



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire

CD48/5 (Fr.)
20 août 2008
ORIGINAL: ANGLAIS

MÉTHODES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE ET DE L'OBÉSITÉ

Introduction

1. L'obésité et le diabète affectent lourdement, et de plus en plus, les Amériques. D'après les sondages nationaux, la prévalence de l'obésité s'accroît dans toutes les tranches d'âge. Sept à douze pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans et un cinquième des adolescents sont obèses¹ tandis que le taux de surpoids et d'obésité chez les adultes frise 60%^{2,3,4}. Or, l'obésité est le grand facteur de risque de diabète sur lequel on peut agir⁵. Selon les estimations, le nombre de diabétiques en Amérique latine devrait connaître une progression supérieure à 50 %, passant de 13,3 millions en 2000 à

¹ Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie mondiale de l'OMS sur le régime alimentaire, l'exercice physique et la santé (DPAS), plan de mise en oeuvre 2006-2007 pour l'Amérique et les Caraïbes. (Document non publié) : 2006.

² Belize, ministère de la Santé : Organisation panaméricaine de la santé. Initiative sur le diabète en Amérique centrale (CAMDI). Sondage sur les facteurs de risque concernant le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies chroniques, Belize City, Belize. Washington, D.C. OPS/OMS ; 2007 (sous presse).

³ Nicaragua, ministère de la Santé : Organisation panaméricaine de la santé. Initiative sur le diabète en Amérique centrale (CAMDI). Sondage sur les facteurs de risque concernant le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies chroniques, Managua, Nicaragua. Washington, D.C. OPS/OMS ; 2007 (sous presse).

⁴ El Salvador, ministère de la Santé : Organisation panaméricaine de la santé. Initiative sur le diabète en Amérique centrale (CAMDI). Sondage sur les facteurs de risque concernant le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies chroniques, Santa Tecla, El Salvador. Washington, D.C. OPS/OMS ; 2007 (sous presse).

⁵ Astrup A. Finer N. Redefining type 2 diabetes: "diabesity" or "obesity dependent diabetes mellitus"? *Obes Rev* 2000; 1:57-90.

32,9 millions en 2030⁶. Le diabète et l'obésité, qui ont cessé d'être des « maladies de riches », frappent de manière disproportionnée les pauvres⁷ et les moins instruits de la Région^{8,9}. En 2006, les ministres de la Santé à travers des Amériques ont adopté la Stratégie régionale et le plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé (CD47/17, Rév. 1). Eu égard au profil des cas d'obésité et de diabète qui se renforce dans les Amériques et forts des preuves qu'il existe des interventions efficaces au plan coûts pour prévenir et prendre en charge ces états, c'est maintenant qu'il faut faire de leur mise en œuvre une priorité.

Données générales

2. Le surpoids chez l'adulte correspond à un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m² et l'obésité à un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m². Les recherches établissent un lien solide et systématique entre l'obésité et le diabète. Une hausse de l'IMC est liée à un risque de diabète plus élevé,^{10,11} et l'obésité abdominale ou centrale apparaît comme un prédicteur fort de diabète¹².

3. Le diabète mellitus est une maladie chronique du métabolisme qui se caractérise par une teneur élevée de glucose (hyperglycémie) dans le sang et une insuffisance absolue ou relative de sécrétion et, ou d'activité de l'hormone insuline¹³. Il y a trois grandes catégories de diabète : le type 1, le type 2 et le diabète gestationnel. Le diabète de type 2, qui est le plus courant avec 85 et 90 % des cas, est lié à des facteurs de risque

⁶ Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2020. *Diabetes Care* 2004; 27(5):1047-1053.

⁷ Organisation mondiale de la Santé. Prévenir les maladies chroniques : un investissement vital. Genève. Organisation mondiale de la santé : 2005.

⁸ Ragoobirsingh D, Lewis-Fuller E, Morrison E Y St. A. The Jamaican Diabetes Study. A protocol for the Caribbean. *Diabetes care* 1995; 18(9):1277-1282.

⁹ Barceló A, Peláez M, Rodriguez-Wong L, Pastor-Valero M. The prevalence of diagnosed diabetes among the elderly in seven cities in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health* 2006; 18(2):224-239.

¹⁰ Ford ES, Williamson DH., Liu S. Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults. *American Journal of Epidemiology* 1997; 146(3):214-222.

¹¹ Resnich HE, Valsania P, Halter JB, Lin X. Relation of weight gain and weight loss on subsequent diabetes risk in overweight adults. *J Epidemiology Community Health* 2000; 596-602.

¹² Meisinger C, Döring A, Thorand B, Heier M, Löwel H. Body fat distribution and risk of type 2 diabetes in the general population: are there differences between men and women? The MONICA/KORA Augsburg Cohort Study. *Am J Clin Nutr* 2006; 84: 483-489.

