



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

**Comité régional de l'Europe**

Soixante et unième session

EUR/RC61/12

+ EUR/RC61/Conf.Doc./4

+ EUR/RC61/Conf.Doc./5

**Bakou (Azerbaïdjan), 12-15 septembre 2011**

20 juin 2011

111361

Point 6 c) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016**

L'investissement dans la prévention des maladies non transmissibles et dans des interventions de lutte plus efficace contre celles-ci permettra de réduire la mortalité prématurée ainsi que la morbidité et l'invalidité évitables, tout en améliorant la qualité de vie et le bien-être des individus et des sociétés. Pas moins de 86 % des décès et de 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS sont causés par ce grand groupe de maladies, dont la répartition épidémiologique témoigne d'importantes inégalités suivant un gradient social, et qui sont en outre liées par des facteurs de risque communs, des déterminants fondamentaux et des possibilités d'intervention.

Le présent document présente un plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte). À la lumière des engagements actuellement pris par les États membres, il se concentre sur les interventions et les domaines d'action prioritaires pour les cinq prochaines années (2012-2016) dans un cadre global et intégré.

Il est le fruit d'un processus consultatif sous la supervision du Comité permanent du Comité régional. Des réunions des points focaux pour les maladies non transmissibles et du Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement y ont aussi contribué. Il est formulé dans le contexte de l'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé (Santé 2020) et du Cadre d'action de la santé publique, ainsi que de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, Fédération de Russie, avril 2011) et de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (New York, États-Unis, septembre 2011), dont il tient compte des processus.

## Sommaire

	page
Mandat.....	1
Contexte épidémiologique.....	1
Pourquoi un plan d'action, et pourquoi maintenant ? .....	2
Motivation et principes directeurs.....	4
Portée du Plan d'action .....	5
Liens.....	6
Tirer parti des caractéristiques communes.....	6
Troubles mentaux.....	6
Violence et traumatismes.....	6
Maladies infectieuses .....	7
Environnement et santé.....	7
Vision, mission et objectifs .....	7
Principes d'organisation du Plan d'action.....	8
Domaines d'action prioritaires .....	9
Gouvernance en matière de maladies non transmissibles, notamment la constitution d'alliances et de réseaux, et la promotion de la responsabilisation (ou autonomisation) des citoyens.....	9
Renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, et de la recherche.....	11
Promotion de la santé et prévention des maladies .....	13
Réorientation des services de santé davantage vers la prévention et les soins des maladies chroniques.....	14
Les interventions prioritaires.....	17
Promotion d'une consommation saine par le biais des politiques fiscales et de marketing.....	17
Élimination des matières grasses <i>trans</i> dans les aliments (et leur remplacement par des graisses polyinsaturées) .....	18
Réduction de la consommation de sel.....	19
Évaluation et gestion du risque cardiométabolique .....	20
Dépistage précoce du cancer.....	20
Interventions à l'appui.....	21
Promotion de la mobilité active .....	22
Promotion de la santé dans certains contextes .....	22
Bibliographie.....	24
Stratégies, plans d'action et résolutions et déclarations de conférence ministérielle de l'OMS afférents à ce domaine.....	25
Annexe. Exemples de systèmes existants de surveillance des maladies non transmissibles .....	27

## Mandat

1. En 2006, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en sa cinquante-sixième session, a adopté une stratégie intégrée et axée sur l'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (résolution EUR/RC56/R2). Il s'agissait d'une réponse spécifiquement européenne à la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2000. Un plan d'action mondial a suivi en 2008 (1).
2. En septembre 2010, le Comité régional, en sa soixantième session, a préconisé l'élaboration d'une nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, ainsi que le renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe. Il a été demandé à la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe de poursuivre l'engagement envers le renforcement des systèmes de santé, de renouveler la détermination en faveur des capacités de santé publique, et de collaborer avec les États membres afin de les aider à élaborer des politiques et des plans nationaux intégrés dans le domaine de la santé (résolution EUR/RC60/R5).
3. Santé 2020 répond à l'évolution du contexte en Europe : les inégalités de santé flagrantes entre les pays et dans chacun d'eux, la réémergence des menaces posées par les maladies infectieuses, l'impact de la mondialisation et des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, les préoccupations concernant la viabilité financière des systèmes de santé, l'évolution du rôle des citoyens, et le développement particulièrement alarmant des maladies non transmissibles.
4. Dans cette optique, l'OMS s'est engagée à renforcer les efforts de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne. Dans le cadre politique global, ce plan d'action s'inspirant de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) recense plusieurs domaines d'action et résultats spécifiques envers lesquels les États membres, l'OMS et ses partenaires peuvent s'engager sur cinq ans, soit de 2012 à 2016, après son adoption en 2011.
5. Pendant la formulation de ce plan, l'attention accordée aux maladies non transmissibles à travers le monde a atteint des niveaux sans précédent. La Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles s'est déroulée en avril 2011, et la participation active des États membres de la Région européenne de l'OMS a contribué à l'élaboration d'un instrument solide, la Déclaration de Moscou (2), d'ailleurs adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA64.11. Ce plan d'action tient compte de manière explicite de la mise en œuvre de cette Déclaration.

## Contexte épidémiologique

6. Les maladies non transmissibles constituent la principale cause de mortalité, de morbidité et d'invalidité dans la Région européenne de l'OMS. Les quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques et diabète) représentent ensemble la grande majorité de la charge de morbidité et de mortalité prématurée dans la Région. En Europe, les maladies non transmissibles (au sens plus large) concourent à près de 86 % des décès et 77 % de la charge des maladies, et pèsent de plus en plus lourdement sur les systèmes de santé, le développement économique et le bien-être d'une grande partie de la population, en particulier chez les personnes âgées de 50 ans et plus.
7. En même temps, les maladies non transmissibles sont à l'origine de la plupart des inégalités croissantes en santé observées dans de nombreux pays, celles-ci suivant d'ailleurs un fort gradient socioéconomique et présentant d'importantes différences entre les sexes. Il en est de même pour

l'écart de santé qui se creuse entre les pays d'Europe. Cependant, le gradient social et/ou la répartition du risque varient pour différents facteurs de risque et dans différents États membres. En outre, l'incidence croissante des facteurs de risque des maladies non transmissibles sur les groupes d'âge plus jeunes, avec des conséquences considérables en ce qui concerne les tendances de la santé publique en Europe à l'avenir, est la source de très importantes préoccupations.

8. Les maladies non transmissibles deviennent, au gré du vieillissement des individus, les principales causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité, et une part importante des besoins et des coûts de soins de santé se concentrent sur les dernières années de l'existence. Les femmes européennes vivent environ huit ans de plus que les hommes, avec une plus grande tranche de leur vie en mauvaise santé. Le vieillissement des populations et la charge des maladies non transmissibles risquent d'imposer des coûts considérables à la société. La prise en charge des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque représente une part importante du produit intérieur brut d'un pays, tandis que les malades et/ou leur(s) aidant(s)/soignant(s) peuvent être confrontés aux coûts des traitements, à une baisse du revenu, à la retraite anticipée et au recours accru à la protection sociale. Les employeurs, et la société dans son ensemble, portent le fardeau de l'absentéisme, d'une productivité réduite et d'une rotation accrue du personnel.

## Pourquoi un plan d'action, et pourquoi maintenant ?

9. Ce plan d'action s'inspire de l'évolution de la situation au cours de ces cinq dernières années, tient compte des nouvelles connaissances, fait le bilan des progrès réalisés à ce jour et puise dans la nouvelle dynamique des interventions menées contre les maladies non transmissibles et dans le domaine de la santé publique dans son ensemble.

10. Au niveau mondial, on a observé ces dernières années une conscientisation croissante face au problème des maladies non transmissibles, et un développement du mandat d'action à leur rencontre. En 2008, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (2008-2013), avec son plan global visant à recenser les épidémies émergentes, à réduire l'exposition aux facteurs de risque et à renforcer les soins de santé pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles. Une stratégie globale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, approuvée en 2010, est venue compléter les outils existants sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, et la Convention-cadre pour la lutte antitabac. En septembre 2011 se déroulera à New York une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles qui, d'ailleurs, permettra de redoubler l'attention mondiale accordée à ce groupe de maladies.

11. Au niveau international, on assiste à une prise de conscience accrue face aux défis posés par les maladies non transmissibles, aux causes de leurs causes, et aux éléments de preuve à l'appui des interventions efficaces. Parallèlement à la création d'alliances (notamment la participation des agences internationales, de la communauté scientifique et de la santé publique et des organisations non gouvernementales (ONG) à la sensibilisation, à la recherche et à la collaboration), plusieurs rapports importants ont été rédigés. Ces derniers recommandent de prendre des mesures énergiques à l'encontre des maladies non transmissibles et, toute comme le rapport sur l'état des maladies non transmissibles dans le monde (3), préconisent des meilleures options à cet égard. Les conclusions de la Commission des déterminants sociaux de la santé (4) permettent d'envisager ces problèmes prioritaires de la santé publique sous l'angle de l'équité (5), et attirent davantage l'attention sur l'importance d'investir dans le développement du jeune enfant, afin de construire une base solide garantissant une bonne santé pendant toute son existence.

12. Ces dernières années, l'accent a été de nouveau mis sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé tant en Europe, avec la Charte de Tallinn (adoptée à la Conférence ministérielle

européenne de 2009) et son appel visant à renforcer les capacités et les services de santé publique, que dans le monde, avec les Rapports sur la santé dans le monde consacrés aux soins de santé primaires (2008) (6) et au financement des systèmes de santé pour une couverture universelle (2010) (7), qui abordent l'importance de l'accès, de la disponibilité et de la qualité des services.

