



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-SIXIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

# Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS



© shutterstock.com/ YanLev



Document de travail



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Europe**

**Comité régional de l'Europe**

Soixante-sixième session

EUR/RC66/11

+ EUR/RC66/Conf.Doc./7

**Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016**

1<sup>er</sup> août 2016

160522

Point 5 c) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS**

Le Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS fait suite au Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016, dont il constitue également une mise à jour. Au regard des nouvelles bases factuelles, des évolutions particulièrement intéressantes, des engagements actuels des États membres et des progrès qu'ils ont accomplis, il se concentre sur les domaines d'action et interventions prioritaires pour les dix prochaines années (2016-2025) qui aideront à atteindre les objectifs régionaux et mondiaux de réduction de la mortalité prématurée ainsi que d'allègement de la charge de morbidité, d'amélioration de la qualité de la vie et de répartition plus équitable de l'espérance de vie en bonne santé.

Ce plan d'action est le fruit d'un processus consultatif sous la supervision d'experts techniques. Il a été tenu compte, dans sa formulation, du cadre politique Santé 2020, des suites données aux réunions de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles qui se sont tenues en 2011 et 2014, et des implications des objectifs de développement durable récemment adoptés.

## Présentation conceptuelle et éléments principaux

### 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.

### Objectif

Le Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS a pour objectif d'éviter les décès prématurés et de 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.

### 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.

### 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.

### Cibles

La réalisation des cibles mondiales et européennes d'une réduction relative de la mortalité prématurée imputable à quatre maladies non transmissibles de 1,5 % par an d'ici à 2020 (Santé 2020), de 25 % d'ici à 2025 (cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles) et d'un tiers d'ici à 2030 (objectifs de développement durable) (année de référence : 2010).

### Domaines prioritaires et d'appui

Domaines d'action prioritaires

- Gouvernance
- Surveillance, suivi et évaluation, et recherche
- Prévention et promotion de la santé
- Systèmes de santé

Interventions prioritaires : approche populationnelle

- Promotion d'une consommation saine par le biais des politiques fiscales et de marketing : tabac, alcool, alimentation
- Reformulation et amélioration des produits : sel, graisses et sucres
- Réduction de la consommation de sel
- Promotion de la vie et de la mobilité actives
- Promotion de la pureté de l'air

Interventions prioritaires : approche individuelle

- Évaluation et gestion du risque cardiométabolique
- Dépistage précoce et traitement des principales maladies non transmissibles
- Vaccination et mesures appropriées de lutte contre les maladies transmissibles

Interventions à l'appui

- Promotion de la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique
- Promotion de la santé mentale
- Promotion de la santé dans des contextes spécifiques

## Sommaire

	page
Introduction .....	5
Portée du plan d'action .....	7
Domaines d'action prioritaires .....	8
Gouvernance .....	8
Surveillance, suivi et évaluation, et recherche .....	9
Prévention et promotion de la santé .....	10
Systèmes de santé.....	11
Interventions prioritaires (au niveau de la population).....	13
Promotion d'une consommation saine par le biais des politiques fiscales et de marketing .....	13
Reformulation et amélioration des produits : sel, graisses et sucres.....	14
Réduction de la consommation de sel.....	15
Promotion de la vie et de la mobilité actives .....	16
Promotion de la pureté de l'air.....	18
Interventions prioritaires (au niveau individuel) .....	19
Évaluation et gestion du risque cardiométabolique .....	19
Dépistage précoce et traitement efficace des principales maladies non transmissibles .....	21
Vaccination et mesures appropriées de lutte contre les maladies transmissibles .....	24
Interventions à l'appui .....	25
Promotion de la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique .....	25
Promotion de la santé mentale .....	27
Promotion de la santé dans des contextes spécifiques .....	28
Rôle du Bureau régional de l'Europe .....	30
Leadership et sensibilisation .....	30
Renforcement des capacités .....	30
Suivi et surveillance .....	31
Collaboration.....	31
Références .....	32

## Introduction

1. La vision ambitieuse du Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS est celle d'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<sup>1</sup> et les incapacités évitables.

2. Cette vision peut-elle se réaliser ? On connaît assurément les principales causes de décès prématurés et d'incapacités évitables dans la Région européenne de l'OMS, de même que les interventions visant à prévenir et à combattre efficacement nombre d'entre elles. Deux tiers des décès prématurés de la Région sont imputables à quatre grandes maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers et maladies respiratoires chroniques) ; en agissant sur les principaux facteurs de risque (consommation de tabac et d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, hypertension, obésité, facteurs environnementaux, etc.), il serait possible d'éviter au moins 80 % de l'ensemble des cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et cas de diabète, et 40 % des cancers. En Europe, certaines des principales causes des années vécues avec une invalidité (comme les troubles musculo-squelettiques, les troubles mentaux et la démence, les traumatismes et les maladies bucco-dentaires) ont en commun avec les grandes maladies non transmissibles de nombreux facteurs de risque et déterminants sous-jacents.

3. Par ailleurs, durant la décennie qui s'est écoulée depuis l'adoption de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (1), suivie, cinq ans plus tard, du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (2), le mandat d'action contre les maladies non transmissibles a encore été renforcé. La déclaration politique de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles de 2011 (3) a été suivie du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et du cadre mondial de suivi convenus à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé en 2013 (4), ainsi que d'un ensemble d'engagements assortis d'échéances adoptés à la deuxième réunion de haut niveau des Nations Unies en 2014, à propos desquels un rapport devra être établi en 2018. La réduction de la mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles figure également à présent en tant que cible spécifique des objectifs de développement durable et du cadre de suivi de la politique-cadre européenne de la santé de l'OMS, Santé 2020.

4. Au vu des tendances attestées et décrites dans le Rapport sur la santé en Europe 2015 au sujet de la réalisation de la cible de Santé 2020 (5), il est possible que ces cibles internationales et régionales convenues de réduction de la mortalité prématurée en Europe puissent être atteintes. Les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires continuent de diminuer, la nette tendance à la baisse du tabagisme se maintient et la consommation d'alcool est en recul constant. Les fortes baisses observées dans certains États membres, et donc leurs réussites à cet égard, sont autant de sources d'enseignements pour les autres pays. En outre, dans le cadre du projet relatif aux maladies non transmissibles mené par le nouveau bureau géographiquement dispersé de la Fédération de Russie, qui représente une augmentation considérable des capacités de la Région, des mesures sont entreprises dans 23 pays.

---

<sup>1</sup> On entend par décès prématurés les décès survenant chez les adultes âgés de 30 à 69 ans.

5. Cette vue d'ensemble de la Région européenne masque cependant d'importantes disparités entre pays et groupes de population et au sein de ceux-ci. Certains des objectifs mondiaux risquent de ne pas être atteints à l'échelon régional, comme celui relatif au tabagisme, quoique certains pays aient démontré qu'avec suffisamment de détermination cela était possible. Concernant la cible relative à l'obésité, le Bureau régional de l'Europe estime que la Région ne pourra atteindre cet objectif, et que la lenteur des progrès en matière de développement de l'activité physique pourrait constituer une entrave supplémentaire. Il conviendrait d'accélérer les efforts dans les pays accusant des taux importants de mortalité imputables aux maladies non transmissibles.

6. De surcroît, étant donné sa vision, ses spécificités et ses capacités, l'ambition pour l'Europe pourrait même être plus grande. Alors que la Région se remet encore de la crise économique et est confrontée au vieillissement de sa population, la nécessité de disposer d'un bon départ dans l'existence, d'une main-d'œuvre en bonne santé et d'une meilleure qualité de la vie à un âge avancé est plus importante que jamais. La réduction de la mortalité prématurée s'accompagne d'un prolongement de la vie avec des invalidités souvent dues à des maladies chroniques. Les morbidités multiples sont de plus en plus fréquentes et affectent, selon les estimations, 65 % des personnes âgées de plus de 65 ans. Cette situation requiert la mise en place de modèles de soins plus complexes et centrés sur le patient. S'il convient en substance d'accorder une priorité à l'élimination de la mortalité et de la morbidité prématurées, à l'avenir, la charge qu'elles représentent pèsera de plus en plus sur les populations âgées. Il convient de veiller à ce que les personnes de 70 ans ou plus vivent davantage d'années sans invalidités par rapport aux générations des décennies précédentes, et de combler l'écart entre les sexes en ce qui concerne les années passées en bonne santé. Une mise en œuvre en synergie des stratégies et plans d'action existants peut être source d'avantages réciproques, avec le soutien des objectifs stratégiques globaux de Santé 2020 relatifs à l'amélioration de la santé pour tous, à la réduction des inégalités de santé et à l'amélioration du leadership et de la gouvernance participative pour la santé.

7. Ce Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS constitue une suite et une actualisation du plan précédent. En premier lieu, il offre l'occasion de réitérer des messages clés et de faire ressortir une nouvelle fois leur importance, afin d'assurer la pérennité des mesures dans la Région européenne de façon coordonnée, en rassemblant les interventions relatives à la gouvernance, à la surveillance, à la prévention et aux systèmes de santé. En deuxième lieu, il permet de mettre clairement l'accent sur ce qui est nécessaire pour atteindre les neuf cibles mondiales dans la Région, en faisant office de stratégie tactique et opérationnelle, et pourrait aider les pays à respecter leurs propres engagements assortis d'échéances et leurs objectifs nationaux en la matière. En troisième lieu, et dans le contexte de Santé 2020 et des spécificités, de la charge de morbidité et des intérêts de l'Europe, il donne à cette dernière la possibilité de formuler un avis quant à la façon de procéder, stimulant ainsi l'ambition. Enfin, il tire parti de nouvelles connaissances, recherches et bases factuelles. La préparation du plan d'action s'est inspirée des avis éclairés d'un groupe consultatif de haut niveau, de discussions techniques avec des représentants des États membres, des conseils du vingt-troisième Comité permanent du Comité régional de l'Europe, de nouveaux éléments permettant de faire le point sur la lutte contre les maladies non transmissibles en Europe, et des évolutions actuellement observées dans ce domaine.

8. La vision, les buts, les objectifs, l'approche stratégique, les principes directeurs et les messages clés de ce plan d'action sont dans le prolongement de la stratégie et du plan d'action précédents. Ces derniers sont répertoriés dans la Présentation conceptuelle en guise d'informations.

## **Portée du plan d'action**

9. En s'inscrivant dans la lignée de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte), ce plan d'action continuera d'impulser les travaux qui portent déjà leurs fruits dans de nombreux pays.