¹³ Organisation mondiale de la Santé. Prévention du diabète mellitus et de ses complications. Genève : Organisation mondiale de la Santé : 2008 (sous presse).

sur lesquels on peut peser, comme l'obésité ou le surpoids, le manque d'exercice physique et un régime hypercalorique de valeur nutritionnelle faible. La non pratique de l'allaitement au sein ou l'allaitement au sein de courte durée pendant la première année de vie est associée à un risque accru de surpoids ou obésité et de diabète de type 2 en comparaison à l'allaitement au sein pendant une période plus longue. L'hyperglycémie intermédiaire, ou plus couramment « prédiabète », est une composante du syndrome métabolique, qui se caractérise par la présence du prédiabète de pair avec un autre facteur de risque de maladie cardiovasculaire (MCV) (hypertension, obésité du tronc supérieur ou dyslipidémie). D'après des estimations récentes et en ordre décroissant, la prévalence du diabète la plus forte est signalée au Belize (12,4 %) et aux Mexique (10,7 %) ¹⁴, ce pourcentage variant entre 8 et 10 % à Managua, Guatemala City ¹⁵ et Bogota. ¹⁶ Les toutes dernières données en provenance des États-Unis ^{17,18,19} font état d'un taux de prévalence diabétique de 9,3 % contre 15,7 % dans la région frontalière entre les États-Unis et le Mexique. ²⁰

4. Le fardeau que l'obésité et le diabète font peser sur la société et la personne se traduit surtout par un surcroît d'invalidité et de mortalité précoce par suite de complications. Les complications du diabète et la mortalité précoce seraient exacerbées par une piètre qualité de soins. Le risque de mourir de maladie cardiovasculaire et de toute autre cause est deux à trois fois plus élevé pour le diabétique que pour ses pairs non

¹⁴ Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernandez G, Sanchez-Castillo C, Attie F. Et autres. Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000. Arch Cardiol Mex 2003; 73(1):62-77.

¹⁵ Guatemala, ministère de la Santé : Organisation panaméricaine de la santé. Initiative sur le diabète en Amérique centrale (CAMDI). Sondage sur les facteurs de risque concernant le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies chroniques, Villanueva, Guatemala. Washington, D.C. OPS/OMS ; 2007.

¹⁶ Schargrodsky H, Hernandez-Hernandez R, Marcet Champagne B, Silva H, Vinueza R, Silva Ayçaguer LC, et al. For the CARMELA Study Investigators. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. The American Journal of Medicine 2008;121(1):58-65.

¹⁷ Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the US population. National Health and Nutrition Examination Survey 1999)2002. Diabetes Care 2006/29(6):1263-1268.

¹⁸ National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005, assorti d'un livret de graphiques sur les tendances concernant la santé des Américains. Hyattsville : U.S. Department of Health and Human Services; 2005.

¹⁹ Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States. 1999)2004. JAMA 2006; 295(13):1549-1555.

²⁰ Organisation panaméricaine de la santé. Projet de prévention et de lutte contre le diabète dans la région frontalière américano-mexicaine. Premier compte rendu de résultats. Disponible sur : <http://www.fep.paho.org/english/publicaciones/Diabetes/Diabetes%20first%20report%20of%20Results.pdf>. Consulté le 21 février 2007.

atteints de la maladie.^{21,22} Après 20 années de diabète, la fréquence des complications chroniques en cadre clinique dans six pays d'Amérique latine²³ a été établie à 48 % pour la rétinopathie, 6,7 % pour la cécité, 42 % pour la neuropathie, 1,5 % pour les lésions rénales, 6,7 % pour l'infarctus du myocarde (crise cardiaque), 3,3 % pour l'accident vasculaire cérébral et 7,3 % pour l'amputation d'un membre inférieur. Certains groupes de population sont particulièrement exposés au risque de complications. À titre indicatif, des études de cohorte au Barbade font état d'une incidence élevée d'amputation du membre inférieur (936 pour 10⁵) et un taux de prévalence de rétinopathie de 28,5 % parmi les personnes de race noire.^{24,25} Le coût des soins à un diabétique est deux à trois fois plus élevé que chez le sujet sans diabète²⁶. En l'an 2000, le coût du diabète dans la Région a été estimé à US\$ 65,2 milliards, dont US\$ 10,7 milliards en coûts directs et US\$ 54,5 milliards en coûts indirects.^{27,28} En 2006, le coût du diabète dans quelques pays a été établi dans une fourchette de 0,4 % à 2,3 % du PNB.²⁹ Alors qu'il est largement possible d'éviter le diabète et ses complications, on constate des carences généralisées tant au niveau de l'accès à des services de santé de qualité que de la connaissance des mesures permettant de prévenir la maladie.