13. En Europe, une attention nouvelle a été accordée aux principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles. À ce jour, 47 États membres de la Région européenne sont parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Une conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité, organisée en 2006, a permis l'adoption d'une charte, du Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, et d'un cadre européen en vue de promouvoir l'activité physique pour la santé (2007) ; un plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (2012-2020) est présenté au Comité régional pour adoption cette année (voir document EUR/RC61/13). L'attention générale accordée par le Bureau régional aux maladies non transmissibles se poursuit également avec les activités sur la santé mentale et l'invalidité ; à cet égard, la Déclaration européenne sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille (2010) est également soumise au Comité régional pour approbation (voir document EUR/RC61/Conf.Doc./5). Dans la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé (2010), les États membres européens se sont explicitement fixés comme objectif la prévention des maladies non transmissibles à travers des actions visant à réduire les expositions environnementales en cause. En outre, l'Union européenne (UE) mène des actions significatives sur les déterminants de la santé dans le domaine de la prévention des maladies, du vieillissement actif en bonne santé, et contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

14. Les États membres manifestent un intérêt croissant pour la Stratégie européenne de lutte contre les maladies non transmissibles, et requièrent de plus en plus sa mise en œuvre. Des progrès ont d'ailleurs été réalisés dans de nombreux domaines. Des inventaires des documents et des instruments politiques nationaux relatifs à la lutte antitabac et contre l'alcoolisme, à la nutrition, à l'obésité et à l'activité physique ont été établis et examinés, et les besoins, les capacités et les lacunes dans la mise en œuvre font l'objet d'une plus grande compréhension (8,9). Sept pays ne sont toujours pas parties à la Convention-cadre, et même chez certaines des parties, la concrétisation des engagements pris reste relativement modeste. Les interventions rentables de prévention et de soins en matière de maladies non transmissibles font encore l'objet d'une couverture incomplète. Le tableau général de la charge de morbidité et des facteurs de risque reste fragmentaire, et l'harmonisation des définitions et des instruments de collecte de données constitue toujours un défi. Alors qu'un peu plus des deux tiers des pays disposent d'une politique ou d'une stratégie relatives aux maladies non transmissibles, celles-ci ne sont opérationnelles que dans la moitié d'entre-eux, et un budget spécifique pour leur mise en œuvre n'existe que dans un tiers de ces États. La mesure dans laquelle l'assurance maladie couvre les maladies non transmissibles varie de part et d'autre de la Région européenne, et les services de soutien à un meilleur mode de vie peuvent être largement tributaires du financement des œuvres caritatives, plutôt que des pouvoirs publics. Si certains pays peuvent avoir adopté un large éventail de politiques générales et spécifiques, la coordination entre celles-ci peut être erratique, et une approche plus intégrée de la prévention des maladies non transmissibles fait souvent défaut.

15. L'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, permet à la Région européenne de l'OMS d'ouvrir un nouveau chapitre dans ce domaine, ainsi d'ailleurs que l'engagement renouvelé envers la santé publique. Le moment est venu de mettre davantage l'accent sur les maladies non transmissibles, et de déployer des efforts en vue de relever ce défi afin de contribuer à l'amélioration de la santé en Europe.

## Motivation et principes directeurs

16. Les documents de portée mondiale et régionale mentionnés ci-dessus, combinés à plus de 20 années d'activités sur la promotion de la santé, ont abouti à un ensemble de principes largement acceptés, et dont fait écho Santé 2020 qui, d'ailleurs, va orienter toutes les actions de ce plan, de la fixation des priorités à la phase d'évaluation, en passant par la mise en œuvre.

- **Priorité accordée à l'équité.** Une attention particulière doit être accordée à l'incidence potentielle des déterminants sociaux comme le sexe, le statut socioéconomique, l'ethnicité, le statut de migrant et/ou le niveau d'instruction, ainsi que leur répartition sur les populations et la possibilité pour ces dernières d'effectuer des choix sains et d'y adhérer de manière durable.
- **Renforcer les systèmes de santé.** Le développement des services de soins de santé primaires, en collaboration avec les services de santé publique, est essentiel pour améliorer la promotion de la santé, la prévention des maladies, le dépistage précoce et les soins intégrés.
- **La santé dans toutes les politiques.** Les déterminants plus généraux de l'épidémie de maladies non transmissibles se situent largement en dehors du cadre du secteur de la santé. Leurs origines sont variées, allant par exemple des politiques fiscales et commerciales à l'urbanisme, en passant par l'accès à l'éducation et aux soins de santé.
- **Une approche axée sur le cycle de vie.** Tout au long de sa vie, l'individu rencontre de plus en plus de risques de contracter une maladie non transmissible : cela commence avec les influences subies au stade fœtal et se poursuit dans la petite enfance, l'adolescence et à l'âge adulte. Pour vieillir en bonne santé, plusieurs conditions doivent être remplies, à savoir la promotion de la santé durant tout le cycle de vie, la création d'un environnement favorable à la santé permettant aux individus de gérer facilement leur invalidité, la protection sociale, et la mise en place de services sociaux et sanitaires appropriés et accessibles.
- **Autonomisation et responsabilisation.** Toutes les activités, de la planification des services de prévention à la prestation de soins individuels, doivent viser à renforcer, et non pas à remplacer, l'action de proximité, à promouvoir l'instruction en santé et à respecter l'expertise du patient.
- **Trouver un équilibre entre approches populationnelles et approches individuelles.** La plupart des cas de maladie surviennent chez des personnes présentant un risque faible ou modéré. Seule une minorité des cas concerne des personnes présentant un risque élevé (10). Toute stratégie de prévention intégrée doit trouver un équilibre entre l'adoption d'une approche visant à réduire le niveau des facteurs de risque dans la population dans son ensemble, et l'adoption d'une approche orientée vers les personnes à haut risque.
- **Programmes intégrés.** Toutes les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque possèdent des particularités techniques, nécessitent des compétences spécifiques et méritent une action ciblée et indépendante si l'on veut accomplir des progrès à cet égard. Pourtant, il est prouvé qu'une stratégie prévoyant des interventions multiples s'avérerait beaucoup plus bénéfique sur le plan de la santé que la mise en œuvre d'interventions individuelles, le profil de rentabilité d'une telle stratégie étant souvent encore plus favorable.
- **Une approche axée sur l'ensemble de la société.** Il s'agit de la « coproduction » de la santé par l'État et la société. L'objectif est de renforcer l'intégration entre les services de santé publique et le système de soins de santé, d'accroître la coopération entre les acteurs étatiques et non étatiques, et d'assurer la participation active de la société civile, du secteur privé et des particuliers.

17. Ces principes sont intégrés dans les messages clés de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte), et sont aussi pertinents aujourd'hui que quand ils ont été approuvés en 2006.

### **Messages clés**

La prévention d'un bout à l'autre de la vie est efficace et doit être considérée comme un investissement dans la santé et le développement.

La société devrait créer des cadres de vie favorables à la santé pour que les choix sains soient aussi des choix plus faciles.

Les services sanitaires et médicaux<sup>1</sup> devraient être adaptés à leur fonction, ce qui leur permettrait de faire face à la charge de morbidité actuelle et de développer les possibilités de mener des actions de promotion de la santé.

Il faudrait donner à chacun les moyens d'optimiser sa propre santé, d'avoir des relations efficaces avec les services de santé et d'être un partenaire actif dans la prise en charge de la maladie.

Pour parvenir à l'équité en santé, il est essentiel d'assurer un accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé.

Les pouvoirs publics à tous les niveaux doivent mettre en place des politiques publiques favorables à la santé et veiller à la prise de mesures au niveau de tous les secteurs concernés.

## **Portée du Plan d'action**

18. Bien que les diverses maladies non transmissibles chroniques méritent toutes une attention appropriée, un groupe de quatre maladies (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques) et leurs facteurs de risque communs (tabagisme, usage nocif de l'alcool, sédentarité et alimentation peu équilibrée) représentent la majorité de la morbidité et de la mortalité évitables dans la Région européenne de l'OMS. Ces quatre maladies non transmissibles partagent aussi des déterminants communs, influencés par les politiques adoptées dans un large éventail de secteurs, allant de l'agriculture et de l'industrie alimentaire, à l'éducation, à l'environnement et à l'urbanisme. Elles ont aussi en commun des modes d'intervention par le biais des politiques publiques. En outre, l'obésité mérite une attention particulière dans la mesure où elle est à la fois la conséquence d'un grand nombre de facteurs de risque comparables, et une cause d'autres maladies non transmissibles.

19. Ce plan d'action adopte la vision globale des stratégies de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles élaborées aux niveaux mondial et européen. Certes, les États membres demandent fermement qu'on les aide à prendre des mesures efficaces, mais le Plan d'action doit être réaliste, étant donné qu'il est mis en œuvre à un moment où les besoins sont légion et les ressources limitées. Toutefois, les coûts de l'inaction sont potentiellement plus importants, en raison de l'escalade des coûts pour les systèmes de soins de santé et de protection sociale imputables à la charge croissante des maladies non transmissibles. Il est clairement prouvé qu'une action concertée doit être menée à cet égard par la société à l'aide d'outils efficaces et susceptibles d'être adaptés aux conditions nationales et ce, à tous les niveaux de développement. Un effort a donc été consenti afin de prioriser et de choisir les interventions

---

<sup>1</sup> À l'origine, la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (2006) fait une référence terminologique aux services de soins de santé et de santé publique.

réalisables dans la Région européenne, dans un délai limité et dans le cadre des ressources disponibles, ce qui permet au Plan de rester réaliste, tout en exerçant un impact maximum.