10. Il est néanmoins nécessaire de redoubler d'efforts en ce qui concerne les questions et interventions stratégiques en vue de réaliser les cibles internationales et régionales convenues en matière de mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles, et ce, dans les délais définis. Il importe également de tenir compte des nouvelles évolutions en matière de connaissances et de politiques. En bref :

- il convient d'admettre et de souligner l'importance de la lutte contre le tabagisme dans la prévention des maladies non transmissibles ;
- les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité prématurée dans la Région européenne, ce qui exige qu'une attention particulière soit accordée aux approches populationnelles et ciblées en matière de lutte contre le tabagisme, de réduction de la consommation de sel, de graisses saturées et d'acides gras *trans*, de lutte contre l'hypertension, et, particulièrement en Europe orientale, de lutte contre l'alcoolisme.

11. De même, étant donné leurs principales causes, la réalisation de la vision plus ambitieuse relative aux incapacités évitables nécessitera d'instaurer des synergies entre les plans d'action et les stratégies applicables, et d'accorder une attention particulière à un ensemble plus vaste de facteurs de risque et de déterminants, notamment la mauvaise alimentation, la sédentarité, le surpoids/l'obésité, la pollution de l'air ainsi que le dépistage précoce et la prise en charge des maladies.

12. Compte tenu de ces éléments, les interventions et domaines d'action prioritaires préexistants du Plan d'action 2012-2016 ont été actualisés, restructurés, rappelés et élargis en fonction des besoins et afin de combler les éventuelles lacunes recensées. Les liens avec les cibles et engagements actuels sont mis en évidence à l'annexe 2 du document EUR/RC66/Inf.Doc./2.

13. Dans les sections qui suivent, nous présentons quatre domaines d'action prioritaires. Ces domaines sont des moteurs stratégiques de portée très large, étroitement alignés sur les objectifs du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et la réalisation des quatre engagements assortis d'échéances adoptés par les ministres dans le document final des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2014 (6).

14. Les domaines d'action prioritaires sont suivis par huit interventions prioritaires couvrant la prévention primaire et secondaire et réparties en approches populationnelle et individuelle. Celles-ci s'inspirent des « meilleures options » en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles et s'attachent à mettre en œuvre, dans

la Région européenne, un ensemble d'interventions basées sur des données factuelles, peu onéreuses et efficaces (4, 7). Deux interventions à l'appui, transversales et d'une portée plus générale, sont ensuite mentionnées. L'ensemble de ces dix interventions sont des mesures qui incombent aux États membres et qui seront soutenues par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, comme indiqué dans la section finale.

## Domaines d'action prioritaires

### Gouvernance

15. Grâce à Santé 2020, les gouvernements peuvent réaliser de véritables améliorations dans le domaine de la santé s'ils travaillent avec tous les secteurs des pouvoirs publics pour remplir deux objectifs stratégiques liés : améliorer la santé pour tous et faire reculer les inégalités, et améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé. Du fait des déterminants sous-jacents des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque communs, des mesures multisectorielles, pangouvernementales et pansociétales sont nécessaires pour les prévenir et lutter contre elles. Dans le domaine des maladies non transmissibles, les améliorations en matière de santé exigent souvent que les politiques publiques exercent une influence sur des secteurs tels que le commerce, la fiscalité, l'agriculture, l'éducation, l'environnement et les transports. Les mesures intersectorielles peuvent s'avérer complexes et poser des difficultés, mais l'on dispose désormais de connaissances et d'expérience quant aux processus institutionnels qui favorisent les pratiques intersectorielles, et il existe deux excellents exemples à cet égard, à savoir la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le processus européen Environnement et santé (8).

16. Au bout du compte, ce sont les choix politiques en matière de santé qui constituent l'enjeu de Santé 2020 (9). Dans l'Europe d'aujourd'hui, les considérations d'ordre économique, commercial et industriel semblent trop fréquemment occuper le centre des débats, au détriment des préoccupations d'ordre sanitaire. Les accords commerciaux rédigés sans tenir dûment compte de leur impact sanitaire risquent de réduire à néant des avancées conquises de haute lutte : les politiques commerciales et économiques doivent être cohérentes avec celles relatives à la nutrition et à la santé. En outre, l'industrie (re)devient une force d'opposition au progrès dans la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, et entrave l'amélioration des habitudes alimentaires ; dans certains pays, les trois quarts du sel consommé sont ajoutés au préalable par l'industrie alimentaire, les aliments pour bébé peuvent contenir jusqu'à 30 % de sucres libres, et les graisses saturées et les acides gras *trans* sont beaucoup trop répandus dans la Région européenne. Souvent, le débat sur la santé est abordé sous l'angle du choix personnel de l'individu, plutôt que sous celui de la responsabilité de l'ensemble de la société.

17. Les maladies non transmissibles ont un impact négatif considérable sur le développement humain et social. L'adoption des objectifs de développement durable (ODD) rend impérative la mobilisation des efforts en vue d'agir sur les déterminants dans tous les secteurs, étant donné que la plupart des 17 ODD portent sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, dont la responsabilité principale incombe à de nombreux secteurs autres que celui de la santé (10). La déclaration politique des Nations Unies invitait l'OMS et l'ensemble des éléments concernés du système des

Nations Unies à coordonner leurs activités en vue d'appuyer les efforts faits à l'échelle nationale pour prévenir les maladies non transmissibles et lutter contre celles-ci, et pour en atténuer les effets. Il a été demandé aux équipes de pays des Nations Unies de collaborer avec leurs homologues au sein des gouvernements dans le but d'intégrer les maladies non transmissibles aux processus de conception et de mise en œuvre du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, et elles sont encouragées à renforcer leurs capacités afin d'aider les autorités à mener ces actions prioritaires et à mettre en place des mécanismes de coordination en matière de lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays (11).

### **Surveillance, suivi et évaluation, et recherche**

18. Le rapport sur les progrès accomplis qui sera présenté à la troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2018 indiquera si les États membres disposent d'un système opérationnel permettant de générer systématiquement des données fiables de mortalité par cause, et vérifiera s'ils mènent tous les cinq ans, une enquête sur les facteurs de risque intégrés fondée sur l'approche STEPwise de l'OMS ou une enquête très complète de santé par examen. Il est à noter que des enquêtes fondées sur l'approche STEPwise sont prévues dans 11 États membres en 2016-2017, parmi lesquels des pays particulièrement affectés par ces maladies. La surveillance et le suivi des maladies non transmissibles doivent s'intégrer dans les systèmes nationaux d'information sanitaire et, dans de nombreux pays, des systèmes de données adaptés à leur finalité doivent être mis en place. Par exemple, la surveillance fait actuellement l'objet d'une harmonisation dans les pays de l'Union européenne au travers de l'initiative sur l'Enquête européenne de santé par examen. Les enquêtes sur les facteurs de risque spécifiques se développent et s'amplifient dans toute l'Europe : 25 pays de la Région au moins participent à l'Initiative de l'OMS pour la surveillance de l'obésité infantile.

19. Le cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles et Santé 2020 mesurent un certain nombre de cibles et d'indicateurs, qui leur sont parfois communs. Le Rapport sur la santé en Europe 2015 a mis en lumière des lacunes dans la mesure du bien-être, et les systèmes de santé ne surveillent pas souvent ce qui compte vraiment pour les patients, comme les mesures du résultat telles que rapportées par le patient. Si les mesures de l'espérance de vie en bonne santé, ou des années sans invalidité, devraient se révéler particulièrement utiles dans une Europe vieillissante, les systèmes d'information sanitaire risquent de ne pas bien cerner les causes de l'invalidité ou les données connexes. L'Initiative européenne d'information sanitaire est déterminée à améliorer l'information sous-tendant les politiques dans le cadre d'un système unique. Il est nécessaire de mieux harmoniser les indicateurs et de disposer de définitions de cas, et la poursuite de la collaboration entre le Bureau régional et l'Union européenne devrait être bénéfique à cet égard. La ventilation des données, au moins par sexe et par âge, devrait être renforcée afin de faire ressortir les évolutions et les inégalités au sein des groupes et entre ceux-ci, et pour soutenir les interventions coordonnées.

20. Les innovations en matière de collecte de données, y compris les nouvelles techniques d'analyse et méthodes prédictives, doivent être exploitées. Nombre de nouvelles sources de données générées grâce à la révolution des technologies de l'information pourraient être utilisées pour comprendre les déterminants de la santé de

la population, malgré les problèmes de qualité de données, de sécurité et de gouvernance de l'information. La mise en œuvre des dossiers médicaux informatisés peut contribuer à la qualité de la gestion sanitaire dans le cadre du continuum des soins des systèmes de santé et faciliter le suivi des performances.

21. La collecte et l'utilisation de données en temps utile, telles que les indicateurs de la qualité des soins de santé, peuvent se traduire par des améliorations. En ce qui concerne les cibles relatives à la prise en charge des maladies et aux services de santé, il existe peu de bases factuelles solides qui permettraient de déterminer avec assurance un point de référence initial. Des écarts frappants concernant la prise en charge des maladies non transmissibles et ses coûts ont été mis en évidence entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, par exemple pour ce qui est de la probabilité d'une hospitalisation liée au diabète ou de survie à un infarctus du myocarde (12). On constate également ce type de variations parmi les groupes socioéconomiques : les différences de probabilité de survie à un infarctus du myocarde entre les hommes et les femmes illustrent l'importance de se pencher sur les normes, valeurs et biais liés au sexe dans les systèmes de santé.

22. L'évaluation et la recherche sur la mise en œuvre, avec diffusion des conclusions, peuvent permettre de maximaliser les enseignements acquis. Les bases factuelles sont parfois floues et déroutantes pour les décideurs, et une amélioration des relations entre ces derniers et les experts pourrait rendre accessibles les informations obtenues. Pour être efficace, une surveillance globale des maladies non transmissibles devra relever le défi de l'intégration et de l'analyse des informations issues de sources dépassant le cadre traditionnel des facteurs de maladies et de risque, et de la communication des principaux points aux décideurs, sous une forme plus pratique et plus exploitable.