²¹ Kleinman JC, Donahue RP, Harris MI, Finucane FF, Madans JH, Brock DB. Mortality among diabetics in a national sample. *Am J Epidemiol* 1988;128(2):389-401.

²² Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Li X, Leske MC; Barbados Eye Study Group. Diabetes in a Caribbean population: epidemiological profile and implications. *Int J Epidemiol* 2002;31(1):234-239.

²³ Gagliardino JJ, Hera M, Siri F et QUALIDIAB Group. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabética en América Latine. *Pan-American Journal of Public Health* 2001 ;10(5) :309-317.

²⁴ Hennis AJ, Fraser HS, Jonnalagadda R, Fuller J, Chaturvedi N. Explanations for the high risk of diabetes-related amputation in a Caribbean population of Black African descent and potential for prevention. *Diabetes Care* 2004;27(11)/2636-2641.

²⁵ Lezské MC, Wu SY, Hyman L, Li X, Hennis A, Connell AM, Schachat AP. Diabetic retinopathy in a black population: the Barbados Eye Study. *Ophthalmology* 1999;106(10)/1893-1899.

²⁶ International Diabetes Federation. *The Economic Impact of Diabetes in Diabetes Atlas Third Edition*, Bruxelles: IDF:2006.

²⁷ Barceló A, Aedo C, Rapatak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ* 2003;81(1):19-27.

²⁸ Narayan KMV, Zhang P, Kanaya AM, Williams DE, Engelgau ME, Imperatore G, Ramachandran A. *Diabetes: The Pandemic and Potential Solution in Disease Control Priorities in Developing Countries: Second Edition* New York: Oxford University Press and the World bank: 2006.

²⁹ CARICOM. Sommet des Chefs de gouvernement sur les maladies non transmissibles. Disponible sur : http://www.caricom.org/isp/community/chronic_non_communicable_diseases/diabetes_hypertension.jsp . Consulté le 1^{er} mai 2008.

5. L'épidémie d'obésité, qui est en filigrane de la poussée de diabète, est largement le fruit d'une tendance double qui est la modification des profils alimentaires et la diminution de l'activité physique. La plupart des pays des Amériques connaissent une redéfinition de leurs habitudes alimentaires qui les amènent à se détourner des fruits, légumes, grains entiers, céréales et légumineuses, au profit d'aliments très énergétiques, riches en matières grasses saturées, sucres et sel. De pair avec le fait que 30 à 60 % de la population ne pratique pas d'exercice physique au niveau minimal recommandé (par exemple, 30 minutes de marche par jour), ce profil contribue pour une grande part au pourcentage élevé de surpoids et d'obésité dans la Région. Une série de transitions du milieu, plutôt qu'un recul du savoir ou de l'auto-efficacité, est largement responsable des changements constatés dans les habitudes d'alimentation et d'exercice physique.^{30,31} Les politiques des pouvoirs publics, les forces de marché régionales et mondiales, le caractère inadéquat des interventions face à l'évolution des profils démographiques, les progrès technologiques qui accentuent le rythme des changements de comportements et de modes de vie ainsi que le manque de conscientisation et d'action de la part de la société civile sont autant de facteurs essentiels propices à la propagation des épidémies d'obésité et de diabète. Pour autant, les déterminants forts de l'obésité, du surpoids et du mauvais état de santé que sont les facteurs sociaux et environnementaux présentent un domaine d'intervention pertinent au sujet lequel existent des preuves qui peuvent d'orienter la prise de mesures.

6. Dans bien des pays, l'obésité et le diabète touchent les femmes de manière disproportionnée. Le diabète gestationnel, en particulier, nuit à la mère et à l'enfant augmentant la fréquence de la morbidité et de la mortalité périnatales. En outre, l'obésité et le diabète de la mère exposent plus l'enfant au risque d'apparition du diabète au cours de sa croissance, d'où ce cercle vicieux que l'obésité et le diabète engendre plus de diabète.³² Le diabète a également des effets sur d'autres conditions médicales ; déprimant les défenses immunitaires, il est associé à la tuberculose, un lien qui peut avoir des répercussions sur la santé publique vu que l'épidémie de diabète prend de l'ampleur.^{33,34}

³⁰ Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health* 2006;27:297-322.

³¹ Uauy R, Monteiro CA. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. *Food and Nutrition Bulletin* 2004;25(2):175-182.

³² Dabelea D, Mayer-Davis EJ, Lamichhane AP, D'Agostino RB Jr, Liese AD, Vehik KS, Venkat Narayan KM, Zeitler P, Hamman RF. Association of Intrauterine Exposure to Maternal Diabetes and Obesity with Type 2 Diabetes in Youth: The SEARCH Case-Control Study *Diabetes Care* [Epub avant impression] ; 2008.