## Liens

20. Bien que ce Plan d'action adopte délibérément une orientation très précise par souci de faisabilité, il reconnaît qu'un certain nombre d'autres problèmes de santé connexes peuvent bénéficier de l'approche ainsi définie en exploitant les liens existants.

## Tirer parti des caractéristiques communes

21. Les maladies chroniques (qu'il s'agisse des quatre mentionnées ci-dessus ou d'autres maladies, infectieuses ou non transmissibles) partagent un certain nombre de caractéristiques : une étiologie similaire et des agents pathogènes communs tels que les facteurs de risque liés au comportement et à l'environnement ; une co-existence chez certains individus ; la nécessité de mettre en place des modèles de soins similaires intégrant une dimension sociale, permettant aux individus de vivre avec des maladies différentes, et favorisant les programmes axés sur le patient plutôt que sur les maladies. Dans ce contexte, la promotion de modèles de soins chroniques et la lutte contre l'obésité et le tabagisme s'avéreront bénéfiques non seulement pour combattre les quatre maladies énumérées ci-dessus, mais aussi toute une série d'autres problèmes de santé, notamment les troubles musculo-squelettiques. L'attention portée aux milieux et circonstances socioéconomiques dans lesquels les gens grandissent, jouent, vivent et vieillissent, comme les écoles et les lieux de travail, pourrait contribuer davantage à de telles approches communes.

## Troubles mentaux

22. Il existe une relation étroite entre santé mentale et physique : par exemple, le stress nocif est associé aux maladies cardiovasculaires, et les maladies vasculaires cérébrales sont aussi à l'origine de la démence. Bien que « les troubles neuropsychiatriques » constituent la deuxième cause principale de la charge des maladies non transmissibles dans la Région européenne, ce serait une erreur de subordonner une stratégie sur la santé mentale à un plan d'action contre les maladies non transmissibles. En effet, la santé mentale et les maladies non transmissibles requièrent des stratégies et des plans d'action distincts, basés sur des éléments de preuve et des exigences techniques spécifiques. Le Bureau régional procède actuellement à la révision du Plan d'action sur la santé mentale, en consultation avec les États membres et les parties prenantes et ce, afin de proposer une nouvelle stratégie de santé mentale au Comité régional en 2012.

## Violence et traumatismes

23. La violence et les traumatismes partagent beaucoup de caractéristiques communes avec les maladies non transmissibles. Les risques de traumatismes, qu'ils soient réels ou perçus, sont cités comme le principal obstacle à l'usage de la bicyclette et à la marche. Par ailleurs, la dépendance excessive à la voiture provoque la sédentarité et constitue une source de nuisances sonores et de pollution de l'air, des éléments aussi liés aux maladies non transmissibles. La violence et les traumatismes ont en commun certains facteurs de risque avec les maladies non transmissibles, comme la précarité et l'inégalité socioéconomique, d'ailleurs souvent en lien avec l'usage nocif de l'alcool. Les expériences négatives survenant pendant l'enfance ne sont pas seulement en corrélation avec une propension accrue à adopter des comportements violents une fois adulte, mais elles sont aussi associées à des comportements à haut risque tels que l'usage nocif de l'alcool.

## Maladies infectieuses

24. Malgré leur étiquette de « non transmissibles », beaucoup de ces maladies sont en relation étroite avec les maladies infectieuses. Par exemple, les cancers du col de l'utérus et du foie sont respectivement liés au papillomavirus et au virus de l'hépatite, les risques étant d'ailleurs attisés par les rapports sexuels non protégés et l'échange des seringues chez les toxicomanes par voie intraveineuse ; les soins chroniques et palliatifs des patients vivant avec le VIH sont souvent intégrés aux services pour d'autres maladies chroniques. Les facteurs de risque des maladies non transmissibles (tels que le tabagisme ou l'usage nocif de l'alcool) sont associés à la majorité des nouveaux cas de tuberculose dans les pays du monde les plus touchés par cette maladie ; tout programme efficace de lutte contre la tuberculose en Europe doit s'attaquer à ces facteurs de risque communs. Les liens existant entre les maladies non transmissibles, avec le VIH/sida et la tuberculose, ainsi qu'avec la santé maternelle et infantile, sont importants pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : la promotion des synergies entre les programmes peut s'affirmer comme un moyen efficace d'utiliser les ressources limitées.

## Environnement et santé

25. Les expositions environnementales et sur le lieu de travail concourent à une part importante de la charge des maladies non transmissibles. L'activité physique est influencée par les environnements urbains et les politiques relatives aux transports, susceptibles de promouvoir le vélo et la marche par le développement d'infrastructures sécuritaires, tout en favorisant l'aménagement d'espaces verts accessibles pour les activités physiques de loisirs ainsi qu'un changement des comportements. Les programmes de santé et de sécurité au travail peuvent aussi plaider en faveur de la mise en œuvre d'interventions visant le bien-être dans le cadre professionnel. À plus grande échelle, les enseignements tirés des mouvements de conscientisation envers le changement climatique et le développement durable servent de modèle pour sensibiliser notamment aux maladies non transmissibles. Il existe des liens profonds avec les causes de la pollution de l'air et de la nuisance sonore, ainsi qu'avec les efforts de lutte contre celles-ci. L'adoption de politiques rationnelles et durables liées à l'environnement et à la santé contribuera directement à réduire la charge des maladies non transmissibles : qu'il s'agisse des pratiques et des politiques agricoles ou de la protection des enfants face aux expositions environnementales néfastes.

## Vision, mission et objectifs

26. La vision, la mission et les objectifs de ce Plan d'action ont été proposés et approuvés par les États membres dans le cadre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (2006). Ils sont conformes à la nouvelle politique européenne de la santé et au nouveau cadre d'action visant à renforcer les capacités et les services de santé publique en Europe.

### La vision

Une Europe qui assure la promotion de la santé et réussit à empêcher la survenue de maladies non transmissibles susceptibles d'être prévenues, les décès prématurés et les incapacités évitables.

### La mission

Éviter les décès prématurés et réduire de façon appréciable la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles, en prenant des mesures coordonnées, en améliorant la qualité de la vie et en obtenant une répartition plus équitable de l'espérance de vie en bonne santé entre les États membres et dans chaque pays.

### **Les objectifs**

- Mener une action coordonnée concernant les facteurs de risque et leurs déterminants dans les différents secteurs.
- Renforcer les systèmes de santé pour améliorer la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci.

### **L'approche stratégique**

Une approche globale qui intègre systématiquement les politiques et interventions visant à réduire les inégalités en santé, et lutte contre les maladies non transmissibles, tout en :

1. favorisant les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau des populations ;
2. ciblant activement les groupes et les individus à haut risque ;
3. maximisant la couverture des traitements et des soins efficaces dans la population.

## **Principes d'organisation du Plan d'action**

27. Conformément à la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte), le Plan d'action adopte une approche globale et intégrée : il met en avant simultanément les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé au niveau des populations, cible activement les groupes et les individus à haut risque, et maximise la couverture des traitements et des soins efficaces dans la population, tout en intégrant systématiquement les politiques et les interventions visant à réduire les inégalités de santé. En même temps, au cours de la période 2012-2016, le Plan d'action se concentrera sur plusieurs interventions fondées sur des bases factuelles pour une amélioration maximale de la santé. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces interventions seront suivis et évalués.

28. Le Plan d'action est organisé en quatre domaines d'action prioritaires, cinq interventions prioritaires et deux interventions à l'appui. Les interventions prioritaires sont concrètes, fondées sur des bases factuelles et conformes aux engagements pris par les États membres. L'accent est mis sur les résultats visés durant la période 2012-2016, et susceptibles d'aider les pays à réaliser la vision, la mission et les objectifs de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles. L'action sur les déterminants sociaux de la santé et la réduction des inégalités sanitaires sont considérées comme des éléments tellement essentiels qu'ils ne font pas l'objet d'une section distincte, mais font partie intégrante de chacune des principales sections.

29. Les quatre domaines d'action prioritaires sont « corrélés » à la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles comme indiqué ci-dessous :

- i. gouvernance en matière de maladies non transmissibles, notamment la constitution d'alliances et de réseaux, et la promotion de la responsabilisation (ou autonomisation) des citoyens (un domaine d'action pertinent pour la Stratégie européenne dans son ensemble) ;
- ii. renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, et de la recherche (un domaine d'action pertinent pour la Stratégie européenne dans son ensemble) ;
- iii. promotion de la santé et prévention des maladies (un domaine d'action pertinent pour les interventions de la Stratégie européenne menées au niveau populationnel) ;

- iv. réorientation des services de santé davantage vers la prévention et les soins des maladies chroniques (un domaine d'action pertinent pour les composantes de la Stratégie européenne axées sur l'individu, et les sections ciblant les groupes et les personnes à haut risque).

30. Les cinq interventions prioritaires sont les suivantes :

- i. promotion d'une consommation saine par le biais des politiques fiscales et de marketing ;
- ii. élimination des matières grasses *trans* dans les aliments (et leur remplacement par des graisses polyinsaturées) ;
- iii. réduction de la consommation de sel ;
- iv. évaluation et gestion du risque cardiométabolique ;
- v. dépistage précoce du cancer.

31. Deux autres types d'interventions à l'appui sont également prévus comme moyen de promouvoir les liens intrasectoriels avec l'action sur les déterminants environnementaux des maladies non transmissibles :

- i. promotion de la mobilité active ;
- ii. promotion de la santé dans certains contextes.