### ***Prévention et promotion de la santé***

23. Les facteurs de risque comportementaux courants (consommation de tabac et d'alcool, mauvaise alimentation et sédentarité) restent le principal point de départ. Les mesures prises en amont donnent des résultats et, sur le plan économique, les bases factuelles plaident en faveur de l'investissement dans des politiques efficaces pour atténuer les facteurs de risque dans la population (13). Les retombées positives concerneront non seulement les quatre maladies principales (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques et cancer) qui sont ciblées par le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, mais également d'autres affections non transmissibles particulièrement préoccupantes dans la Région européenne en termes de charge de morbidité et de qualité de la vie, comme les troubles mentaux, les maladies musculo-squelettiques et la santé bucco-dentaire, ainsi que la violence et les traumatismes.

24. Des efforts bien plus importants peuvent être consentis pour atténuer les principaux facteurs de risque dans la Région européenne. Bien que l'évolution soit positive pour certains facteurs (tabac et alcool), elle présente des disparités (par sexe ou groupe socioéconomique par exemple) ou est trop lente sur le plan régional pour permettre d'atteindre les objectifs concernés. L'alcool est le principal facteur de risque pour la charge de morbidité en Europe orientale ; il est associé à des taux de traumatismes et de violence alarmants et à des fluctuations de la mortalité par maladies cardiovasculaires, et, globalement, la Région européenne arrive en tête dans le monde pour la consommation

nocive d'alcool, en particulier chez les jeunes. De plus, parmi ces derniers, près des trois quarts n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé par l'OMS. Les prévisions en matière de prévalence du surpoids et de l'obésité sont une source de préoccupation, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, avec un rythme d'augmentation particulièrement inquiétant en Europe du Sud et orientale, alors que le marketing des aliments à forte densité énergétique, riches en sel, sucre et graisses saturées, est largement répandu. Les facteurs de risque comportementaux concernent de manière disproportionnée les personnes souffrant de troubles mentaux. C'est souvent dans les pays de la Région à revenu plus faible que le tabagisme est le plus important et la lutte contre celui-ci la moins efficace ; dans tous les pays, ce sont les personnes qui disposent des revenus les plus faibles qui consomment le plus de tabac. Ces quatre facteurs de risque sont tous abordés dans des stratégies et plans récemment adoptés par le Comité régional de l'Europe (14-17) : leur mise en œuvre et leur évaluation en continu sont primordiales à cet égard.

25. Les connaissances ont progressé en ce qui concerne le rôle des déterminants sociaux, économiques, liés au sexe et environnementaux dans la survenue et l'évolution des maladies non transmissibles (18, 19). Déjà présentes avant la conception, ces influences se poursuivent tout au long de l'existence, depuis les premiers stades de la vie. Certains facteurs tels qu'un indice de masse corporelle supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup> et la consommation de tabac en fin de grossesse sont étroitement liés au risque de surpoids ou d'obésité chez les enfants plus âgés. Les personnes qui sont exposées à des expériences négatives durant l'enfance, comme la maltraitance infantile, sont 3 fois plus susceptibles de fumer, ont dix fois plus de risques d'avoir une consommation abusive d'alcool et ont moins tendance à être physiquement actives, par exemple, ce qui les rend vulnérables face au surpoids ou à l'obésité, ainsi qu'au cancer, aux cardiopathies et aux maladies respiratoires chroniques à un stade ultérieur de l'existence (20, 21). Faire en sorte que davantage de personnes aient la possibilité de mener une vie active et de vivre en bonne santé leur permettra de jouer plus longtemps un rôle actif dans la société et réduira les charges qui pèsent sur les systèmes de santé et de sécurité sociale. Il importe dès lors d'investir dans un large éventail de politiques englobant toute la durée de vie et de mieux prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles durant les premiers stades de l'existence, et même dès la période préconceptionnelle et la grossesse. Un cinquième du nombre total de décès de la Région européenne, en particulier les décès dus aux maladies cardiovasculaires et respiratoires et aux cancers, est imputable aux expositions environnementales, comme la pollution de l'air et les agents chimiques et physiques (22). Les ODD constituent un nouveau point de départ pour la promotion de la santé dans toutes les politiques, mais il faudra pour cela renforcer la volonté politique et les efforts.

### **Systemes de santé**

26. Un niveau adéquat de financement public des systèmes de santé est indispensable pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle, mais ce niveau a fluctué ou diminué dans de nombreux pays d'Europe durant la période 2010-2013, à la fois en part du produit intérieur brut et par personne, tandis que la proportion des dépenses totales de santé à la charge des ménages est restée stable en moyenne. Généralement, les paiements à la charge des ménages concernent avant tout les médicaments, et, dans de nombreux systèmes de santé européens, la faiblesse des politiques pharmaceutiques et l'utilisation inappropriée des médicaments sont des causes importantes d'inefficacité. En

outre, en raison de l'émergence de traitements à prix élevé et à haut impact, même les pays riches doivent élaborer une stratégie afin de gérer l'escalade ingérable des coûts et les disparités qui en découlent.

27. On a décrit le système de santé centré sur la personne comme un système qui offre, d'une manière équitable, des services complets, coordonnés et de qualité, et dans lequel les patients participent à la prise de décisions en tant que partenaires (23). Les attentes des patients à cet égard sont en train d'évoluer, ces derniers espérant que la prestation des services de santé devienne plus pratique et se fonde sur des valeurs. La nature chronique et de longue durée de nombreuses maladies et affections non transmissibles, les multiples morbidités et facteurs de risque que présentent les individus, ainsi que le nombre croissant de points de données requis pour prendre des décisions cliniques, et nécessitant une intégration en temps réel, sont la source d'enjeux particuliers. En outre, comme les pays caractérisés par une longue espérance de vie doivent de plus en plus faire face au défi des morbidités multiples à un âge avancé, il importe d'adopter une démarche visant une plus grande intégration des soins médicaux et de l'aide sociale. L'Action commune de lutte contre les maladies chroniques et promouvant un vieillissement en bonne santé tout au long de la vie, financée par l'Union européenne, met tout particulièrement l'accent sur les morbidités multiples et la définition de modèles de soins appropriés.

28. On assiste de surcroît à une prise de conscience croissante du fait que les interventions auprès de la population et les améliorations des soins de santé vont sans doute jouer un grand rôle dans la baisse des taux de mortalité dans de nombreux pays (24). Ces soins se déroulent dans différents cadres, notamment à domicile, et demandent une prestation de services intégrée : cette approche est en phase avec les besoins des personnes et des populations desservies et garantit que les processus de sélection, désignation, organisation, gestion et amélioration des services optimisent leur efficacité (25). Elle s'appuie, d'une manière plus générale, sur les fonctions des systèmes de santé et exige l'instruction en santé de la population, de nouveaux modes de formation, de déploiement et d'administration du personnel de santé (26) ; une meilleure gestion et une utilisation appropriée des médicaments ; des technologies sanitaires abordables et dont la qualité est garantie ; et une information sanitaire solide. La lutte contre les maladies non transmissibles sera soutenue par le renforcement des capacités et services de santé publique (27). Si le secteur de la santé offre la possibilité de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, le personnel doit être formé dans le domaine de la prévention des maladies non transmissibles.

29. Début 2016, une évaluation a été réalisée dans 12 pays pour examiner les obstacles rencontrés par les systèmes de santé et les possibilités de parvenir à de meilleurs résultats en matière de maladies non transmissibles, et un processus de suivi a été enclenché. Des mesures de transformation doivent par conséquent être prises. Il s'agit notamment d'accorder une attention aux besoins des hommes en âge de travailler qui sont en grande partie exclus (ou s'excluent eux-mêmes) d'une prévention clinique efficace, et d'intensifier la stratégie « tous risques » pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète.

## **Interventions prioritaires (au niveau de la population)**

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

#### **Objectif**

30. Recourir pleinement aux politiques fiscales et au contrôle des pratiques de marketing pour influencer la demande de tabac, d'alcool et d'aliments et de boissons riches en graisses saturées, en acide gras *trans*, en sel et en sucre, ainsi que leur disponibilité et leur accessibilité financière.

#### **Motivation**

31. Des instruments efficaces, comme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la directive de l'Union européenne sur les produits du tabac de 2014, ne sont pas pleinement exploités, et le niveau général de mise en œuvre est relativement modeste en Europe, où peu de pays les appliquent intégralement. Néanmoins, les exemples de réussite, tels l'adoption de l'emballage neutre, méritent d'être partagés. Les politiques peuvent réduire la consommation d'alcool, les bénéfices étant plus importants chez les jeunes consommateurs et les buveurs excessifs ainsi que chez les individus exposés à l'alcoolisation abusive d'autres personnes (28). Il convient d'avoir pleinement conscience de l'impact du marketing, y compris des réseaux sociaux en ligne, sur la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes, et les systèmes de gestion de ces activités de marketing de l'alcool, tels que les cadres réglementaires, peuvent limiter l'exposition aux messages commerciaux, au profit de la santé publique. Les accords librement consentis sont inefficaces dans bien des cas, et il est souvent nécessaire d'avoir recours à la réglementation ou à la législation (29). Grâce à un marketing habile et réussi, et à la modification des caractéristiques de conception des produits, les industries du tabac et de l'alcool sont parvenues à créer un marché en plein essor pour les femmes ainsi que pour les fumeurs et les buveurs en dessous de l'âge légal (30). L'omniprésence du marketing ciblant les enfants et les adolescents et portant sur les aliments et boissons hautement énergétiques, riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre et/ou en sel, qui sont de surcroît de plus en plus disponibles et abordables, contribue à la malnutrition et à l'augmentation des chiffres du surpoids et de l'obésité. Il importe de mettre en place des initiatives visant à promouvoir la disponibilité et l'accessibilité financière des fruits et des légumes ou des produits céréaliers complets. La consommation de boissons alcoolisées contribue également à l'apport énergétique total et à la prise de poids. Il est souvent plus rentable d'associer des mesures, par exemple dans les domaines de la lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme, ou qui s'attaquent à plusieurs problèmes de manière simultanée, que de tabler sur une seule initiative. Cela étant, on considère invariablement que le recours à la fiscalité pour influencer les choix individuels liés à l'usage du tabac et de l'alcool, ainsi que la consommation d'aliments est une intervention à la fois efficace et économique en vue de promouvoir de meilleurs choix de comportements (13). Ces recettes fiscales peuvent être affectées au financement de programmes de santé publique.