³³ Stevenson CR, Forouhi NG, Roglic G, Williams BG, Lauer Ja, Dye C, Unwin N. Diabetes and tuberculosis: the impact of the diabetes epidemic on tuberculosis incidence. *BMC Public Health* 2007;7(147):234.

La relation citée entre diabète et morbidité de la mère et du nouveau-né, et tuberculose est susceptible d'entraver la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans beaucoup de pays de la Région. Qui plus est, la faiblesse pondérale à la naissance est liée à un risque accru de contracter le diabète de type 2 à l'âge adulte,^{35,36} un élément susceptible d'exacerber l'épidémie de diabète dans les pays à moyens et à faibles revenus qui continuent à se heurter au problème très fréquent de l'insuffisance pondérale à la naissance.

7. La communauté internationale a posé les grandes lignes du problèmes concernant les maladies chroniques en adoptant la Stratégie globale de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies chroniques (WHA53.17, 2000), la Convention-cadre pour la lutte antitabac (WHA56.1, 2003), la Stratégie globale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé (WHA57.17, 2004) Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (WHA55.25) et, tout dernièrement, la Stratégie régionale de nutrition en santé et en développement 2006-2007 (CD47/18), et Stratégie régionale susmentionnée sur les maladies chroniques (CD47/17, Rév.1). L'Assemblée générale des Nations unies a reconnu le fardeau imputable au diabète en adoptant, en décembre 2006, une résolution faisant de la Journée internationale de lutte contre le diabète un jour officiel de l'ONU (A/RES/61/225). Il y a plus de dix ans, le Conseil directeur de l'OPS adoptait la Déclaration des Amériques sur le diabète (DOTA),³⁷ un document historique exhortant à prendre des mesures destinées à prévenir le diabète et à améliorer sa prise en charge, en coopération avec la société civile. Depuis lors, l'OPS collabore avec l'Amérique centrale, les Caraïbes, l'Amérique du Sud et la région frontalière Etats-Unis/Mexique dans divers domaines, dont la lutte contre le diabète, le renforcement des capacités de surveillance, les campagnes de sensibilisation publique, la mise en œuvre de stratégies destinées à rehausser la qualité de la prise en charge des maladies chroniques, et la mise en place d'équipes spéciales sur des problèmes déterminés. L'OPS apporte également un soutien à plusieurs États membres en matière de création, mise en œuvre, et évaluation de directives cliniques reposant sur des données probantes pour la prévention et la lutte contre le diabète, la mise en place et réalisation de programmes de formation et d'éducation sur le diabète (face-à-face et sur l'internet) ainsi que pour l'analyse de politiques concernant le diabète et l'obésité. La présente proposition accorde la priorité

³⁴ Stevenson CR, Critchley JA, Forouhi NG, Roglic G, Williams BG, Dye, C, Unwin NC. Diabetes and the risk of tuberculosis: a neglected threat to public health? *Chronic Illness* 2007; 3(3):228-245.

³⁵ Dabelea D, Hanson RL, Bennett PH, Roumain J, Knowler WC, Pettitt DJ. Increasing prevalence of type II diabetes in American Indian children. *Diabetologia* 1998;41:904-910.

³⁶ Hales CN, Barker DJ, Clark PM, Cox LJ, Fall C, Osmond C, et al. Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. *BMJ* 1991; 303:1019-1022.

³⁷ Organisation panaméricaine de la santé. 39^e Conseil directeur. Diabètes dans les Amériques. 23 juillet 1996 (CD 39/19).

aux mesures axées sur l'obtention de résultats que les États membres peuvent prendre, même en situation de ressources limitées, pour relever les défis de l'obésité et du diabète.

Analyse : Interventions pour la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète

8. Les stratégies de prévention et de prise en charge sont d'une importance cruciale pour inverser le cours de l'évolution de l'obésité et du diabète. Il est prouvé que le risque de maladie chronique commence dans la matrice et continue jusqu'à un âge avancé.³⁸ Ce sont donc des stratégies correctrices à tous les stades du cycle de vie qui sont nécessaires en portant, notamment, un intérêt particulier à l'obésité et au diabète chez les femmes en âge de procréer. La fréquence des soins médicaux et des dépenses de santé s'accroît nettement chez les diabétiques, jusqu'à huit ans avant l'apparition des signes cliniques.³⁹ C'est dire que les personnes les plus exposées au risque de diabète de type 2 sont en contact avec le système de santé avant que les troubles cliniques de la maladie deviennent perceptibles et qu'il est donc possible de les identifier. Le prédiabétique court plus de risques de contracter le diabète et une maladie cardiovasculaire. Or les services de dépistage du diabète facilitent l'identification en temps utile de ces sujets à risque ou de ceux en stade précoce d'obésité et de diabète, lorsque le traitement non pharmacologique reste encore une option de choix. Les études prouvent qu'un tiers environ des diabétiques de type 2 n'ont pas été diagnostiqués comme tels et souffrent déjà de complications lorsqu'ils le sont.