## Domaines d'action prioritaires

### **Gouvernance en matière de maladies non transmissibles, notamment la constitution d'alliances et de réseaux, et la promotion de la responsabilisation (ou autonomisation) des citoyens**

32. La gouvernance pour la santé se définit comme « les tentatives des pouvoirs publics ou d'autres acteurs d'orienter les communautés, des pays entiers, voire même des groupes de pays, vers la réalisation de la santé et du bien-être dans le cadre d'un objectif commun » (11) ; elle constitue un facteur clé dans l'élaboration de Santé 2020. Étant donné que la majorité des éléments exerçant un impact sanitaire se situent en dehors du cadre même du secteur de la santé et peuvent prendre une dimension internationale, la gouvernance en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles exige la mise en place de mécanismes participatifs et intersectoriels à divers niveaux, s'étendant de la sphère locale à la sphère mondiale. Parmi ces derniers, il convient de mentionner la prise de mesures en vue de définir des objectifs et des ressources en commun, de déterminer les bienfaits de la prévention des maladies non transmissibles, d'évaluer l'impact sanitaire des politiques, et de mettre en œuvre une action intersectorielle de manière responsable et durable. La politique ou la stratégie en matière de maladies non transmissibles peut définir l'orientation et les objectifs de prévention et de lutte, et conférer une cohérence politique à plusieurs plans axés sur des questions spécifiques.

33. La gouvernance en matière de maladies non transmissibles, de manière à influencer sur les déterminants socioéconomiques de la santé et leur répartition, se traduit par l'exercice d'un leadership et d'un mandat, et la mise en place d'incitants, de budgets et de mécanismes de collaboration et de résolution des problèmes aux niveaux pangouvernemental et intersectoriel. La prise en compte de la sexospécificité et d'autres déterminants sociaux est essentielle à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de santé publique visant à lutter contre les maladies non transmissibles. Il s'agit en premier lieu d'améliorer la couverture et l'efficacité du programme, et ensuite de réduire les coûts économiques liés à la baisse de

productivité et aux contraintes accrues imposées aux systèmes de santé et de protection sociale en raison des inégalités (12). Le système de santé dispose de possibilités considérables pour aplanir les inégalités, notamment parce que l'accessibilité, la pertinence et l'acceptabilité des services de santé sont déterminées par des facteurs sociaux (13,14).

34. Les problèmes de santé les plus difficiles nécessitent la prise d'un engagement avec les parties prenantes autres que les pouvoirs publics, à savoir les organismes internationaux, les agences bilatérales, les associations professionnelles et les ONG, ainsi que le secteur privé et le monde universitaire. Les alliances et les réseaux sont essentiels à l'obtention de résultats. Les groupes de santé publique existants tels que EuroHealthNet, l'Association européenne de santé publique (EUPHA) et l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne (ASPHER) font preuve d'un intérêt particulier pour les maladies non transmissibles, tout comme les réseaux de pays existants tels que le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. Les réseaux plus généraux, tels que le Réseau européen Écoles-santé ou le mouvement des Villes-santé de l'OMS, et ceux portant spécifiquement sur les maladies non transmissibles, entre autres le Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI), le Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé (HEPA) et l'Alliance européenne des maladies chroniques, peuvent tous largement y contribuer.

35. La responsabilisation (ou l'autonomisation) constitue une composante essentielle de la promotion des modes de vie sains et de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles. On assiste à une évolution des responsabilités des patients et des professionnels des soins de santé de manière à ce que ces premiers puissent jouer un rôle essentiel dans la prise en charge de leur maladie. Grâce aux stratégies d'autonomisation des patients et des familles, les patients sont plus à même de gérer leur maladie, d'adopter des comportements plus sains et d'utiliser plus efficacement les services de santé, tout en permettant aux aidants/soignants de mieux faire face à la situation et d'accroître leur efficacité. Les groupes d'entraide, les organisations de patients et les associations de défense connexes soutiennent les relations de partenariat entre les patients et les aidants/soignants en offrant des choix, des informations et des capacités. L'influence des médias sur les normes et les comportements ainsi que sur le débat public doit aussi être reconnu. Néanmoins, lors de la prise de mesures visant à renforcer l'autonomisation, il importera de tenir compte du fait que les groupes et les individus les plus défavorisés de la société sont potentiellement les moins susceptibles de bénéficier d'initiatives de participation à leur prise en charge, sauf si celles-ci sont conçues de manière appropriée et acceptable dans un souci d'équité.

### **Mesures à prendre par l'OMS**

- Faciliter et soutenir l'élaboration de plans d'action nationaux pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, sous la forme d'un document spécifique, ou intégrés à d'autres plans et politiques relatifs à la santé publique, et qui accordent une priorité aux déterminants sociaux et à leur répartition.
- S'appuyer sur les mécanismes et plateformes politiques existants et proposant une synergie pour la prévention primaire des maladies non transmissibles, comme le processus européen Environnement et santé ainsi que les accords multilatéraux correspondants sur l'environnement.
- Élaborer des mesures concrètes dans le but d'établir un partenariat efficace et productif des réseaux européens de points focaux pour les maladies non transmissibles et des intervenants du secteur public, de la société civile, des associations professionnelles et des universitaires en vue d'une sensibilisation conjointe, de la génération de ressources et d'un échange de données d'expérience, et dans le but de renforcer les capacités de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Dans le cadre de ce partenariat, des forums seront organisés afin d'interagir avec le secteur privé. Une attention nécessaire sera accordée à l'élaboration de politiques appropriées pour éviter les conflits d'intérêts.

- Élaborer des propositions concrètes : de coopération sur les maladies non transmissibles entre les organisations internationales telles que l'OMS, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Commission européenne, la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement et l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), ainsi que des propositions concrètes de sensibilisation à la santé sur des sujets spécifiques tels que les normes et les indicateurs et sur les activités menées en commun dans les pays, en exposant plus clairement la valeur ajoutée par chaque partenaire.
- Fournir un appui technique pour aider les États membres à mettre en œuvre et à renforcer la responsabilisation des patients et des communautés et leur participation aux politiques, stratégies et programmes, notamment l'apport de recommandations sur la façon d'accorder une priorité aux groupes et aux personnes les plus susceptibles d'avoir voix au chapitre et/ou d'être défavorisés.

### **Mesures à prendre par les États membres**

- Augmenter le nombre de stratégies et de plans d'action nationaux sur les maladies non transmissibles, ou en rapport avec celles-ci, qui tiennent compte des contextes sociaux et environnementaux de ces maladies et des modes de vie sains, disposent de budgets et de capacités ad hoc pour la mise en œuvre, et intègrent une composante de surveillance de l'impact sanitaire global et de sa répartition.
- Augmenter le nombre de pays qui intègrent la question des maladies non transmissibles dans les programmes de développement nationaux et régionaux.
- Augmenter le nombre d'alliances nationales sur les maladies non transmissibles ou les maladies chroniques accordant une priorité aux comorbidités et aux facteurs communs en vue de coordonner les efforts de sensibilisation de manière intégrée.

### **Renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, et de la recherche**

36. La Région européenne de l'OMS est riche en données provenant d'enquêtes réalisées aux niveaux sous-national, national, régional et mondial (voir annexe). Pourtant, l'harmonisation des données dans l'ensemble de la Région peut poser un défi, en raison de l'utilisation d'instruments et de définitions différents par divers organismes. En outre, les données disponibles ne sont pas toujours représentatives au niveau national, ni de qualité suffisante.

37. Les données de surveillance sont essentielles pour la définition d'actions ciblées, le suivi des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que pour l'élaboration et l'évaluation des stratégies et des politiques. Les systèmes de surveillance doivent être de bonne qualité, fiables, standardisés et durables. Ils doivent être adaptés aux besoins du pays et coordonnés au niveau international à l'aide de protocoles communs, de définitions des indicateurs, d'outils analytiques et de bases de données qui permettent de comparer les tendances au niveau international. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, le système de surveillance doit générer et contrôler les informations sur les paramètres suivants : la charge des maladies non transmissibles (morbidité, mortalité, invalidité et coûts économiques) ; les estimations de la prévalence et des tendances des facteurs de risque connexes ; leurs déterminants sociaux ; les groupes de population à risque ; et la mise en œuvre appropriée des politiques fondées sur des éléments de preuve. Une attention suffisante doit être accordée aux groupes vulnérables et à une représentation désagrégée de la population, en procédant à un recoupement avec le sexe, le groupe d'âge et des facteurs sociaux tels que le niveau d'instruction, le revenu et le lieu de résidence. Il importe d'examiner l'établissement d'un lien avec d'autres systèmes de surveillance pertinents, tels que ceux relatifs aux expositions environnementales et aux maladies transmissibles.

38. Le suivi et l'évaluation des maladies non transmissibles et des facteurs de risque doivent être intégrés aux systèmes généraux d'information sanitaire, afin d'appuyer l'établissement de liens et la durabilité, et de mesurer l'impact des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles à plus long terme, ainsi que la répartition de cet impact. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en collaboration avec les États membres, procède au suivi des progrès accomplis en ce qui concerne la capacité des pays à prévenir et à endiguer les maladies non transmissibles, notamment les enseignements potentiellement tirés des bonnes pratiques et la manière d'intégrer les politiques de lutte contre ces maladies dans les programmes de réforme de la santé et de la santé publique au sens plus large. Les rapports ainsi générés permettent non seulement de surveiller l'état de la mise en œuvre des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles dans les États membres (dans le cadre du mandat de l'OMS conféré par le Plan d'action 2008-2013 relatif à la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte)), mais ils fournissent également des exemples de bonnes pratiques, ainsi qu'une analyse plus approfondie de plusieurs politiques nationales.