## Mesures

32. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, si ce n'est déjà fait, et renforcer sa mise en œuvre d'une manière globale, y compris par l'instauration à long terme de politiques fiscales cohérentes, qui surveillent, augmentent ou adaptent régulièrement les taux d'imposition sur l'ensemble des produits du tabac, et lancer une interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage liés au tabac (14) ;
- dans le cadre d'une démarche globale de lutte contre l'alcoolisme, les pays devraient disposer de politiques de tarification ayant pour objet de réduire l'accessibilité financière de l'alcool, et de systèmes visant à empêcher la publicité et les pratiques commerciales inappropriées ciblant les enfants et les jeunes (17) ;
- adopter des mesures strictes limitant l'impact global, sur les enfants et les adultes, de toute forme de marketing d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres et/ou en sel (31), et examiner et déployer une panoplie d'outils économiques susceptibles de décourager la consommation de ce type d'aliments et d'améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des régimes alimentaires sains, notamment, s'il y a lieu, les taxes sur les boissons sucrées (16).

## **Reformulation et amélioration des produits : sel, graisses et sucres**

### Objectif

33. Réviser la composition des produits alimentaires afin de remplacer les acides gras *trans* et les graisses saturées par des matières grasses non saturées, et de réduire la teneur en sel et en sucre sans ajouter d'alternatives nocives.

### Motivation

34. L'apport excessif en matières grasses saturées (> 10 % de l'apport calorique total) a été associé à un risque accru de survenue de maladies cardiovasculaires. Dans de nombreux pays, une grande majorité de la population n'atteint pas les objectifs en matière de consommation de graisses saturées et d'acides gras *trans*, en particulier les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. Un apport accru d'acides gras *trans* concourt à l'apparition de profils lipidiques et lipoprotéiques défavorables, et, plus que toute autre source d'apport calorique, augmente le risque d'incidence des maladies cardiovasculaires et de mortalité dans ce domaine. L'expérience acquise dans les pays de la Région européenne montre que les mesures ciblant la chaîne d'approvisionnement alimentaire, notamment les producteurs d'aliments, transformés ou non, les détaillants et les entreprises de restauration, peuvent se traduire par une diminution importante des nutriments cibles dans l'ensemble des produits, ce qui contribue à réduire la consommation au niveau de la population. L'élimination progressive des acides gras *trans* par le biais de limites réglementaires est réaliste, mais il convient d'éviter qu'elle ne s'accompagne d'une augmentation des graisses saturées dans les produits alimentaires. La reformulation des produits alimentaires en vue d'éliminer les matières

grasses saturées, sans les remplacer par des hydrates de carbone raffinés comme le sucre, procurerait des avantages supplémentaires.

35. La consommation de sucre, tel qu'on le trouve généralement dans les produits transformés comme les boissons sucrées, est liée à une prise de poids et à un risque accru de surpoids/d'obésité, ainsi qu'au risque de caries dentaires. Elle peut également renforcer le risque de contracter un diabète de type 2. L'OMS recommande de limiter l'apport en sucres libres à 10 % de l'apport énergétique total et fait valoir que le ramener à moins de 5 % présenterait des avantages supplémentaires pour la santé (32). Outre les politiques fiscales et de marketing évoquées plus haut, il est possible de cibler les aliments et les boissons à forte teneur en sucres libres et de réduire l'apport en sucres de ce type par le biais de diverses interventions de santé publique, telles que l'étiquetage alimentaire et nutritionnel, l'éducation des consommateurs et l'élaboration d'une stratégie de reformulation des produits alimentaires, en particulier des aliments transformés, riches en sucres libres.

36. Les aliments transformés constituent une source importante de sel. La reformulation des produits est l'une des composantes de toute stratégie de réduction de la consommation de sel, une problématique abordée plus en détail dans la section suivante.

### **Mesures**

37. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales visant à établir un équilibre entre les matières grasses saturées et non saturées dans les produits alimentaires, et à interdire (ou à pratiquement éliminer) les acides gras *trans* dans l'alimentation, dans le cadre des améliorations apportées à la qualité nutritionnelle globale des aliments (16) ;
- étudier les possibilités de favoriser la réduction de la teneur en sucres libres dans les boissons et les aliments transformés, et prendre des mesures concrètes à cet égard, notamment d'ordre réglementaire ;
- améliorer et reformuler systématiquement les produits tout en apposant un meilleur étiquetage explicatif sur la face avant des emballages.

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

#### **Objectif**

38. Réduire la consommation de sel dans l'alimentation conformément aux recommandations de l'OMS.

#### **Motivation**

39. Un apport accru en sel/sodium va de pair avec une augmentation de la tension artérielle ; une réduction du sodium s'accompagne d'une baisse du risque de maladies cardiovasculaires. Cependant, de nombreux pays dépassent de loin le niveau recommandé par l'OMS qui est de moins de 5 grammes de sel (2000 milligrammes de sodium) par jour. Il sera en outre particulièrement difficile d'atteindre l'objectif d'une réduction de

30 % de l'apport en sel d'ici 2025. Dans le monde, c'est en Asie centrale et en Europe orientale et centrale que l'on enregistre le taux absolu le plus élevé de mortalité par maladies cardiovasculaires imputable à une consommation de sodium supérieure à 2 grammes par jour ; chez les adultes de moins de 70 ans, il y est environ cinq fois supérieur à celui constaté en Europe occidentale (33). Il est possible de réduire l'apport en sel dans les populations, et c'est aussi l'une des interventions de santé publique les plus rentables et les plus accessibles financièrement. Des programmes coordonnés visant la réduction de la consommation de sel peuvent avoir un impact considérable : leur succès est subordonné à un suivi, à une participation des acteurs concernés et au rôle moteur des pouvoirs publics dans la définition de valeurs de référence et de cibles. D'autres mesures de santé publique prises au niveau de la population, telles la fluoruration de sel pour prévenir les caries dentaires ou l'iodation du sel pour prévenir les troubles dus à une carence en iode, ne vont pas à l'encontre des mesures de réduction de la consommation de sel. Ces politiques sont compatibles, mais alors que l'apport en sodium diminue, il peut s'avérer nécessaire d'adapter les niveaux d'iodation du sel afin que les personnes les plus vulnérables (notamment les femmes enceintes, les nourrissons et les jeunes enfants) reçoivent l'iode dont elles ont besoin.

### **Mesures**

40. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner la suivante :

- élaborer, développer et évaluer les stratégies de réduction de la consommation de sel afin de poursuivre les avancées à cet égard dans toutes les catégories de produits alimentaires et dans tous les segments de marché (16).

### ***Promotion de la vie et de la mobilité actives***

#### **Objectif**

41. Promouvoir le développement de l'activité physique et la réduction du comportement sédentaire au travers de modifications des systèmes de santé et de l'environnement.

#### **Motivation**

42. L'activité physique a des effets positifs sur la santé mentale, et favorise la santé pulmonaire et la santé musculo-squelettique tout au long de l'existence. Elle réduit également le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, de certains cancers et de troubles de la mémoire, et joue un rôle important dans la prise en charge des affections chroniques et le contrôle du poids. La pratique d'un niveau accru d'activité physique est susceptible de conférer d'autres bienfaits pour la santé, tant chez l'adulte que chez l'enfant, et peut être encouragée dans divers contextes et durant toute la vie. La mobilité est essentielle à la fonction physique et à l'indépendance fonctionnelle. Le manque d'exercice serait un important facteur de risque de sarcopénie et d'ostéoporose, de sorte qu'encourager l'activité physique chez les personnes âgées peut préserver leur santé, leur agilité et leur indépendance fonctionnelle, et contribuer à prévenir les chutes. Cependant, les niveaux d'activité physique, l'utilisation des transports publics et la sécurité routière sont tributaires des normes, valeurs et rôles liés au sexe. La mauvaise

santé physique que l'on constate fréquemment chez les personnes souffrant de troubles mentaux est en partie imputable aux facteurs de risque comportementaux, comme le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et la consommation d'alcool.

43. Certaines affections musculo-squelettiques ou respiratoires, par exemple, peuvent limiter l'activité et l'exercice physiques. Nous avons déjà évoqué l'intérêt des programmes de réadaptation cardiaque basés sur l'exercice (voir Interventions prioritaires). Ce type de réadaptation constitue également un aspect important de la prise en charge des maladies pulmonaires obstructives chroniques, des insuffisances cardiaques et des affections musculo-squelettiques, contribue à améliorer la qualité de vie liée à la santé et la capacité d'exercice, et réduit le risque d'hospitalisation.

44. Le renforcement de l'activité physique au quotidien implique de repenser les environnements (domicile, jardin d'enfants, école, lieu de travail et collectivité) afin de faciliter les comportements sains, en particulier les déplacements à pied ou à bicyclette. Les espaces publics et les quartiers favorables à l'activité physique, les politiques visant à améliorer la sécurité routière, ainsi que la disponibilité, l'accessibilité financière et l'attractivité des transports publics, sont plus susceptibles d'entraîner une mobilité active.

## Mesures

45. Les mesures proposées sont notamment les suivantes :

- développer au maximum les programmes de réadaptation basés sur l'exercice pour les affections pour lesquelles ils sont bénéfiques ;
- faire en sorte que les interventions en matière d'activité physique tiennent compte des possibilités et besoins spécifiques de différents groupes tout au long de l'existence.

46. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- intégrer l'activité physique dans la prévention, le traitement et la réadaptation, et permettre aux personnes à mobilité limitée de maximiser leur activité physique et d'atteindre leur potentiel (15) ;
- inclure la modification du style de vie dans les programmes éducatifs et thérapeutiques pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (34) ;
- dispenser des conseils sur l'activité physique dans tous les établissements de santé et services sociaux pour personnes âgées (35) ;
- améliorer l'accès aux établissements et services d'activité physique, notamment pour les groupes vulnérables (15) ;
- donner aux enfants accès à des environnements sûrs qui favorisent le déplacement à pied ou à vélo pour se rendre au jardin d'enfants et à l'école, dans lesquels ils peuvent jouer et entreprendre une activité physique quotidienne (34, 36, 37) ;
- encourager une activité physique accrue chez les seniors et les personnes handicapées par le biais de l'environnement local et d'activités sociales, et instaurer des espaces de vie et des quartiers qui facilitent leur mobilité et leur autonomie (34, 35) ;

- promouvoir l'activité physique à tous les âges, grâce à la planification et à la conception des établissements humains, des logements, des institutions de soins de santé, des plans de mobilité et de l'infrastructure des transports (36).

## ***Promotion de la pureté de l'air***

### **Objectif**

47. La promotion de la pureté de l'air au travers d'une réduction de la pollution de l'air intérieur et extérieur contribuera à la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires aiguës et chroniques, et les cancers.