9. Les stratégies de prévention doivent emprunter deux approches : la méthode collective et la méthode individuelle, pour la personnes exposée à haut risque. La formule collective s'articule principalement autour d'activités de promotion de la santé et d'interventions dirigées vers le milieu (physique, social, économique et réglementaire). À titre indicatif, on a calculé qu'en remplaçant 2 % de l'énergie que fournissent des acides transgras par des corps gras insaturés l'incidence du diabète de type 2 reculerait de 40 %.⁴⁰ Les recherches établissent aussi que les moyens de transport public métropolitain

³⁸ Organisation mondiale de la Santé. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation mixte OMS/FAO. Rapport technique de l'OMS, série 916, Organisation mondiale de la Santé : Genève ; 2003.

³⁹ Nichols GA, Glauber HS, Brown JB. Type 2 diabetes: incremental medical care costs during the first 8 years after diagnosis. *Diabetes Care* 2001; 23(11):1660-1665.

⁴⁰ Willett WC, Koplan JP, Nugent R, Dusenbury 2006. C.Puska P, Gaziano TA. Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestyle changes. Dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, deuxième édition. New York: Oxford University Press et la Banque mondiale: 2006.

se rattachant à des allées piétonnières ou à des pistes cyclables favorisaient la pratique de l'exercice physique quotidien.⁴¹

10. La méthode individuelle met l'accent sur les individus à haut risque ou sur les sujets affectés, par le biais d'interventions directes. Pour la prévention primaire de l'obésité et du diabète, la méthode individuelle se fonde sur la reproduction des essais avec répartition aléatoire des sujets comme dans le Programme de prévention du diabète (PPD)⁴² aux Etats-Unis, le Programme finlandais sur le diabète⁴³ et l'Étude Da Qin en Chine^{44,45}. Ces analyses ont prouvé qu'une intervention intensive sur le mode de vie a permis d'aboutir à une baisse de poids ainsi qu'à prévenir ou à retarder l'apparition du diabète de type 2 chez des individus à risque. Les stratégies de prévention secondaire visent à faire reculer la mortalité et la prévalence des complications chez les sujets ayant reçu un diagnostic de diabète. Les données qui prouvent le caractère probant des stratégies de prévention secondaire sont largement disponibles ; à titre indicatif, l'étude prospective menée sur le diabète au Royaume-Uni indique qu'un contrôle strict de la tension artérielle chez les diabétiques de type 2 réduit de 24 % le risque de voir apparaître tout symptôme définitif en rapport avec cette maladie.⁴⁶

11. La méthode collective et la méthode individuelle, qui sont complémentaires, fonctionnent de manière optimale lorsqu'elles sont étroitement combinées. Les mesures qui sont recommandées pour la prévention primaire et secondaire de l'obésité et du diabète au plan collectif et individuel sont indiquées au tableau 1. Le choix est sans ambiguïté et l'inaction trop empreinte de risques ; il est temps de donner la priorité à de telles stratégies au sein de la Région.

⁴¹ Jacoby ER, Motezuma R, Rice M, Malo M, Crespo C. Transportation, Urban development, and public safety in Latin America: Their importance to public health and an active lifestyle. Dans Nutrition and an active life. From knowledge to action. Publication scientifique et technique no. 612. Washington DC: Organisation panaméricaine: 2005.

⁴² Diabetes Prevention Program Research Group. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*. 2002;346:393-403.

⁴³ Laaksonen DE, Lindstrom J, Lakka TA, riksson JG, Niskanen L, Wikstrom K et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes : the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*. 2005;54 :158-165.

⁴⁴ Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997;20:537-544.

⁴⁵ Li G. Réunion annuelle de l'Association américaine sur le diabète. Dossier d'abrégés. Sous presse : 2008.

⁴⁶ UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *B.J* 1998;317:703-713.

Proposition relative à la prévention et à la prise en charge du diabète et de l'obésité dans les Amériques

12. Les approches suivantes s'articulent le long de cinq axes d'intervention stratégique qui constituent les fondements des mesures destinées à remédier à l'obésité et au diabète dans la Région. Il faut assortir ces stratégies des mécanismes appropriés au plan du financement et de la définition de politiques pour veiller à l'accès aux soins et aux moyens requis pour faire face à la double épidémie d'obésité et de diabète.