39. Il existe suffisamment de bases factuelles afin d'agir sur les maladies non transmissibles, et les meilleures preuves disponibles doivent être utilisées, tout en procédant à un suivi continu afin de tirer des enseignements et d'apporter les adaptations qui s'imposent. Néanmoins, des données doivent encore être collectées, par exemple à partir de l'évaluation de l'impact (impact global moyen sur la population et sa répartition) et sur la rentabilité des interventions. De meilleurs liens doivent être établis entre les experts et les responsables politiques, et les données doivent être accessibles et communiquées sous divers formats à plusieurs destinataires par le biais de différents médias. Les réseaux d'instituts de santé publique, les centres collaborateurs de l'OMS et le Réseau des bases factuelles en santé constituent déjà une ressource précieuse pour la Région.

### **Mesures à prendre par l'OMS**

- Élaborer et mettre en œuvre un cadre pour l'évaluation de ce Plan d'action sur les maladies non transmissibles au niveau national et à celui de la Région européenne de l'OMS, en veillant à ce que les mesures, les indicateurs ainsi que les approches de suivi et d'évaluation soient compatibles avec ceux des autres plans d'action de l'OMS axés sur des facteurs de risque spécifiques.
- Instituer un groupe consultatif d'experts qui contribueront à la définition d'une approche visant à déterminer quels éléments du Plan d'action doivent faire l'objet d'un suivi, et la manière d'y procéder, dans le but de sonder et de communiquer les progrès accomplis à l'aide d'une combinaison de différentes sources de données et de méthodologies (afin qu'elles soit réalisables dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu) et tenant compte des déterminants sociaux de la santé comme la sexospécificité et le statut socioéconomique.
- Élaborer des directives pour un système intégré d'information sur les maladies non transmissibles, dont une liste régionale d'indicateurs (venant compléter les initiatives mondiales à ce sujet) pour la surveillance nationale, incorporée à une plateforme intégrée d'informations sanitaires au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il s'agit d'harmoniser les approches de la base de données de la Santé pour tous avec la collecte actuelle des données sur les maladies non transmissibles tout en ventilant les données, et d'examiner les synergies avec les systèmes de surveillance connexes et relatifs aux maladies transmissibles et à l'environnement en vue de dresser un tableau complet de la situation.
- Élaborer et diffuser des synthèses sur l'intégration, dans les politiques et les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, d'une approche axée sur la sexospécificité, d'autres déterminants sociaux et l'équité, notamment un profil de répartition des risques pour certaines maladies non transmissibles et les facteurs y afférents.

### **Mesures à prendre par les États membres**

- Établir davantage de nouveaux systèmes nationaux intégrés de surveillance des maladies non transmissibles, ou renforcer les systèmes existants, en y incorporant des informations sur la charge de morbidité, les facteurs de risque, les déterminants sociaux et les populations à risque.
- Développer des éléments de preuve sur la collaboration entre les chercheurs et les responsables politiques afin que les bases factuelles sur les maladies non transmissibles répondent aux besoins politiques d'une manière coordonnée.
- Accroître la disponibilité et l'utilisation des données de surveillance sur les maladies non transmissibles ventilées par sexe, âge et statut social, s'inspirant des études mondiales et régionales réalisées sur les déterminants sociaux, afin de suivre et d'analyser la répartition de l'impact.

### **Promotion de la santé et prévention des maladies**

40. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (15), adoptée en 1986 et reconfirmée dans la Charte de Bangkok sur la promotion de la santé (16), met en exergue cinq grandes stratégies dans ce domaine : élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles et réorientation des services de santé. La reconnaissance de l'influence du milieu sur les choix de vie et les comportements a conduit à mettre l'accent sur divers contextes, tels que les écoles, les prisons et les lieux de travail, et sur les politiques visant à créer des environnements favorables à la santé de sorte que les choix sains deviennent aussi des choix plus faciles (17). Par exemple, grâce à un urbanisme favorable à la santé, les environnements physiques peuvent être conçus de manière à soutenir les déplacements actifs en toute sécurité et à créer un espace pour les activités récréatives.

41. Il convient de trouver un juste équilibre entre les approches populationnelles et celles destinées aux personnes à haut risque. Les interventions s'adressant à l'ensemble de la population peuvent s'avérer hautement bénéfiques pour celle-ci. Une petite réduction des risques chez un grand nombre de personnes, par exemple les concentrations de cholestérol, la tension artérielle ou le tabagisme, peut empêcher la survenue d'un nombre bien supérieur de cas, (événements et décès d'origine cardiovasculaire, par exemple), que le traitement d'un petit nombre d'individus à plus haut risque (18). La législation nationale et les politiques fiscales (par exemple l'interdiction des matières grasses *trans* industrielles ou la diminution de moitié de la quantité de sel dans les aliments transformés) peuvent s'avérer efficaces et réduire les coûts. Les approches individuelles sont plus onéreuses, renforcent les inégalités, et sont tributaires de systèmes de santé efficaces et bien dotés en ressources. Néanmoins, il est important de déterminer quels groupes de population sont les plus aptes à donner suite aux interventions universelles, étant donné la présence habituelle d'un gradient social où les plus défavorisés sont aussi les moins susceptibles d'adopter de tels modes de vie.

42. Lors de la planification de larges interventions sociales sur les déterminants des maladies non transmissibles, il importe de s'attaquer directement à quatre facteurs de risque comportementaux, et de prendre en considération la sexospécificité et d'autres différences sociales. Comme indiqué dans les études mondiales et régionales sur les déterminants sociaux, les contextes des modes de vie (les « causes des causes ») doivent être pris en compte. Au cours de ces dix dernières années, des stratégies mondiales et régionales ont été adoptées pour lutter contre le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité et une mauvaise alimentation. En outre, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac constitue le principal instrument international de santé publique dans ce domaine. Le programme stratégique MPOWER est un ensemble d'outils fondés sur des bases factuelles dont l'objectif est de soutenir la mise en œuvre

de la Convention-cadre. Les interventions de lutte antitabac et visant à réduire la consommation de sel ont été jugées comme étant parmi les plus rentables au monde. Il est néanmoins reconnu que les programmes à composantes multiples sont aussi les plus efficaces dans le cadre d'une approche globale et intégrée.

43. La prévention des maladies fait notamment appel aux services cliniques et préventifs comme les programmes de vaccination, les programmes de dépistage axés sur la population et l'évaluation du risque cardiométabolique dans les services de soins primaires. Ils seront abordés plus en détail dans la section suivante.

### **Mesures à prendre par l'OMS**

- Élaborer des outils et instruments stratégiques susceptibles d'être mis en œuvre directement par les États membres dans un petit nombre de domaines prioritaires précis pour le processus intersectoriel de formulation de politiques relatives aux maladies non transmissibles. Pour ce faire, on s'inspirera tout d'abord de la vaste expérience acquise dans la Région en matière de lutte antitabac, de transport et d'environnement, et de politique étrangère (ces activités seront effectuées en étroite coordination avec les mesures prises dans le cadre du suivi de Santé 2020), et en prêtant attention aux impacts potentiels sur l'équité en santé et l'égalité entre les sexes.
- Préparer et présenter un rapport intérimaire sur les progrès accomplis par les pays en matière d'action intersectorielle lors de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Helsinki, Finlande, 2013).
- Mettre au point des outils afin de promouvoir l'instruction en santé et de renforcer l'action communautaire à l'aide de mécanismes visant à développer l'éducation sanitaire (comme les aides à la décision des patients et les cours d'auto-prise en charge) et en s'attaquant aux problèmes liés à l'analphabétisme et à la connaissance de la langue qui font d'ailleurs obstacles à cette éducation.
- Utiliser les réseaux régionaux existants d'écoles, de lieux de travail, d'hôpitaux, de prisons, d'universités et de villes assurant la promotion de la santé afin de mettre en place des outils et un soutien technique qui favoriseront la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, et l'évaluation de la répartition de l'impact.

### **Mesures à prendre par les États membres**

- Accélérer la ratification et la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac afin que le monde soit essentiellement exempt de tabac.
- Mettre en œuvre des engagements pris dans la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.
- Aligner des politiques nationales dans les domaines de l'agriculture, du commerce, de l'industrie et des transports en vue de favoriser une meilleure alimentation, augmenter l'activité physique et réduire l'usage nocif de l'alcool.

### **Réorientation des services de santé davantage vers la prévention et les soins des maladies chroniques**

44. Les systèmes de santé sont confrontés au défi de fournir des approches globales en vue de réduire la charge des maladies non transmissibles, en intégrant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des soins chroniques, en réagissant face à des épisodes aigus de maladie et en dispensant le cas échéant des soins de réadaptation et palliatifs. Malgré

l'existence notoire d'interventions de lutte efficaces, voire même rentables, contre la plupart de ces maladies et problèmes de santé, la majorité d'entre elles ne sont pas mises en œuvre à grande échelle.

45. Par ailleurs, de nombreux patients atteints de maladies non transmissibles chroniques doivent faire face à de lourds obstacles avant d'accéder à des soins continus et de bonne qualité. La couverture publique des services de soins de longue durée est loin d'être universelle dans de nombreux pays, et il existe d'énormes différences en ce qui concerne les conditions de partage des coûts auxquelles les patients atteints de maladies non transmissibles doivent répondre pour accéder aux services de santé et à un traitement médicamenteux. En particulier, les contraintes financières peuvent constituer un obstacle à la gestion des facteurs de risque communs et contre lesquels un traitement pharmaceutique peut s'avérer efficace, comme l'hypertension artérielle. Et même en cas d'accès universel de qualité, la prise en charge des maladies chroniques chez les populations les plus démunies présente toujours un plus grand nombre de lacunes.

