures insuffisantes, mise en œuvre et financement inadéquats de politiques et de plans de lutte contre les MNT de qualité, systèmes et financement de la surveillance des populations inadaptés, lacunes dans les interventions du système de santé.

L'examen des PNUAD par le PNUD a également révélé des déficits en termes de capacités. L'analyse des causes des MNT, de leurs facteurs de risque et de leurs déterminants sociaux requiert des données ventilées par sexe et par âge ainsi que par niveaux de détail plus fins (localité, appartenance ethnique, éducation et revenu).

### Gestion axée sur les résultats

- Le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles et ses 25 indicateurs ainsi que les neuf cibles mondiales pour les MNT à atteindre d'ici 2025 (voir l'annexe 1) peuvent aider à définir les livrables potentiels de la matrice des résultats/des plans de travail conjoints des PNUAD. La matrice des résultats doit également tenir compte des approches à privilégier et d'autres interventions prioritaires (voir le tableau 2).

53. Organisation mondiale de la Santé, « Preventing disease through healthy environments – towards an estimate of the environmental burden of disease », OMS, Genève, 2006.

54. Friel S., Bowen K., Campbell-Lendrum D. et al., « Climate change, noncommunicable diseases and development: the relationships and common policy opportunities », *Annual Review of Public Health* 2011, 32 : 133–47. Fédération internationale du diabète, « Diabetes and Climate Change: Interconnected Global Risks to Health and Development », 2012.

55. Lecours N., Almeida G.E.G., Abdallah J.M. et Novotny, T.E., « Environmental health impacts of tobacco farming: a review of the literature », *Tobacco Control* 2012, 21 : 191-96.

56. Edwards P. et Roberts I., « Population adiposity and climate change », *International Journal of Epidemiology* 2009, 38 : 1137-40.

57. Organisation mondiale de la Santé, « Assessing national capacity for prevention and control of NCDs », OMS, Genève, 2010.

## Annexe 9. Conflits d'intérêts

Conformément au Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS, les politiques publiques en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles doivent être protégées contre l'influence indésirable de toute forme d'intérêts commerciaux ou autres<sup>58,59</sup>. L'engagement d'acteurs non étatiques dans la lutte contre les MNT devra être clairement bénéfique pour la santé publique. Il soutiendra et renforcera les approches scientifiques et factuelles qui sous-tendent le Plan d'action mondial. Leur participation sera gérée de manière à réduire et atténuer toute forme de risque pour le gouvernement concerné, l'institution des Nations Unies et l'équipe de pays de l'ONU (y compris les conflits d'intérêts). Elle sera placée sous le signe de la transparence, de l'ouverture, de l'inclusion, de la responsabilité, de l'intégrité et du respect mutuel.

De ce fait, la collaboration avec des acteurs non étatiques sera clairement encadrée. Les chefs d'État et de gouvernement ont reconnu l'existence d'un conflit d'intérêts fondamental entre l'industrie du tabac et la santé publique<sup>60</sup>. Ainsi, l'OMS et le PNUD refusent de collaborer avec les secteurs producteurs de produits directement nocifs pour la santé humaine, notamment l'industrie du tabac ou de l'armement. Il convient de protéger le processus de définition de normes de l'OMS contre toute influence indésirable et la collaboration de l'OMS avec des acteurs non étatiques ne doit pas susciter de doute quant à l'intégrité, l'indépendance, la crédibilité et la réputation de l'Organisation.

Concernant l'intégration des maladies non transmissibles dans les PNUAD, l'engagement des gouvernements et des équipes de pays des Nations Unies avec des acteurs non étatiques peut prendre diverses formes, être assujéti à différents niveaux de risque et impliquer divers niveaux et types de collaboration :

- Participation à des réunions organisées par les gouvernements et/ou des équipes de pays des Nations Unies
- Ressources (fonds, personnel, contributions en nature)
- Faits probants (collecte et production d'informations, gestion des connaissances et de la recherche)
- Plaidoyer (actions de sensibilisation aux maladies non transmissibles)
- Collaboration technique

---

58. Conformément aux principes globaux et aux approches énoncés au paragraphe 18 du Plan d'action mondial 2013-2020 de l'OMS qui stipule que plusieurs acteurs, étatiques et non étatiques, dont la société civile, le monde universitaire, l'industrie, les organisations non gouvernementales et professionnelles doivent participer à la lutte contre les MNT pour que celle-ci soit efficace. Les politiques, les stratégies et l'action multisectorielle en matière de santé publique visant la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles doivent être protégées contre l'influence indésirable de toute forme d'intérêts particuliers. Les conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels doivent être pris en compte et résolus.

59. Directives de mise en œuvre de l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac relatif à la protection des politiques de santé publique contre les intérêts commerciaux et autres intérêts particuliers de l'industrie du tabac.

60. Paragraphe 38 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

Les synergies intersectorielles et les points d'accès possibles aux interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et l'apport en sel dans l'alimentation, par exemple, sont présentés dans les annexes 6 et 7.

Avant de collaborer avec un quelconque acteur non étatique et afin de protéger leur intégrité, les équipes de pays des Nations Unies procéderont à une vérification préalable portant au minimum sur ce qui suit :

- Détermination des raisons qui l'incitent à vouloir collaborer avec l'équipe de pays à la préparation du PNUAD et de ce qu'il attend de cette collaboration ;
- Étude générale de l'entité concernée ;
- Vérification de son statut, de son domaine d'activité, de ses organes de direction, de ses sources de financement, de sa constitution, de ses statuts, de ses règlements et de son affiliation ;
- Antécédents (problèmes de ressources humaines, relations avec les syndicats, problèmes environnementaux, éthiques et commerciaux, réputation et image, stabilité financière) ;
- Identification de « points de friction » tels que des activités incompatibles avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 de l'OMS, la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, les Recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, etc.



World Health  
Organization

[www.who.int](http://www.who.int)  
[www.undp.org](http://www.undp.org)



*Au service  
des peuples  
et des nations*

ISBN 978 92 4 150835 3



9 789241 508353