Prévention primaire de l'obésité et du diabète

Méthode collective (approche population)

13. À l'échelon collectif, la prévention primaire menée par le biais d'activités visant la promotion de la santé et l'élaboration de politiques publiques propices a été axée sur les denrées et le régime alimentaires, l'exercice physique et l'établissement de cadres favorables au bien-être. Au nombre des mesures essentielles à prendre, citons la création d'incitations budgétaires et politiques pour encourager la production et la consommation d'aliments sains, la préparation de lignes directrices sur le marchandisage et la vente des denrées destinées aux enfants, une large promotion de la consommation de fruits et de légumes, la suppression des acides transgras dans les mets préparés, des initiatives favorables à la bonne forme sur le lieu du travail, des programmes de cours sur l'éducation physique, des programmes d'alimentation saine dans les cantines scolaires, une planification de l'espace urbain favorable à la marche et à l'usage de la bicyclette, un meilleur accès aux aires de loisirs et de sports par le biais de partenariats et des campagnes de sensibilisation de grande envergure.

Méthode individuelle

14. Il s'agit d'établir et d'appliquer des lignes directrices pour la prévention de l'obésité et du diabète dans les soins de santé primaire, notamment en ce qui concerne les menus et les plans d'exercice, ou les médicaments si besoin est.

Dépistage du diabète et du prédiabète, y compris identification des sujets atteints de surpoids ou d'obésité.

Méthode individuelle

15. Il s'agit d'identifier les personnes exposées au risque de contracter le diabète (qui présentent deux facteurs de risque ou plus de diabète de type 2, comme avoir 40 ans ou plus, des antécédents familiaux de diabète, de l'hypertension artérielle, un passé d'hyperglycémie ou de diabète gestationnel, ou une surcharge pondérale) lorsque les

services de prévention sont disponibles et d'inscrire ces sujets à des programmes de réduction de poids ou à des cours qui leur apprendront les soins à se prodiguer pour la prise en charge de leur obésité et de leur diabète.

Améliorer la prise en charge de l'obésité et du diabète

Méthode collective

16. Il serait souhaitable d'élaborer et d'appliquer des normes relatives aux soins et à la prise en charge de l'obésité et du diabète à l'échelon des soins primaire. Le modèle de soins chroniques est un cadre qui permet de repérer les lacunes dans les soins, le but étant de concevoir des stratégies aux fins d'améliorer la qualité. L'adoption de ce modèle au plan national est susceptible de faciliter une meilleure prise en charge. De plus, la liste des médicaments essentiels devrait inclure ceux qui sont nécessaires à la prise en charge du diabète, y compris l'insuline, la metformine et la glibenclamide. Dans les cadres mieux dotés en moyens de santé, il faut fortement encourager l'accès aux médicaments qui amenuisent la teneur en lipides et la tension artérielle ainsi que le recours à certaines procédures de diagnostic et de traitement.

Méthode individuelle

17. L'ouverture de services de proximité au sein de la société civile est un moyen d'apporter un appui supplémentaire aux personnes souffrant d'obésité et de diabète.

Prévention secondaire des complications

Méthode collective

18. Les stratégies prévoient, entre autres, l'éducation du patient et du prestataire de services, les initiatives visant la cessation du tabac, une augmentation de l'exercice physique et une alimentation saine.

Méthode individuelle

19. Plusieurs stratégies prouvées sur le plan clinique se prêtent à la prévention secondaire des complications, notamment :

- des maladies cardiovasculaires (MCV) : contrôle de la glycémie,⁴⁷ de l'hypertension artérielle, cessation du tabagisme,^{48,49} traitement à l'aspirine,^{50,51} traitement réducteur des lipides,^{52,53,54,55,56} prise d'inhibiteurs du système RAS (rénine-angiotensine).⁵⁷

⁴⁷ Stratton IM, Adler AI, Heil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *B.J.*, 2000;321:405-12.

⁴⁸ Lotufo PA, Gaziano JM, Chae CU, Ajani UA, Moreno-John G, Buring JE, et al. Diabetes and all-cause and coronary heart disease mortality among US male physicians. *Archives of Internal Medicine.* 2001;161:242-7.

⁴⁹ Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Krolewski AS, Rosner B, et al. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Archives of International Medicine.* 1991;151:1141-7.

⁵⁰ ETDRS Investigators. Aspirin effects on mortality and morbidity in patients with diabetes mellitus. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report 14, *JAMA*, 1992;268:1292-300.

⁵¹ Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet*, 1998;351:1755-62.

⁵² Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364:685-96.

⁵³ Soedamah-Muthu SS, Colhoun HM, Thormason MJ, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, et al. The effect of atorvastatin on serum lipids, lipoproteins and NMR spectroscopy defined lipoprotein subclasses in type 2 diabetic patients with ischaemic heart disease. *Atherosclerosis*, 2003; 167:243-55.

⁵⁴ Heart Protection Study Collaborative G. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*, 2003; 361:2005-16.

⁵⁵ Frick MH, Elo O, Haapa K, Heinonen OP, Heinsalmi P, Helo P. et al. Helsinki Heart Study: primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine.* 1987; 317:1237-45.