46. Par ailleurs, les bases factuelles démontrent que la gestion des maladies chroniques pourrait gagner en efficacité grâce à une meilleure coordination ou intégration de services à travers les frontières institutionnelles. Cet argument revêt une importance particulière dans les environnements disposant de ressources limitées, quand il s'avère encore plus que jamais indispensable de les utiliser à bon escient et de les réaffecter des soins tertiaires aux soins préventifs. La suppression de ces obstacles et la rationalisation accrue du chemin clinique, davantage centré sur le patient, figurent désormais parmi les priorités du programme de réforme dans un nombre croissant de systèmes de soins de santé en Europe. Le vieillissement de la population et l'escalade des coûts des soins de santé rendent d'ailleurs cette tâche encore plus urgente.

47. L'édification de systèmes de santé plus robustes dispensant des soins efficaces et accessibles financièrement en temps utile peut largement contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité prématurées imputables aux maladies non transmissibles. Pour ce faire, les modalités de prestation de services doivent être améliorées, les médecins généralistes doivent adhérer davantage aux pratiques médicales fondées sur des bases factuelles, et les activités de santé publique doivent être intensifiées. Il importe également de réexaminer les dispositions de financement de la santé pour assurer l'accessibilité économique, en particulier, chez les groupes vulnérables. Les approches du système de santé visant à générer des ressources humaines et à produire des médicaments et des technologies doivent être réévaluées, afin de garantir que les systèmes de santé disposent de moyens de qualité et en quantités suffisantes. Les dispositions relatives au *stewardship* ou à la fonction de direction doivent être renforcées, notamment en améliorant la gouvernance, en assurant la mise à disposition des ressources humaines et financières nécessaires, et en responsabilisant les patients. Enfin, les capacités et services de santé publique doivent aussi être renforcés, notamment dans les domaines pertinents de la surveillance, de l'évaluation des besoins, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, du leadership en santé publique et du développement des effectifs.

### **Mesures à prendre par l'OMS**

- Analyser, attester, diffuser et promouvoir les meilleures pratiques en ce qui concerne l'utilisation d'un modèle centré sur le patient en vue de coordonner la prise en charge des maladies chroniques, de la prévention aux soins palliatifs, à tous les niveaux du système de santé et à travers les frontières institutionnelles (soins de santé primaires, aide sociale de proximité, services hospitaliers, soins d'urgence), pour l'ensemble des maladies non transmissibles et transmissibles, et en veillant à évaluer la répartition de l'impact dans la population.
- Renforcer les capacités régionales en recourant à des modèles de bonnes pratiques en ce qui concerne l'amélioration des compétences des professionnels de santé dans l'apport de

conseils et d'un soutien à l'auto-prise en charge, et en ce qui concerne les mécanismes favorisant les aptitudes à l'auto-prise en charge chez les patients, les familles et le secteur bénévole.

- Promouvoir l'accès universel amélioré à des ensembles plus intégrés d'interventions de lutte contre les maladies non transmissibles davantage sensibles à l'équité et la continuité des services par la mise en place de modèles de financement sanitaires appropriés et adaptés au contexte spécifique de chaque pays.
- Continuer à élaborer des stratégies visant à assurer l'accès aux médicaments présentant un bon rapport coût-efficacité ainsi que le développement de leur utilisation rationnelle par les professionnels de santé et les patients, tout en recensant les modèles de bonnes pratiques à cet égard dans les États membres.
- Élaborer des indicateurs comparables au niveau international pour suivre les tendances en matière d'accès aux interventions efficaces contre les maladies non transmissibles (notamment en ce qui concerne les médicaments essentiels, les paiements directs et leur adoption plus lente observée chez les catégories les plus défavorisées de la population) et pour promouvoir l'efficacité de la prestation de soins de santé par la mise en place de processus indépendants d'évaluation des technologies de la santé fondés sur des bases factuelles.
- Mettre au point des directives opérationnelles pour promouvoir la détection et la prise en charge intégrées des cas, en soulignant les liens existant entre la vaccination, la santé sexuelle et génésique et les maladies non transmissibles ; le VIH/sida ; les maladies cardiovasculaires et le cancer ; la tuberculose et la lutte antitabac ; ainsi que la lutte contre l'usage nocif de l'alcool, la prise en charge du diabète et la nutrition.

### ***Mesures à prendre par les États membres***

- Renforcer le rôle des soins de santé primaires dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment par rapport à l'évaluation et à la gestion des facteurs de risque et aux brèves interventions (sevrage tabagique et réduction de l'usage nocif de l'alcool), et en accordant l'attention aux groupes de population et individus les plus susceptibles d'être vulnérables du fait de leur situation sociale et économique.
- Adopter et mettre en œuvre de façon accrue des directives et des normes fondées sur des bases factuelles concernant la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, avec une priorité accordée aux déterminants sociaux et à l'équité. Suivre de façon accrue l'utilisation de ces directives et normes.
- Rendre la surveillance des soins de santé plus répandue et évaluer l'impact des interventions sanitaires, notamment le niveau de satisfaction des patients et des familles, et la perception des patients quant à leur situation sanitaire.
- Inclure les aspects relatifs à la promotion de la santé et la prévention des maladies dans les programmes de formation des professionnels de santé et des prestataires de soins primaires, en particulier car ceux-ci sont investis du pouvoir de devenir des agents du changement en « faisant la publicité » des stratégies de réduction des risques de maladies non transmissibles auprès de leur population cible et sont plus conscients de la manière dont les conditions sociales et économiques affectent les possibilités d'effectuer des choix sains. Le contenu des opérations de santé publique dans les pays est d'ailleurs harmonisé avec la portée et le contenu de la promotion de la santé et de la prévention des maladies sur le plan individuel.
- Renforcer les capacités et les services de santé publique à tous les niveaux, et établir des liens étroits avec les soins de santé dans la mise en œuvre du cadre d'action sur le renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe.

## Les interventions prioritaires

48. Les interventions prioritaires pour ces cinq prochaines années ont été choisies parce qu'il s'agit de mesures fondées sur des bases factuelles, rentables, réalisables, financièrement et politiquement, et susceptibles d'être mises en œuvre et intensifiées à l'échelle de tout un ensemble de contextes nationaux. Les bases factuelles sur lesquelles reposent ces interventions prioritaires ont fait l'objet d'un résumé, et un grand nombre d'entre elles sont répertoriées comme « meilleures options » dans le rapport de l'OMS sur l'état des maladies non transmissibles dans le monde (2010), qui les considère comme « des actions qui doivent être mises en œuvre immédiatement pour produire des résultats accélérés en termes de vies épargnées et de maladies et de coûts considérables évités ». Ces mesures correspondent également à une liste d'actions prioritaires de consensus sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (19).

49. L'objectif est de mener ces interventions dans le cadre d'une approche plus globale et intégrée, et dans le contexte des initiatives décrites dans la section précédente de ce document sur les domaines d'action prioritaires. Or, l'objectif n'est *pas* de réaliser uniquement ces interventions et rien d'autre au cours de ces cinq prochaines années. Cependant, il est prévu d'atteindre au moins les résultats répertoriés ici.

50. À la fin de 2012, un plan de projet détaillé aura été élaboré pour chacune des interventions prioritaires, et un cadre de suivi et d'évaluation sera en place afin de faire rapport, en 2017, non seulement sur l'impact mais aussi sur la répartition de cet impact dans la population.

## Promotion d'une consommation saine par le biais des politiques fiscales et de marketing

### Objectif

51. Recourir pleinement aux politiques fiscales et au contrôle des pratiques de marketing pour influencer la demande de tabac, d'alcool et d'aliments riches en graisses saturées, en matières grasses *trans*, en sel et en sucre.

### Mesures des résultats

- Réduction de la prévalence du tabagisme, à la fois en termes de moyenne de la population et à un rythme plus rapide chez les groupes particulièrement touchés.
- Réduction de l'usage nocif de l'alcool, à la fois en termes de moyenne de la population et à un rythme plus rapide chez les groupes particulièrement touchés.
- Réduction de l'obésité.

### Mesures des processus

- Limitation de l'exposition à la fumée du tabac (tabagisme actif et passif) à l'aide des moyens suivants : majoration du prix des produits tabagiques, mises en garde sanitaires, environnements sans fumée, et interdiction complète de toutes les formes de promotion du tabac.
- Réduction de l'usage nocif de l'alcool à l'aide des moyens suivants : hausse de la fiscalité sur l'alcool, application de l'interdiction de la publicité et accès restreint à l'alcool vendu au détail.
- Promotion des régimes alimentaires plus sains par le biais des prix des aliments, de l'étiquetage et du contrôle des pratiques de marketing.

### **Motivation**

52. Le marketing des produits alimentaires transformés, avec sa teneur « cachée » en sucres, en sel et en graisses saturées en quantités excessives, en particulier à l'adresse des enfants, ainsi que leur disponibilité accrue contribuent à l'augmentation alarmante de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adultes signalée en Europe, notamment dans les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Si l'alcool présente un facteur de risque pour les maladies non transmissibles, il constitue aussi une cause importante et indépendante de la mortalité et de la morbidité en raison de la dépendance, de la violence et des traumatismes, et d'autres troubles liés à l'alcool. Une proportion trop importante de la population ne bénéficie pas encore des interventions rentables décrites dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac, soit parce que leur pays n'a pas ratifié le traité, soit parce que les engagements pris (par exemple, adoption d'une législation en faveur d'environnements sans fumée) n'ont pas été suffisamment concrétisés. Un ensemble d'interventions visant la tarification et le marketing du tabac et de l'alcool, et le contrôle des pratiques de marketing pour les aliments destinés aux enfants, sont prescrites par les stratégies et résolutions élaborées aux niveaux mondial et régional, et recensées dans les « meilleures options ».