### **Motivation**

48. La pollution de l'air constitue le principal risque sanitaire lié à l'environnement dans la Région européenne, et elle renforce la charge de morbidité imputable aux AVC, aux cardiopathies, au cancer du poumon et aux maladies respiratoires aiguës et chroniques, parmi lesquelles l'asthme. Selon les estimations, 80 % des décès prématurés liés à la pollution de l'air extérieur résultaient de cardiopathies ischémiques et d'accidents vasculaires cérébraux, 14 % de maladies pulmonaires obstructives chroniques ou d'infections aiguës des voies respiratoires basses, tandis que les 6 % restants étaient imputables au cancer du poumon. Plus de 80 % de la population (dans les pays où l'on dispose de données sur la qualité de l'air) est exposée chaque année à des niveaux de matières particulaires supérieurs aux valeurs guides de l'OMS sur la qualité de l'air. Outre la pollution de l'air extérieur, la fumée intérieure provenant du tabac et de cuisinières fonctionnant aux biocombustibles et au charbon, ainsi que l'exposition à l'humidité et aux problèmes de moisissures posent de graves risques sanitaires. La majeure partie de la pollution de l'air extérieur échappe au contrôle des individus et du seul secteur de la santé et exige des mesures de la part des municipalités et des responsables politiques nationaux et internationaux dans des secteurs tels que le transport, l'industrie, la production d'énergie, la gestion des déchets, le bâtiment et l'agriculture. Des transports et un chauffage plus propres, des logements écoénergétiques, l'urbanisme et une meilleure gestion municipale des déchets sont autant d'exemples de politiques et d'investissements qui réduiraient les principales sources de pollution extérieure. La baisse des émissions dues aux systèmes domestiques fonctionnant à la bioénergie et au charbon, ainsi que de l'exposition environnementale à la fumée du tabac fera reculer la pollution de l'air intérieur. Souvent, les interventions visant à réduire la pollution de l'air s'avèrent également bénéfiques pour limiter l'exposition à d'autres facteurs de risque de maladies non transmissibles, telles que la promotion des modes de transport actifs, dont la pratique de la marche et du vélo.

## Mesures

49. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action, résolutions et conventions existants, et exigent un important rôle de gérance du secteur de la santé entre différents secteurs et niveaux des pouvoirs publics, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- soutenir la mise en œuvre au niveau régional de la résolution WHA68.8 de l'Assemblée mondiale de la santé intitulée « Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air » ;
- poursuivre et renforcer les efforts visant à promouvoir la ratification et l'application de la Convention de Genève de 1979 sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance ;
- élaborer des politiques appropriées pour prévenir et limiter la consommation de tabac, l'exposition à la fumée du tabac et l'addiction nicotinique, en portant une attention particulière aux jeunes, aux non-fumeurs et aux groupes vulnérables (14, 37) ;
- poursuivre et renforcer les efforts visant à réduire et à surveiller l'incidence des maladies respiratoires aiguës et chroniques par la diminution de l'exposition aux particules particulaires et à ses précurseurs issus notamment de l'industrie, des transports et de la combustion domestique, ainsi qu'à l'ozone troposphérique et d'autres polluants gazeux, et ce, conformément aux valeurs guides de l'OMS pour la qualité de l'air (36) ;
- élaborer des politiques et réglementations intersectorielles appropriées, susceptibles d'apporter une différence stratégique, pour réduire la pollution de l'air intérieur, et offrir des mesures incitatives et des possibilités qui permettent aux citoyens d'avoir accès à des solutions énergétiques durables, propres et favorables à la santé chez eux et dans les lieux publics (36).

## Interventions prioritaires (au niveau individuel)

### *Évaluation et gestion du risque cardiométabolique*

#### Objectif

50. Évaluer et réduire le risque cardiométabolique absolu.

#### Motivation

51. Il est possible d'améliorer considérablement le dépistage et la prise en charge de l'hypertension et des autres facteurs de risque en Europe : les enquêtes de santé par examen montrent par exemple que seule une faible partie des personnes reconnues comme présentant un risque élevé dans la population générale ont été diagnostiquées, et traitées et/ou correctement prises en charge. De nombreux facteurs de risque comme le tabagisme, l'hypercholestérolémie et l'hypertension favorisent l'athérosclérose, qui provoque les maladies cardiovasculaires, et ces facteurs de risque interagissent, parfois avec un effet multiplicateur. Des enquêtes fondées sur l'approche STEPwise de l'OMS

menées récemment ont montré qu'un tiers environ des hommes et des femmes présentait au moins trois facteurs de risque. Il convient de mettre l'accent sur l'évaluation globale d'un certain nombre de facteurs de risque des cardiopathies et des AVC, plutôt que sur un seul, et ce, dans le but de réduire le risque total. Les personnes souffrant d'une maladie cardiovasculaire avérée (à la suite d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC par exemple), de diabète ou d'une insuffisance rénale, ou présentant des niveaux très élevés de facteurs de risque individuels courent déjà un risque accru de maladies cardiovasculaires et exigent une prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque. En ce qui concerne les autres personnes, il est possible d'avoir recours à des diagrammes pour estimer le risque total de maladies cardiovasculaires afin de traiter prioritairement les individus pour lesquels ce risque est important plutôt que ceux dont les facteurs de risque individuels sont légèrement élevés. Outre qu'elle vise à éviter une « surmédicalisation » de la population, cette démarche peut également permettre d'optimiser l'utilisation de ressources limitées. Indépendamment du dépistage des personnes présentant un risque total accru, les diagrammes d'estimation du risque peuvent être un outil de communication afin d'aider le patient à bien comprendre les conseils de gestion des risques et le traitement prescrit, et à les observer. Une telle stratégie peut en grande partie être mise en œuvre dans le cadre des soins de santé primaires. Le dépistage opportuniste des facteurs de risque en consultation de soins primaires permet probablement de mieux utiliser les moyens des services de santé que les programmes de bilans de santé généraux (38), bien que cette stratégie doive également tenir compte de la manière la plus efficace d'atteindre les personnes les moins susceptibles de consulter de manière régulière, comme les hommes souvent « invisibles ».

52. Les programmes de réadaptation cardiaque favorisent le rétablissement après les événements cardiaques comme les infarctus du myocarde, améliorent la qualité de vie et réduisent la probabilité de récurrence (39). Néanmoins, de plus en plus de bases factuelles indiquent que même les personnes dont on connaît le risque accru de maladies cardiovasculaires ne sont pas correctement suivies : seule la moitié des patients souffrant d'une cardiopathie coronarienne se voit par exemple conseiller de participer à un programme de prévention et/ou de réadaptation secondaire, et la lutte contre les facteurs de risque laisse souvent à désirer (40). Si la probabilité de bénéficier d'une prise en charge optimale des facteurs de risque vasculaire est parfois plus faible encore chez les personnes qui se rétablissent après un AVC, les programmes de réadaptation contribuent à améliorer la vie des patients ayant survécu. Le personnel infirmier ainsi que les autres professionnels de santé et les associations de patients ont un rôle important à jouer en matière de prévention et de réadaptation secondaires, en impliquant les familles dans le cadre de programmes de soins à domicile.

## Mesures

53. Les mesures proposées sont notamment les suivantes :

- renforcer la capacité des soins de santé primaires en vue de prévenir, d'évaluer et de gérer le risque cardiométabolique, notamment les recommandations cliniques, le développement des capacités, le suivi et l'évaluation ;
- augmenter la couverture et la qualité de la gestion du risque cardiométabolique après évaluation, de sorte que les personnes présentant un risque total de maladies cardiovasculaires supérieur au seuil défini bénéficient d'une chimiothérapie et de

conseils (y compris pour le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des AVC ;

- améliorer la qualité et la couverture de la prévention secondaire et de la réadaptation après un infarctus du myocarde ou un AVC.

54. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- en fonction des bases factuelles existantes, mettre en place des services et systèmes durables et homologués pour le sevrage tabagique, avec couverture des coûts ; incorporer des conseils succincts sur le sevrage tabagique à tous les stades du système de santé ; promouvoir l'intégration des traitements de sevrage tabagique et de la prévention du tabagisme dans la formation de tout professionnel de la santé ; fournir une aide ciblée à des groupes spécifiques, notamment les femmes enceintes, les parents de jeunes enfants, les personnes atteintes de troubles de santé mentale et les patients souffrant de problèmes cardiaques et respiratoires (14) ;
- mettre en place des systèmes appropriés et une formation des professionnels de santé, afin qu'au moins 30 % de la population à risque de consommation d'alcool dangereuse ou nocive puisse bénéficier de programmes de repérage précoce et de programmes de brefs conseils, y compris les personnes qui consultent un professionnel de santé pour des catégories de pathologies spécifiques, comme l'hypertension (17) ;
- renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine : améliorer les capacités et la formation des professionnels des soins de santé primaires concernant la délivrance adéquate de conseils nutritionnels et la surveillance et la gestion appropriée du poids ; améliorer les capacités et la formation des professionnels dans le domaine de la nutrition et offrir des services de nutrition de qualité dans le cadre des soins de santé ; promouvoir une alimentation saine dans les établissements de santé et d'assistance sociale (16) ;
- intégrer l'activité physique dans la prévention, le traitement et la réadaptation : veiller à ce que la promotion de l'activité physique par les professionnels de santé devienne la norme, intégrée dans la pratique standard, et une compétence clé des professionnels des soins de santé primaires, et envisager des incitations et le remboursement des programmes de prévention et de réadaptation basés sur l'activité physique par les sociétés d'assurance maladie s'il y a lieu (15).

### ***Dépistage précoce et traitement efficace des principales maladies non transmissibles***

#### **Objectif**

55. Réduire la mortalité imputable aux cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon, et réduire la charge de morbidité liée aux autres affections non transmissibles.

#### **Motivation**

56. De nombreuses pathologies ne sont pas détectées suffisamment tôt pour que le traitement soit efficace : en Europe orientale, 30 à 40 % des cancers sont au stade

métastatique au moment du diagnostic. Il est possible de dépister certains cancers de façon précoce en sensibilisant le grand public et les professionnels aux premiers signes et symptômes de la maladie, de manière à aiguiller rapidement la personne concernée vers un service spécialisé pour poser le diagnostic et entreprendre un traitement, et/ou en dépistant les sujets asymptomatiques 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 minimiser les risques et améliorer l'efficacité, le dépistage du cancer doit avoir lieu là où son efficacité a été démontrée, et dans le cadre de programmes de dépistage organisés à destination de la population et dotés de mécanismes fiables d'assurance qualité. On a constaté une prolifération des programmes de dépistage, pas toujours justifiés par des bases factuelles, qui sont de nature à accaparer les ressources sans pour autant influencer les résultats obtenus pour la santé de la population. En outre, les sociétés commerciales peuvent promouvoir les tests de dépistage d'une valeur contestable par des pratiques de marketing ciblant directement les consommateurs.