⁵⁶ Rubins HB, Robins SJ, Colins D, Fye CL, Anderson JW, Elam MB, et al. Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of high-density lipoprotein cholesterol. *New England Journal of Medicine.* 1999; 341:410-8.

⁵⁷ Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, Keane WF, Mitch WE, Parving HH, et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *New England Journal of Medicine.* 2001; 345:861-9.

- Néphropathie (lésion du rein) : contrôle de la glycémie, de l'hypertension et médicaments dont traitement aux inhibiteurs du système RAS,^{58,59} blocage du récepteur de l'angiotensine (RA) et prise d'une enzyme de conversion de l'angiotensine (EC).⁶⁰
- Rétinopathie : contrôle de la glycémie,^{61,62} contrôle de la tension artérielle,^{46,63} traitement réducteur des lipides.⁶⁴
- Cécité : examens annuels des yeux et traitement sans tarder des problèmes afin de réduire au plus la perte de vision^{65,66} ce qui inclut la chirurgie panrétinale au laser pour les yeux atteints de rétinopathie proliférante avancée, et photocoagulation focale au laser pour les yeux atteints d'œdème maculaire qui pose une menace clinique significative pour la vision.

⁵⁸ Parving HH, Lehnert H, Brochner-Mortensen J, Gomis R, Andersen S, Amer P, et al. The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345:870-8.

⁵⁹ Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, Berl T, Pohl MA, Lewis JB, et al. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345:851-60.

⁶⁰ Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP, Rohde RD. The effect of angiotensin-converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group, *New England Journal of Medicine*. 1993; 329:1456-62.

⁶¹ Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis MD, DeMets DM. Glycosylated hemoglobin predicts the incidence and progression of diabetic retinopathy. *JAMA*, 1988; 260:2864-71.

⁶² Diabetes control and Complications Trial Research Group. The relationship of glycemic exposure (HbA1c) to the risk of development and progression of retinopathy in the diabetes control and complications trial. *Diabetes*, 1995;44:968-83.

⁶³ Matthews DR, Stratton IM, Aldington SJ, Holman RR, Kohner EM, Group UKPDS. Risks of progression of retinopathy and vision loss related to tight blood pressure control in type 2 diabetes mellitus: UKPDS 69. *Archives of Ophthalmology*, 2004;122:1631-40.

⁶⁴ Keech AC, Mitchell P, Summanen PA, O'Day J, Davis TME, Moffitt MS, et al. Effect of enofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study: a randomized controlled trial *Lancet*, 2007;370:1687-97.

⁶⁵ American Academy of Ophthalmology. Preferred practice pattern: diabetes mellitus: San Francisco/ American Academy of Ophthalmology; 2005.

⁶⁶ American Optometric Association, Optometric Clinical Practice guideline: care of the patient with diabetes mellitus. St Louis, Missouri: American Optometric Association, 2002.

- Amputations : examen du pied et apprentissage des soins à apporter au reste du membre amputé.⁶⁷

Surveillance et suivi

Méthode collective

20. La surveillance du diabète et de l'obésité dans les populations peut être effectuée à partir de sources d'information diverses, notamment de sondages périodiques collectifs, des chiffres de services de santé, de sondages dans les écoles et des informations chiffrées tirées de l'état civil à intervalles réguliers. Plusieurs pays des Amériques suivent aujourd'hui les facteurs de risque concernant les maladies chroniques à l'aide de la méthodologie panaméricaine STEPS, méthode simple et standardisée de collecte, d'analyse et de diffusion des données sur les facteurs de risque.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

21. Après examen de l'information donnée dans ce document, le Conseil directeur est prié d'envisager l'adoption de la résolution recommandée par la 142^e Session du Comité exécutif dans la Résolution CE142.R6 (voir Annexe C).

⁶⁷ Klonoff, D.C., and D. M. Schwartz. An Economic Analysis of Interventions for Diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23(3): 990-404.

Tableau 1 : Interventions destinées à la prévention et à la prise en charge de l'obésité, du diabète et de leurs complications