### **Actions**

- Justifier la mise en place de mécanismes fiscaux à l'appui des choix sains, et examiner la possibilité d'utiliser ces recettes fiscales en vue de financer des structures durables pour la promotion de la santé.
- Interdire le marketing des produits du tabac (cigarettes et autres), réduire progressivement l'exposition des enfants et des jeunes à l'ensemble des pratiques commerciales, et limiter leur exposition au marketing des aliments riches en sel, en matières grasses et en sucre, et des boissons édulcorées.

## **Élimination des matières grasses *trans* dans les aliments (et leur remplacement par des graisses polyinsaturées)**

### **Objectif**

53. Éliminer les acides gras *trans* des aliments transformés et les remplacer par des matières grasses polyinsaturées.

### **Mesure des résultats**

- Élimination des matières grasses *trans* des aliments transformés dans la majorité des États membres.

### **Mesures des processus**

- Conclusion et application d'accords nationaux et internationaux sur l'élimination et le remplacement approprié des matières grasses *trans* dans les aliments transformés destinés au marché européen.

### **Motivation**

54. Les acides gras *trans* contribuent aux maladies cardiaques en entraînant une augmentation des niveaux de « mauvais cholestérol » (lipoprotéines de basse densité, ou LDL) et une baisse des niveaux de « bon cholestérol » (lipoprotéines de haute densité, ou HDL), et en endommageant les cellules des parois des vaisseaux sanguins pour provoquer une inflammation et une obstruction et, finalement, une crise cardiaque. Les matières grasses *trans* se retrouvent principalement dans les produits qui contiennent des huiles partiellement hydrogénées. Leur durée de conservation plus

longue et leur texture les rendent intéressants aux yeux des restaurateurs et des entreprises de la transformation alimentaire. Ce procédé d'hydrogénation partielle produit non seulement des matières grasses *trans*, mais détruit aussi les oméga-3 bons pour la santé et naturellement présents dans les huiles végétales. L'élimination progressive de ces matières grasses *trans* est réalisable : une telle initiative pourrait être prise par les principaux producteurs de denrées alimentaires dans un délai relativement court, et certains d'entre eux y sont déjà parvenus.

### **Action**

- Collaborer avec le secteur concerné afin d'élaborer un calendrier visant l'élimination des matières grasses *trans* des aliments destinés au marché européen, tout en veillant à ce qu'elles ne soient pas remplacées par des graisses saturées (ce qui aggrave un autre problème) : les matières grasses polyinsaturées ou la réduction générale de la teneur en graisse doivent être en fait favorisées.

## **Réduction de la consommation de sel**

### **Objectif**

55. Réduire la consommation de sel à moins de 5 g (2000 mg de sodium) par personne et par jour.

### **Mesure des résultats**

- Réduction de la consommation de sel aux niveaux recommandés dans la majorité des États membres.

### **Mesures des processus**

- Mise en place de plans stratégiques visant la réduction de la consommation de sel au niveau national.
- Mesure de la consommation de sel dans la population.
- Convocation des instances multipartites.

### **Motivation**

56. Dans la plupart des pays, la consommation quotidienne de sel dépasse les recommandations de l'OMS, et la teneur en sel des aliments transformés en constitue l'une des principales causes. Il existe une relation dose-effet directe entre le sel et la tension artérielle. La baisse de la consommation de sel réduit le risque à long terme d'événements cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux. Il est estimé que la diminution de cette consommation (pour passer de 10 à 5 g par jour) permettrait de réduire le taux global d'accidents vasculaires cérébraux de 23 % et les taux de maladies cardiovasculaires de 17 %. Cette mesure est réalisable dans les populations, et c'est aussi l'une des interventions de santé publique les plus rentables et les plus accessibles financièrement. Bien qu'il existe des différences nettes entre les pays en ce qui concerne la consommation de sel et ses origines, les comportements et les habitudes alimentaires, plusieurs principes communs et orientations générales peuvent être définis et diffusés pour assurer la mise en œuvre réussie d'une stratégie de réduction de cette consommation (20).

### **Actions**

- Formuler et appliquer des stratégies de réduction de la consommation de sel dont les principes de base sont conformes aux recommandations de l'OMS.

## Évaluation et gestion du risque cardiométabolique

### Objectif

57. Évaluer et réduire les degrés de risque cardiométabolique absolu – une fonction essentielle des services de soins de santé en Europe.

### Mesure des résultats

- Accroissement de la proportion de patients chez qui les objectifs en matière de comportement et de traitement ont été atteints.

### Mesures des processus

- Élaboration de directives fondées sur des bases factuelles pour l'évaluation du risque et la mise en œuvre d'interventions comportementales et pharmacologiques.
- Augmentation des mesures d'utilisation (c'est-à-dire, formation des prestataires de soins de santé, nombre de prescriptions de divers médicaments).
- Accroissement de la proportion de patients dont le risque cardiovasculaire a été estimé, avec la preuve d'une répartition équitable des services.

### Motivation

58. Le diabète augmente considérablement le risque de maladies cardiovasculaires, et la combinaison des facteurs de risque associés à ces maladies est plus importante que la somme des facteurs individuels. Il est de plus en plus admis qu'une approche multidisciplinaire doit être adoptée en vue d'agir sur les facteurs de risque cardiométabolique. Les bases factuelles indiquent que le repérage et la modification précoces des facteurs de risque cardiométabolique constituent une intervention efficace en vue de prévenir le développement de l'hyperglycémie, du diabète sucré de type 2, de l'hypertension et de l'hyperlipidémie. L'accent doit être mis sur l'évaluation globale d'un certain nombre de facteurs de risque, plutôt que sur une stratégie visant une seule maladie ou un seul de ces facteurs. On peut dès lors procéder à une gestion rapide et efficace, en combinant notamment plusieurs interventions sur les comportements de santé (contrôle du poids, activité physique, alimentation, sevrage tabagique) et plusieurs mesures pharmacologiques de protection vasculaire chez les patients présentant un risque cardiométabolique élevé. Une telle stratégie peut se reposer largement sur les soins primaires.

### Actions

- Générer des bases factuelles et émettre des recommandations quant aux changements requis au niveau des soins primaires (organisation et ressources) afin de dispenser un service complet d'évaluation, de modification et de suivi du risque cardiométabolique.
- Générer des bases factuelles sur les programmes multidisciplinaires efficaces d'évaluation et de gestion du risque cardiométabolique.
- Renforcer la capacité des soins primaires en vue d'évaluer et de gérer le risque cardiométabolique, notamment les recommandations cliniques, le développement des capacités, le suivi et l'évaluation.

## Dépistage précoce du cancer

### Objectif

59. Réduire la mortalité imputable aux cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon.

### **Mesures des résultats**

- Diagnostic des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon à un stade plus précoce.
- Amélioration des taux de survie à la suite des cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon.

### **Mesures des processus**

- Couverture par des programmes de dépistage organisés.
- Évaluation de la sensibilisation au cancer chez les sous-groupes de population clés.

### **Motivation**

60. Plusieurs interventions permettent le dépistage précoce et le traitement efficace d'environ un tiers des cancers. Il existe deux stratégies de dépistage précoce : le diagnostic précoce, en sensibilisant aux premiers signes et symptômes de la maladie, de manière à aiguiller rapidement la personne concernée vers un service spécialisé pour confirmer le diagnostic et entreprendre un traitement, et le dépistage des sujets asymptomatiques et apparemment en bonne santé afin de détecter toute lésion précancéreuse ou tout cancer au stade précoce afin que le diagnostic et le traitement puissent être réalisés par des spécialistes. Pour être efficace et éviter de causer plus de tort que de bien, le dépistage doit avoir lieu dans le cadre de programmes organisés à destination de la population et dotés d'une composante assurance qualité. Lorsque les ressources et les systèmes de santé sont limités, et si la majorité des cancers se prêtant à un dépistage précoce sont diagnostiqués à un stade avancé, la mise en place d'un programme de diagnostic précoce peut s'avérer être la stratégie la plus réalisable afin de réduire la proportion de patients présentant un cancer à un stade avancé (« downstaging ») et d'améliorer les taux de survie. Tous les pays devraient disposer d'un plan national de lutte contre le cancer doté d'un ensemble de dispositions, allant de la surveillance à l'aide d'un registre des cancers basé sur la population, à l'accès aux soins palliatifs.

### **Actions**

- Évaluer l'incidence des principaux types de cancers susceptibles d'être évités, dépistés à un stade précoce et traités, ainsi que la mortalité imputable à ces maladies, notamment la proportion de cancers diagnostiqués à un stade avancé et la prévalence de personnes ayant survécu, là où les systèmes d'information le permettent.
- Sensibiliser les professionnels de santé et le public aux signes et symptômes avant-coureurs du cancer et, s'il y a lieu, mettre en œuvre des programmes de dépistage organisés, basés sur la population et adaptés au contexte national.
- Évaluer la qualité, la sécurité et l'efficacité des programmes existants de dépistage précoce.

## **Interventions à l'appui**

61. Ces interventions à l'appui sont reprises dans le présent Plan d'action comme un moyen de promouvoir les liens intrasectoriels entre les actions sur les maladies non transmissibles et celles inscrites dans le cadre des priorités plus générales en matière d'environnement et d'éducation.

## Promotion de la mobilité active

### Objectif

62. Promouvoir l'activité physique en modifiant l'environnement urbain.

### Mesures des résultats

- Le nombre de kilomètres parcourus à pied et à vélo par personne et par an.
- La proportion d'enfants utilisant différents modes de transport (marche, vélo, transports en commun, voiture particulière) pour se rendre à l'école.

### Mesures des processus

- Le nombre de pays disposant de politiques nationales pour la promotion du vélo et de la marche.
- Le nombre de pays dotés de plans d'action nationaux pour les transports, la santé et l'environnement, qu'il s'agisse de plans distincts ou intégrés à d'autres plans.