57. Si 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 (plutôt que de dépistage) peut s'avérer être la stratégie la plus réaliste afin d'améliorer les taux de survie. Quoiqu'il en soit, les programmes de dépistage précoce doivent être accompagnés d'un ensemble de dispositions, parmi lesquelles des parcours efficaces de diagnostic et de traitement, ainsi qu'un suivi et une surveillance fondés sur un registre des maladies basé sur la population. Or, le dépistage précoce ne s'avère pas véritablement utile si aucun diagnostic ou traitement n'est disponible. L'OMS préconise au moins un accès de 80 % aux médicaments essentiels d'ici 2025. Il importe en outre de prendre des mesures concrètes à cet égard, comme l'adoption de directives nationales en matière de diagnostic et de traitement qui soient adaptées aux ressources des pays et garantissent l'accès équitable à tous les citoyens aux plus hautes normes nationales.

58. La reconnaissance précoce des symptômes et des signes d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC, et l'administration de soins dans les meilleurs délais, dans le cadre d'un parcours critique (la « chaîne de survie » ou la « chaîne de rétablissement »), peuvent changer l'issue de la maladie. Les partenariats entre les associations de patients et les associations professionnelles, les personnes chargées de dispenser les soins ou de les planifier, et les autres parties prenantes concernées jouent un rôle essentiel dans un contexte pré-hospitalier s'agissant de définir les parcours de soins et de limiter le délai entre un épisode et l'hospitalisation dans un service de traitement des AVC ou de soins coronariens. En ce qui concerne les AVC, comme le patient n'est pas en mesure d'avertir en cas de crise, les campagnes de sensibilisation sont particulièrement importantes pour la reconnaissance des symptômes. La participation des services médicaux d'urgence, dotés d'un numéro de téléphone public et connu, est vitale afin d'assurer l'administration rapide de soins avancés, précoces et fondés sur des bases factuelles, tels que la thrombolyse, la thrombectomie ou l'intervention coronarienne percutanée. Des soins coordonnés et multidisciplinaires pour l'évaluation ainsi que pour la prise en charge et la réadaptation précoce peuvent réduire la mortalité et éviter ou limiter les incapacités.

59. D'autres maladies et affections non transmissibles, comme le diabète sucré, les maladies respiratoires chroniques et un grand nombre de troubles musculo-squelettiques, peuvent également tirer avantage d'un dépistage et d'un traitement précoces afin de

réduire la morbidité, de favoriser la qualité de la vie et de limiter les soins plus coûteux à des stades ultérieurs. Par exemple, les personnes présentant un risque élevé de contracter un diabète de type 2 peuvent se voir proposer un programme intensif, de qualité et fondé sur des bases factuelles en vue de changer leur mode de vie dans le but de prévenir ou de retarder l'apparition de ce diabète. La mise en œuvre d'un ensemble minimal d'interventions fondamentales contre les maladies non transmissibles, comme celles réalisées dans le cadre de l'Ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (« PEN ») (41), appuyées par des parcours d'orientation, de prévention, de diagnostic et de traitement adaptés et un accès aux médicaments et aux technologies essentiels, peut aider les pays à engager des réformes concernant la couverture universelle et favoriser l'équité en matière de santé.

## Mesures

60. Les mesures proposées sont notamment les suivantes :

- sensibiliser les professionnels de santé et le grand public aux facteurs de risque ainsi qu'aux signes et aux symptômes avant-coureurs du cancer, du diabète et d'autres maladies non transmissibles importantes, accroître les compétences cliniques en matière de diagnostic et de prise en charge précoces, et disposer de parcours efficaces et rapides d'orientation, de diagnostic et de traitement pour la prise en charge des cas dépistés ;
- s'il y a lieu et lorsque les bases factuelles le justifient, mettre en œuvre des programmes de dépistage organisés, à destination de la population et dotés de mécanismes d'assurance qualité, pour les cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon, en tenant compte du contexte national et là où les systèmes de santé sont en mesure d'offrir des résultats concrets ;
- évaluer les établissements publics et privés dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires, et, si nécessaire, améliorer la disponibilité des technologies de base et médicaments essentiels, y compris génériques, à prix abordable, requis pour traiter les principales maladies non transmissibles ;
- favoriser la mise en œuvre d'au moins un ensemble minimal d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins primaires afin d'étendre la couverture et le caractère équitable des soins de base ;
- promouvoir la détection précoce des symptômes et des signes d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC chez les hommes et les femmes, et l'administration de soins dans les meilleurs délais, dans le cadre d'un parcours critique (la « chaîne de survie » ou la « chaîne de rétablissement ») ;
- mettre en œuvre des soins coordonnés et multidisciplinaires pour l'évaluation ainsi que la prise en charge et la réadaptation précoces en cas d'infarctus du myocarde, d'AVC et d'autres affections qui peuvent en bénéficier de la même façon, telles que les affections musculo-squelettiques.

61. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- prévoir des dispositions dans les systèmes de santé européens pour le traitement des maladies chroniques de longue durée chez les enfants et les adolescents (37) ;

- améliorer l'accès des personnes souffrant de problèmes de santé mentale aux services de santé physique (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, soins dentaires, etc.), de sorte qu'elles bénéficient de soins de même qualité que la population en général (34).

## ***Vaccination et mesures appropriées de lutte contre les maladies transmissibles***

### **Objectif**

62. Promouvoir la vaccination et les mesures appropriées de lutte contre les maladies transmissibles pour prévenir l'apparition des maladies non transmissibles et/ou leur aggravation, lorsque les circonstances et les moyens le permettent.

### **Motivation**

63. Bien qu'on les désigne communément sous l'appellation de maladies « non transmissibles », plusieurs maladies appartenant à cette catégorie ont une origine infectieuse et/ou sont aggravées par une infection ou compliquent son traitement, ce qui a des implications concernant les mesures à adopter. Il existe un certain nombre d'enchaînements de causalité, comme la dénutrition et de mauvaises conditions d'assainissement ; des facteurs de risque communs, tels que la consommation de tabac et d'alcool et la pauvreté s'agissant des maladies non transmissibles et de la tuberculose ; et des agents étiologiques communs, comme les infections non traitées liées aux cancers et certaines maladies cardiovasculaires, par exemple les infections streptococciques et les endocardites. Plusieurs affections (transmissibles et non transmissibles) peuvent coexister chez une même personne, avec des conséquences sur la gestion sanitaire. Il arrive que la présence d'un trouble augmente la probabilité de contracter une autre maladie ; par exemple, la consommation d'alcool, le tabagisme et le diabète accroissent tous le risque de tuberculose. Le traitement d'une affection renforce parfois le risque d'en contracter une autre ; c'est ainsi que la thérapie antirétrovirale contre le VIH peut accroître le risque de syndrome métabolique. La présence d'une pathologie peut en exacerber une autre ; la comorbidité de la tuberculose et du diabète peut par exemple aggraver l'évolution de ces deux maladies (42), et la consommation de tabac et d'alcool avoir un effet négatif sur les résultats du traitement du VIH et/ou de la tuberculose.

64. Certaines affections à prévention vaccinale sont liées à l'apparition de maladies non transmissibles : la principale cause du cancer du col de l'utérus est une infection persistante ou chronique due à un ou plusieurs types de papillomavirus humain à haut risque (ou oncogène), une infection sexuellement transmissible ; la rubéole maternelle peut entraîner une cardiopathie congénitale chez l'enfant ; et, chez certaines personnes, une infection chronique par le virus de l'hépatite B provoque une cirrhose et un cancer du foie. La vaccination constitue une intervention de santé publique efficace et, ces dernières années, des avancées significatives ont été réalisées en protégeant les jeunes enfants de l'hépatite B au cours de leur existence grâce à l'administration d'un vaccin universel contre cette maladie aux nouveau-nés et aux nourrissons. En outre, des progrès ont été également réalisés en ce qui concerne l'élaboration et l'introduction de nouveaux vaccins, ainsi que l'élargissement de la portée et de la couverture des programmes de vaccination existants. La vaccination contre le papillomavirus humain peut jouer un rôle important

dans la protection des adolescentes et des jeunes femmes dans le cadre d'une démarche globale de prévention du cancer du col de l'utérus. Il est également permis de penser que le vaccin antigrippal réduit les exacerbations chez les patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (43) et que le vaccin antipneumococcique présente un intérêt pour les patients atteints d'affections chroniques.

## **Mesures**

65. Les mesures proposées sont notamment les suivantes :

- évaluer et exploiter au maximum les possibilités de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles offertes par les programmes de lutte contre les maladies transmissibles.

66. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- mettre en œuvre des programmes nationaux de vaccination, y compris pour les groupes plus âgés (35, 37) ;
- maîtriser l'infection par le virus de l'hépatite B (43) ;
- prendre des décisions fondées sur des données probantes concernant le lancement de nouveaux vaccins : par exemple lorsque l'on envisage l'introduction de programmes de vaccination contre le papillomavirus humain et de programmes de vaccination destinés aux patients souffrant d'affections chroniques (44) ;
- appliquer les cadres et mécanismes de collaboration pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles les plus pertinentes à cet égard, par exemple les affections les plus fréquentes associées à la tuberculose, comme le diabète sucré, les troubles dus à la consommation d'alcool et de drogues, et le tabagisme (45).