### Motivation

63. Les politiques relatives aux transports et à l'urbanisme jouent un rôle primordial quand il s'agit de déterminer l'exposition environnementale à la pollution atmosphérique et sonore due aux transports, et de créer les conditions qui permettent ou peuvent empêcher l'activité physique quotidienne, notamment le vélo et la marche pour le transport ou les loisirs. Il est de plus en plus prouvé que les interventions facilitant les transports actifs (associés aux transports publics) en édifiant un environnement urbain adéquat peuvent influencer le choix des populations en matière de modes de déplacement et, par conséquent, favoriser l'adoption d'un comportement plus sain, tout en contribuant aux priorités de lutte contre le changement climatique. Dans le contexte urbain européen, où plus de 50 % des déplacements effectués en voiture sont inférieurs à 5 km, et plus de 30 % sont inférieurs à 3 km, le remplacement des courts trajets motorisés par la marche ou l'usage du vélo est parfaitement réalisable, et coïncide dans une large mesure aux niveaux recommandés d'activité physique quotidienne modérée.

### Actions

- Élaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux relatifs aux transports, à la santé et à l'environnement.
- Participer à des réseaux régionaux, échanger des données d'expérience, recenser et diffuser les informations factuelles sur l'efficacité des interventions dans le domaine des transports et de l'urbanisme quand il s'agit de réduire le risque des maladies non transmissibles.
- Élaborer et mettre en œuvre des bases de données, des recommandations et des outils pour estimer les effets sanitaires des transports, notamment en termes économiques.
- Élaborer et mettre en œuvre des outils visant à intégrer la santé dans les décisions relatives aux transports.

## Promotion de la santé dans certains contextes

### Objectif

64. Améliorer la santé et le bien-être en rendant les écoles et les lieux de travail plus favorables à la santé.

### **Mesures des processus**

- Le nombre de pays dotés d'une législation relative à la santé et à la sécurité au travail et comportant des dispositions visant à prémunir les travailleurs contre les cancers et les maladies pulmonaires d'origine professionnelle, y compris l'asthme.
- Le nombre de pays disposant de programmes nationaux à l'appui des initiatives globales pour des écoles et lieux de travail favorables à la santé, selon le cadre de l'OMS.

### **Motivation**

65. La santé et l'éducation sont indissociables : l'éducation influence dans une très large mesure les résultats en santé. Les écoliers et les étudiants apprennent en effet plus efficacement lorsqu'ils sont en bonne santé. Ils ont aussi de meilleurs résultats scolaires et adoptent moins de comportements à risque s'ils se sentent bien à l'école et ont des affinités avec des adultes importants et significatifs. La promotion de la santé en milieu scolaire vise à améliorer la santé de tous, personnel et étudiants, par l'adoption d'approches holistiques et participatives, et porte notamment sur les politiques scolaires favorables à la santé, l'environnement physique et social à l'école, le programme des cours, les liens communautaires et les services de santé.

66. Chaque année, plus de 300 000 vies sont perdues dans la Région en raison de diverses maladies d'origine professionnelle (à l'exclusion des décès dus aux traumatismes), la majorité étant d'ailleurs des maladies non transmissibles. Les facteurs de risque de ces maladies sont involontaires et peuvent être atténués par les efforts organisés de la société et des entreprises. Les lieux de travail constituent aussi un point d'entrée important pour les programmes de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé. La promotion de la santé sur le lieu de travail, lorsqu'elle est conçue et mise en œuvre comme une initiative globale pour les milieux professionnels favorables à la santé, permet de réduire efficacement les facteurs de risque des maladies non transmissibles en s'attaquant à la sédentarité et aux mauvaises habitudes alimentaires, en favorisant des environnements professionnels sans fumée et sans alcool et en agissant sur les facteurs de risque psychosociaux, avec la participation des travailleurs et de la direction.

### **Actions**

- Mettre en œuvre les mandats et les engagements existants en faveur d'environnements plus sains de manière à réduire l'exposition aux risques de maladies non transmissibles.
- Élaborer des politiques, une législation et des outils de gouvernance visant les maladies non transmissibles d'origine professionnelle aux niveaux national et local ainsi que sur les lieux de travail et ce, conformément aux recommandations de l'OMS, et veiller à ce que les employeurs respectent les réglementations en la matière.
- Collaborer avec les réseaux dans ce domaine tels que le Réseau européen Écoles-santé et le Réseau européen pour la santé des travailleurs en vue de renforcer la capacité des pays, les cadres de promotion de la santé et la prévention primaire des maladies non transmissibles.

## Bibliographie<sup>2</sup>

1. *Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_Rec1-part4-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part4-fr.pdf))
2. *Déclaration de Moscou : Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles*. Moscou (Fédération de Russie), 28 et 29 avril 2011. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 ([http://www.who.int/nmh/events/moscow\\_ncds\\_2011/conference\\_documents/moscow\\_declaration\\_fr.pdf](http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_fr.pdf)).
3. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)).
4. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)).
5. Blas E, Sivasankara Kurup A (eds). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)).
6. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>).
7. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>).
8. Ritsatakis A, Makara P. *Gaining health: analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/105318/e92828.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf)).
9. Farrington JL, Stachenko S. *Country capacity for noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region. Preliminary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/122976/E94316.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/122976/E94316.pdf)).
10. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 1981, 282:1847-1851.
11. Kickbusch I. 21st century governance for health and well-being: a study for the WHO European Regional Office. Progress update [Presentation at the fourth session of the Eighteenth Standing Committee of the WHO Regional Committee for Europe, Geneva, 15 May 2011].
12. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010 (doi:10.1136/jech.2010.112680).
13. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems, Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)).

---

<sup>2</sup> Tous les sites Web ont été consultés le 20 juin 2011 (en anglais) et le 13 juillet 2011 (en français).

14. *Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/127318/e94476.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127318/e94476.pdf)).
15. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 21 novembre 1986*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1 ; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)).
16. *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Bangkok (Thaïlande), 11 août 2005*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf)).
17. *Déclaration de Sundsvall : des milieux favorables à la santé. Troisième Conférence internationale sur la promotion de la santé. Sundsvall (Suède), 9-15 juin 1991*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1991 (WHO/HPR/HEP/95.3 ; <http://www.s2d-ccvs.fr/datas/presentation/chartes/Declaration%20de%20Sundsvall%201991.doc>).
18. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Medicine*, 2010, 7(8) (e1000320. doi:10.1371/journal.pmed.1000320).
19. Beaglehole, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. Published online 6 April 2011 (doi:10.1016/s0140-6736(11)60393-0).
20. *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, July 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777_eng.pdf)).

### **Stratégies, plans d'action et résolutions et déclarations de conférence ministérielle de l'OMS afférents à ce domaine<sup>3</sup>**

Il est fait référence aux documents suivants :

#### **Assemblée mondiale de la santé**

*Résolution WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 ([http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/ResWHA53/f17.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/f17.pdf)).

*Résolution WHA61.14 sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_Rec1-part2-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-fr.pdf)).

*Résolution WHA63.13 sur la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R13-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-fr.pdf)).

*Résolution WHA57.17 sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-fr.pdf)).

---

<sup>3</sup> Tous les sites Web ont été consultés le 20 juin 2011 (en anglais) et le 13 juillet 2011 (en français).

*Résolution WHA56.1 sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 ([http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/fa56r1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r1.pdf)).

### **Comité régional de l’OMS pour l’Europe**

*Résolution EUR/RC56/R2 sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l’OMS.* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-sixth-session/resolutions2/eurrc56r2>).

*Résolution EUR/RC57/R4 sur la suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la lutte contre l’obésité et le Deuxième Plan d’action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle.* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74569/RC57\\_fres04.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74569/RC57_fres04.pdf)).

### **Bureau régional de l’OMS pour l’Europe**

*Améliorer la santé. La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte.* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/76529/E89502.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/76529/E89502.pdf)).

*Charte européenne sur la lutte contre l’obésité.* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/87458/E89568.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf)).

*Steps to Health: A European framework to promote physical activity for health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/101684/E90191.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf)).

*La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88604/E91439.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf)).

*Déclaration de Parme sur l’environnement et la santé.* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/78611/E93619.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78611/E93619.pdf)).

*Better health, better lives: children and young people with intellectual disabilities and their families. European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/121263/e94506.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/121263/e94506.pdf)).

## Annexe. Exemples de systèmes existants de surveillance des maladies non transmissibles

Niveau national	Niveau régional	Niveau mondial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêtes représentatives au niveau national</li> <li>• Systèmes de contrôle médical dans les écoles</li> <li>• Enregistrement des cancers</li> <li>• Utilisation des services de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de données européenne de l'OMS de la Santé pour tous</li> <li>• Système d'information européen de l'OMS sur l'alcool et la santé</li> <li>• Base de données européenne de l'OMS sur la lutte antitabac</li> <li>• Base de données européenne de l'OMS sur la nutrition, l'obésité et l'activité physique</li> <li>• Initiative de l'OMS pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe</li> <li>• Eurostat</li> <li>• Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infobase mondiale de l'OMS</li> <li>• Enquête mondiale de l'OMS sur la santé à l'école</li> <li>• Système mondial de surveillance du tabagisme de l'OMS (notamment l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes, l'Enquête mondiale sur les personnels scolaires, l'Enquête mondiale auprès des étudiants des professions de la santé et l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes)</li> <li>• Système mondial de surveillance du tabagisme de l'OMS/CDC</li> <li>• Systèmes de surveillance STEPS de l'OMS</li> <li>• Observatoire mondial de la santé l'OMS</li> </ul>