## **Interventions à l'appui**

### ***Promotion de la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique***

#### **Objectif**

67. Promouvoir une bonne santé bucco-dentaire et musculo-squelettique

#### **Motivation**

68. Les maladies bucco-dentaires sont les maladies non transmissibles les plus répandues chez les enfants et les adultes de la Région européenne. Les affections telles que les caries dentaires, les parodontopathies, la perte des dents, les cancers de la cavité buccale et les maladies bucco-dentaires liées au VIH/sida constituent d'importants problèmes de santé publique. Les douleurs buccales et les troubles dentaires à l'origine de problèmes d'alimentation, de mastication et de communication, ainsi que de difficultés à sourire, ont un impact majeur sur la santé et le bien-être des populations, en réduisant l'accès à une alimentation saine, par exemple. Les maladies bucco-dentaires sont liées à d'autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires et le

diabète, et ont des facteurs de risque modifiables en commun comme, par exemple, la consommation d'aliments et de boissons sucrés, le tabagisme et la consommation d'alcool. En Europe, on observe un lien entre, d'une part, un risque relatif élevé de maladie bucco-dentaire et, d'autre part, les déterminants socioéconomiques et le genre. La lutte contre ces affections dépend de la disponibilité et de l'accessibilité des systèmes de santé bucco-dentaires, mais, pour réduire les risques de maladie, les services doivent être financièrement équitables et s'intégrer aux soins de santé primaires et à la prévention. Les inégalités sociales sont profondes dans tous les pays de la Région en termes d'utilisation des services de santé bucco-dentaire par les enfants, les adultes et les personnes âgées. Les praticiens dentaires peuvent jouer un rôle dans le dépistage précoce du cancer buccal et du VIH/sida, et délivrer des conseils sur l'adoption d'une alimentation saine, la consommation d'alcool et la prévention du tabagisme (46).

69. Les maladies musculo-squelettiques sont la principale cause d'invalidités dans la Région européenne. Tous les groupes d'âges sont d'ailleurs concernés. Elles sont dans une large mesure à l'origine de l'inactivité professionnelle et, chez les personnes d'un âge plus avancé, de la perte d'autonomie. Une bonne santé musculo-squelettique constitue une condition préalable à la mobilité, à l'indépendance économique et à un vieillissement actif en bonne santé. Elle joue un rôle important dans la prévention des maladies non transmissibles étant donné l'importance de l'activité physique. La santé musculo-squelettique ou de l'appareil locomoteur est altérée par des affections telles que l'arthrite, les lombalgies et les cervicalgies, l'ostéoporose et les fractures de fragilité, ainsi que les traumatismes dus à un accident de travail et aux activités sportives. Ses facteurs de risque sont similaires à ceux d'autres maladies non transmissibles. Leur modification peut donc promouvoir la santé musculo-squelettique, notamment l'accroissement de l'activité physique, le maintien d'un poids corporel idéal, le sevrage tabagique et la consommation modérée d'alcool ainsi que la prévention des traumatismes et des lésions. La lutte contre les maladies musculo-squelettiques et la prévention de l'invalidité dépendent de la disponibilité des systèmes de santé musculo-squelettiques, et de l'accès en temps voulu à ces derniers, afin de permettre une intervention et une réadaptation précoces. Les services doivent être centrés sur la personne, intégrés dans la « communauté sanitaire », et orientés de manière à permettre aux populations de prendre en charge leurs propres maladies musculo-squelettiques et de réduire la médicalisation des problèmes courants.

## Mesures

70. Les mesures à prendre dans ce domaine pourraient s'inscrire dans le cadre d'un certain nombre de plans d'action actuels, mais ces derniers comportent rarement des dispositions en matière de santé bucco-dentaire ou musculo-squelettique. Étant donné l'importance d'une bonne hygiène buccale ou d'une bonne santé musculo-squelettique pour jouir d'un bon état de santé général tout au long de l'existence ou pour atténuer les effets négatifs d'une activité physique insuffisante, du tabac, de l'alcool, d'une mauvaise alimentation et des boissons gazeuses sucrées sur la santé bucco-dentaire, une possibilité s'offre de combler cette lacune. On peut citer les actions suivantes comme exemples de mesures adaptées :

- promouvoir la santé bucco-dentaire par une meilleure alimentation et une réduction des apports en sucre ; pratiquer la fluoruration automatique (eau, sel, lait) et optimiser l'utilisation de dentifrices contenant du fluorure ; améliorer l'hygiène buccale ; lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme ; et prévenir les traumatismes

dento-faciaux par l'instauration d'environnements sûrs et la pratique du sport en toute sécurité ;

- promouvoir la santé musculo-squelettique à tous les âges en vue d'améliorer les fonctions physiques en intensifiant l'activité physique, en réduisant l'obésité et en évitant les traumatismes ;
- Améliorer la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique tout au long de la vie en accompagnant les enfants et les adolescents par l'intermédiaire de leur famille et de leur entourage ; en promouvant la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique dans le cadre de programmes de santé préscolaire et scolaire ; en intégrant la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique dans la promotion de la santé sur le lieu de travail ; en mettant en œuvre des programmes systématiques de santé bucco-dentaire et musculo-squelettique à l'intention des personnes âgées, notamment celles vivant en établissement ; en protégeant la santé bucco-dentaire des personnes vulnérables, notamment chez les populations pauvres et marginalisées (sans-abri, réfugiés), les handicapés et les personnes appartenant à des groupes présentant un risque accru, comme les femmes enceintes et les personnes en séjour de longue durée dans des institutions (prisons et hôpitaux psychiatriques, par exemple) ;
- instaurer des systèmes de santé bucco-dentaire qui soient axés sur la prévention des maladies et la promotion de la santé ; mettre en place des soins de santé bucco-dentaire financièrement équitables et organiser les services de santé publique et de soins primaires de manière à améliorer équitablement les résultats en matière de santé bucco-dentaire ;
- instaurer des systèmes de santé musculo-squelettiques qui permettent l'accès en temps voulu à des soins des troubles musculo-squelettiques centrés sur la personne, en particulier les interventions précoces en vue de rétablir et de maintenir l'état fonctionnel, et qui permettent aux populations de prendre en charge elles-mêmes leurs maladies musculo-squelettiques, et sensibiliser davantage aux solutions et issues possibles ;
- renforcer la surveillance, et former une main-d'œuvre qualifiée et diversifiée dans le domaine de la santé bucco-dentaire et musculo-squelettique.

## ***Promotion de la santé mentale***

### **Objectif**

71. Promouvoir la santé mentale pour limiter l'apparition ou l'aggravation des maladies non transmissibles.

### **Motivation**

72. La santé mentale est importante pour la prévention et la prise en charge efficaces des maladies non transmissibles, car elle interagit avec la santé physique à bien des égards et constitue fréquemment une comorbidité. Elle exerce un impact considérable sur les facteurs de risque, notamment les comportements à risque, et la mortalité imputable aux maladies non transmissibles est deux à trois fois plus élevée chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale que chez les autres. Le stress chronique, la solitude ou l'isolement social aggravent le risque de premier cas de cardiopathie coronarienne. Le

stress émotionnel de courte durée peut déclencher des événements cardiaques chez les individus atteints d'athérosclérose avancée, et le stress de longue durée peut augmenter le risque de cardiopathies coronariennes récurrentes et de mortalité chez les personnes qui en souffrent déjà. Il est également prouvé que le stress psychologique contribue à l'aggravation de l'asthme, et qu'il est souvent à l'origine d'une hausse du niveau de glycémie chez les personnes souffrant de diabète de type 2.

73. Or, le stress est assez rarement considéré comme un facteur de risque, et l'on s'est relativement peu employé à utiliser les méthodes de gestion du stress dans un contexte clinique. La gestion des facteurs de risque psychosocial a été recommandée dans le cadre d'une démarche multimodale centrée sur le patient pour la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique (50). Étant donné que la moitié des troubles de santé mentale apparaissent avant l'âge de 14 ans, leur prévention doit être ciblée afin d'inclure les enfants. L'adoption d'une approche fondée sur les facteurs de risque communs envers la prévention des maladies non transmissibles, par exemple en ce qui concerne le risque de démence (51), est susceptible d'entraîner des gains sanitaires favorables au bien-être émotionnel.

## **Mesures**

74. Les mesures à prendre dans ce domaine sont abordées en profondeur dans les plans d'action européens préexistants sur la santé mentale (34) et la maltraitance des enfants (21), et mises en évidence dans d'autres chapitres du présent plan d'action, notamment ceux consacrés à l'évaluation et à la gestion du risque cardiométabolique, à la vie et à la mobilité actives, et aux contextes.

## ***Promotion de la santé dans des contextes spécifiques***

### **Objectif**

75. Améliorer la santé et le bien-être en rendant les contextes et environnements spécifiques plus favorables à la santé.

### **Motivation**

76. Il est possible d'assurer des interventions rentables de promotion de la santé de manière universelle ainsi qu'à destination de groupes de population cibles, par exemple par l'intermédiaire des écoles et des lieux de travail (13). Les mesures fondées sur une démarche de promotion de la santé en milieu scolaire peuvent apporter des améliorations dans certains domaines de la santé, tels que les niveaux d'activité et de forme physiques, la consommation de fruits et de légumes et le tabagisme (47). Il faut parfois attendre longtemps avant de percevoir l'intérêt économique de certaines interventions, telles que celles ayant un effet sur le risque d'obésité ; d'autres, cependant, sont plus rentables à court terme, comme la protection de la santé mentale sur le lieu de travail. De telles interventions doivent se faire dans le respect des différences entre les sexes. Des interventions favorables à la santé peuvent être mises en œuvre dans un ensemble de contextes, notamment dans les logements et habitations, les jardins d'enfants, les établissements tels que les foyers d'aide sociale ou les prisons, et les universités.

77. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ou ayant souffert d'un événement aigu tel qu'une hospitalisation à la suite d'une exacerbation grave d'une maladie respiratoire chronique, d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC ont parfois besoin d'un accompagnement afin de poursuivre leur activité scolaire ou professionnelle ou de la reprendre. Dans de nombreux pays industriels, les troubles musculo-squelettiques sont la cause la plus fréquente de congé de maladie et d'invalidité, et les interventions sur le lieu de travail peuvent accélérer la reprise de l'activité professionnelle et améliorer la douleur et les capacités fonctionnelles (48). La consommation d'alcool exerce un effet négatif important sur la productivité, l'environnement professionnel, ainsi que sur la santé et la sécurité au travail. Par exemple, les interventions multidisciplinaires associant des composantes physiques, psychoéducatives et de formation professionnelle permettent le retour au travail d'un nombre accru de patients si l'on compare avec les soins traditionnels (49).

## Mesures

78. Parmi les mesures prises dans ce domaine et renvoyant aux plans d'action de l'OMS existants, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- accompagner les personnes souffrant de maladies non transmissibles, ou vivant avec ces maladies, en leur permettant de s'éduquer et de travailler malgré leur état, et de reprendre et de poursuivre leur scolarité ou leur vie professionnelle ;
- mettre en œuvre les mandats et les engagements existants en faveur d'environnements plus sains, de manière à réduire l'exposition aux agents qui augmentent les risques de maladies non transmissibles (comme le radon, les rayons ultraviolets, le bruit, l'amiante et le changement climatique) et prendre des mesures concernant les risques connus (36).

79. Les actions dans les établissements scolaires et autres milieux éducatifs incluent les mesures suivantes :

- établir des relations avec le Réseau européen des Écoles-santé et en profiter pour promouvoir des comportements sains et créer un environnement sain ;
- définir des normes régissant les aliments et les boissons disponibles en milieu scolaire, et s'assurer que les écoles et les autres lieux de rassemblement d'enfants sont exempts d'aliments riches en énergie, en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucre ou en sel, et de tout marketing promouvant ces aliments (16) ;
- instaurer des environnements scolaires et autres environnements éducatifs sans tabac et sans alcool, où chaque enfant évolue dans un milieu sans fumée, qu'il s'agisse des services de garde d'enfants, des jardins d'enfants, des écoles et des installations récréatives publiques, en appliquant les valeurs guides de l'OMS sur la qualité de l'air intérieur (14, 17, 36, 37) ;
- envisager d'inscrire l'activité physique dans le programme scolaire de base.

80. Les actions sur le lieu de travail incluent les mesures suivantes :

- élaborer des politiques, une législation et des outils de gouvernance visant les maladies non transmissibles d'origine professionnelle et empêchant la discrimination à l'encontre des personnes atteintes de ces maladies, et veiller à ce que les employeurs respectent les réglementations en la matière ;

- stimuler l'élaboration de programmes complets de santé sur le lieu de travail au moyen d'incitations réglementaires et financières, et à travers le marketing social, la surveillance, la diffusion d'informations et l'échange de données d'expérience ;
- créer des mesures incitatives encourageant les employeurs à atténuer le stress lié à l'environnement psychologique et professionnel, améliorer la gestion du stress et mettre en place des programmes d'application facile en vue de promouvoir le bien-être sur le lieu de travail (34) ;
- promouvoir une alimentation saine dans les cantines, et mettre en œuvre des politiques strictes relatives à l'alcool et au tabac sur le lieu de travail assorties d'activités de suivi et d'évaluation ;
- créer des occasions et fournir des conseils pour la pratique de l'activité physique sur le lieu de travail, en envisageant notamment des mesures appropriées afin de permettre davantage d'activité physique pendant la journée de travail et le transport actif entre le domicile et lieu de travail (15) ;
- protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel sur le lieu de travail.

## **Rôle du Bureau régional de l'Europe**

### ***Leadership et sensibilisation***

81. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera à jouer un rôle de premier plan dans la coordination de la réponse régionale aux défis particuliers posés par les maladies non transmissibles dans la Région européenne, à la fois par le biais du présent plan d'action et par celui des stratégies et plans d'action mondiaux et régionaux pertinents, qui constituent à eux tous une approche cohérente et solide. Il travaillera en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS afin de soutenir la mise en œuvre régionale du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Le Bureau régional poursuivra son étroite collaboration avec la Commission européenne et assurera la liaison avec les organismes intergouvernementaux appropriés, tels que le Programme des Nations Unies pour le développement, la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, le Programme des Nations Unies pour l'environnement et la Banque mondiale, en vue de la prise en compte des maladies non transmissibles dans les programmes de développement social, environnemental et économique concernés, et, en particulier, dans les plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement.

### ***Renforcement des capacités***

82. Le Bureau régional aidera les organismes publics aux niveaux national et infranational à accorder une haute priorité à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles, en particulier dans les pays les plus touchés par les incapacités et la mortalité imputables à ces affections. Il apportera son soutien aux pays afin qu'ils continuent d'examiner la nature des maladies non transmissibles dans leurs populations et les ressources et les capacités disponibles pour planifier et mettre en place des interventions efficaces, et d'évaluer les obstacles potentiels rencontrés par les systèmes de santé concernant l'amélioration de la prévention et de la lutte contre les maladies non

transmissibles et les possibilités dans ce domaine. Le Bureau régional travaillera en collaboration avec les États membres et les experts concernés afin de promouvoir le travail en réseaux et les communautés de pratique ; de dégager et de mettre en commun les connaissances et les informations, les expériences et les bonnes pratiques en vue de soutenir l'élaboration de mesures politiques fondées sur des données probantes, leur mise en œuvre et leur évaluation ; et de concevoir les supports d'information appropriés. Il appuiera également les efforts des pays en vue de formuler, d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action nationaux sur les maladies non transmissibles, financés de manière adéquate et dotés d'objectifs, de stratégies et de cibles clairs, et d'établir ou de renforcer les mécanismes de collaboration intersectorielle et de gouvernance participative pour la santé.

### ***Suivi et surveillance***

83. Le Bureau régional continuera, avec le Siège de l'OMS et les autres partenaires concernés, à suivre et à évaluer les avancées en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles, en particulier par le biais de l'enquête périodique sur les capacités en la matière et du suivi des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles et indicateurs internationaux et régionaux convenus. L'OMS continuera à inciter à l'amélioration de la qualité, de la valeur et de la comparabilité des données sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque. L'année 2015 marque le lancement du projet du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Basé à Moscou (Fédération de Russie), ce projet appuie les efforts déployés par les États membres à cet égard, en compilant, en analysant et en diffusant les données relatives au suivi et à la surveillance, et en facilitant les activités au niveau des pays, par exemple en ce qui concerne les enquêtes fondées sur l'approche STEPwise de l'OMS et les registres des cancers, et par l'intermédiaire de son projet coordonné de surveillance des maladies non transmissibles.

### ***Collaboration***

84. Le Bureau régional collaborera avec d'autres partenaires tels que l'Union européenne et ses institutions, ainsi que d'autres organisations du système des Nations Unies. Son travail sera soutenu par les centres collaborateurs de l'OMS et les réseaux existants de promotion de la santé, tels que le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de la santé, le Réseau européen des Écoles-santé, le Réseau des Villes-santé et le Réseau des Régions-santé. Reconnaisant leur rôle et leur contribution potentielle, le Bureau régional renforcera ses processus de consultation et de collaboration avec la société civile, les ONG et les associations professionnelles et de patients concernées, libres de tout conflit d'intérêts avec le domaine de la santé publique. Les alliances entre organisations du secteur de la santé animées par les mêmes intérêts en matière de lutte contre les maladies non transmissibles sont des partenaires importants aux niveaux national et international.

## Références<sup>2</sup>

1. Améliorer la santé. 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/fr/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
2. Plan d’action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
3. Résolution 66/2. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2011 (A/RES/66/2 ; [http://www.un.org/fr/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/2](http://www.un.org/fr/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/2)).
4. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).
5. Progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles de Santé 2020. *In* : Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (chapitre 2 ; <http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>).
6. Résolution 68/300. Document final de la réunion de haut niveau de l’Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2014 (A/68/300 ; [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=/english/&Lang=F](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=/english/&Lang=F)).
7. World Economic Forum, World Health Organization. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum; 2011 ([http://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary/en/](http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/)).
8. Wismar M, Martin-Moreno JM. Intersectoral working and Health in All Policies. *In*: Facets of public health in Europe, 199–216. Maidenhead, New York: Open University Press; 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/facets-of-public-health-in-europe>).

---

<sup>2</sup> Toutes les références ont été consultées le 1<sup>er</sup> juillet 2016 (en anglais) et le 14 juillet 2016 (en français).

9. Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (EUR/RC65/16 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6516-promoting-intersectoral-action-for-health-and-well-being-in-the-who-european-region-health-is-a-political-choice>).
10. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>).
11. Integrating NCDs into the UNDAF design processes and implementation. *In: Noncommunicable diseases and mental health [website]*. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/highlights/undaf/en/>).
12. Cardiovascular disease and diabetes: policies for better health and quality of care. *In: OECD Health Policy Studies*. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. doi:10.1787/9789264233010-en.
13. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (Policy Summary 6; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case>).
14. Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (EUR/RC65/10 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6510-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025>).
15. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (EUR/RC65/9 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).
16. Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (EUR/RC64/14 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).

17. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>).
18. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (updated reprint). Copenhagen: Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2014 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
19. Déclaration de Minsk : l’adoption d’une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020>).
20. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galean G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>).
21. Investir dans l’enfance : le plan d’action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2014 (EUR/RC64/13 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>).
22. L’environnement et la santé dans la Région européenne de l’OMS : progrès, défis et enseignements tirés. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (EUR/RC65/11 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6511-environment-and-health-in-the-who-european-region-progress,-challenges-and-lessons-learned>).
23. Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (EUR/RC65/13, <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
24. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(9):508–30. doi:10.1038/nrcardio.2015.82.

25. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note (2015). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>).
26. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>).
27. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (EUR/RC62/12 Rev. 1, <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6212-rev.1-european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
28. Goryakin Y, Roberts B, McKee M. Price elasticities of alcohol demand: evidence from Russia. *Eur J Health Econ.* 2015;16(2):185–99. doi:10.1007/s10198-014-0565-9.
29. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction.* 2015;110(8):1232–46. doi:10.1111/add.12855.
30. Empower women: combating tobacco industry marketing in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2010/empower-women-combating-tobacco-industry-marketing-in-the-who-european-region>).
31. Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/fr/>).
32. Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant : directive. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 ([http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars\\_intake/fr/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/fr/)).
33. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2014;371(7):624–34. doi:10.1056/NEJMoa1304127.
34. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>).
35. Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012

(EUR/RC62/10 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).

36. Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>).
37. Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>).
38. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e7191. doi:10.1136/bmj.e7191.
39. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD011273. doi:10.1002/14651858.CD011273.pub2.
40. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(6):636–48. doi:10.1177/2047487315569401.
41. Implementation tools: Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/implementation\\_tools\\_WHO\\_PEN/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/)).
42. Baker MA, Harries AD, Jeon CY, Hart JE, Kapur A, Lönnroth K et al. The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review. *BMC Med*. 2011;9:81. doi:10.1186/1741-7015-9-81.
43. Poole P, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD002733.
44. European vaccine action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>).
45. Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (EUR/RC65/17 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional>).

committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020).

46. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(6):CD005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3.
47. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(4):CD008958. doi:10.1002/14651858.CD008958.pub2.
48. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD006955. doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3.
49. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007569. doi:10.1002/14651858.CD007569.pub3.
50. Piepoli, MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J.* 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehw106 [e-pub ahead of print].
51. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9984):2255–63. doi:10.1016/S0140-6736(15)60461-5.

= = =