<p>Histoire naturelle de l'obésité et du diabète →</p>	<p>Manque d'exercice physique et régime alimentaire hypercalorique ↓ Surpoids / Obésité ↓ Hyperinsulinémie ↓ Résistance à l'insuline ↓ Hyperglycémie intermédiaire →</p>	<p>Diabète clinique et complications : neuropathie, maladie des yeux, cécité, néphropathie, défaillance rénale, maladie vasculaire périphérique et amputations</p>
<p>Niveau de prévention → Méthode d'intervention ↓</p>	<p>Prévention primaire</p>	<p>Prévention secondaire et tertiaire</p>
<p>Méthode individuelle →</p>	<p>Introduire le conseil sur la nutrition et l'exercice physique dans les services de santé. Fournir information, éducation et conseil par le biais des services de santé. Incorporer la prévention de l'obésité et du diabète dans les services de soins préventifs courants. Identification des personnes exposées au risque de devenir obèses ou diabétiques et inscription de ces sujets à des programmes de perte de poids.</p>	<p>Introduire le conseil sur la nutrition et l'exercice physique dans les services de santé Inciter le sujet à prendre lui-même en charge le suivi et le contrôle de sa glycémie. Mesurer régulièrement et contrôler la tension artérielle. Dresser tous les ans le profil des lipides et en assurer le contrôle. Apprendre comment un bon régime alimentaire et l'exercice physique sont favorables au maintien de la santé et d'une bonne teneur en lipides. Apprendre les soins des pieds. Subir un examen des yeux tous les ans et dépister les néphropathies. Élargir l'accès aux médicaments essentiels. Instaurer un programme pour vérifier la prise des médicaments prescrits sous ordonnance.</p>
<p>Méthode collective →</p>	<p>En matière de denrées et de régime alimentaires <i>Intervention sur l'offre :</i> Promouvoir les politiques agricoles adaptées. Éliminer les acides gras trans. Promouvoir l'agriculture en milieu urbain. Améliorer les programmes de cantine scolaire. Améliorer les programmes de cantine scolaire. Incorporer le concept de la santé dans le commerce international des denrées alimentaires. Créer des incitations à la fabrication de produits meilleurs pour la santé. <i>Interventions sur la demande :</i> Promouvoir la dissémination d'information exactes et objectives, et l'éducation. Élaborer ou actualiser les lignes directrices nationales sur les denrées et le régime alimentaires. Améliorer l'étiquetage des produits. Améliorer le prix relatif des denrées alimentaires. Élaborer les lignes directrices / règlements régissant la vente et la publicité destinées aux enfants. En matière d'exercice physique <i>Interventions sur l'environnement : Approches institutionnelles.</i> Encourager la promotion de l'exercice physique sur les lieux de travail. Instaurer des programmes d'éducation physique dans les écoles. <i>Interventions sur l'environnement : Approches urbaines.</i> Transport et planification urbaine. Loisirs et sports.</p>	<p>Promouvoir l'exercice physique quotidien et le contrôle du poids corporel à l'aide de campagnes de communication et d'information et de campagnes dans les mass médias. Adopter des politiques et mettre en place des cadres physiques propices à une bonne alimentation et à l'exercice physique. Établir des partenariats avec l'industrie alimentaire. Établir des partenariats avec des associations de loisirs et de sports. Instaurer des politiques et des mesures de financement/ assurance afin d'élargir l'accès à la panoplie appropriée de services intégrés en cadres de soins privés et hospitaliers. Assurer le suivi des systèmes de couverture et une qualité de soins assujettie à des normes régionales convenues. Assurer la surveillance du diabète, de l'obésité et d'autres facteurs de risque.</p>



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

CD48/5 (Fr.)
Annexe B

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX SECTEURS ORGANISATIONNELS**

1. Point de l'ordre du jour : 4.1	2. Titre du point de l'ordre du jour : Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité
3. Unité responsable : HDM	
4. Responsables de la préparation : Jarbas Barbosa et James Hospedales	
5. Liste des centres collaborateurs et d'institutions nationales liés au point de l'ordre du jour : Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA), La Plata, Argentina Instituto Nacional de Endocrinología, Havana, Cuba International Diabetes Center, Minneapolis, Minnesota (USA) Diabetes Translation, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia (USA) University of Indiana, Indianapolis, Indiana (USA)	
6. Lien entre le point de l'ordre du jour et l'Agenda de la santé pour les Amériques : Paragraphe 34 : Nous renforcerons la coopération et l'échange d'information dans la lutte contre les maladies chroniques ainsi que pour les maladies émergentes et ré-émergentes.	
7. Lien entre le point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012:	
Domaines d'action	Résultat escompté
Objectif stratégique 3.0	RER 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6,
Objectif stratégique 6.0	RER 6.2, 6.3, 6.5,
8. Pratiques optimales appliquées dans ce secteur et exemples tirés d'autres pays au sein des BR : Le Brésil et le Chili sont en train de mettre en oeuvre des politiques pour élargir l'accès à une prévention secondaire du diabète et autres maladies chroniques. Le Mexique fait un dépistage du diabète chez les personnes à haut risque.	
9. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour : Le coût estimé de la mise en oeuvre de cette stratégie dans les 11 pays s'élève à \$3,6 millions par exercice biennal.	



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 23-27 juin 2008

CD48/5 (Frg.)
Annexe C

ORIGINAL : ANGLAIS

RÉSOLUTION

CE142.R6

MÉTHODES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE ET DE L'OBÉSITÉ

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité* (document CE142/9),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité* (document CD48/5),

Notant la résolution CD47.R9 (2006), Stratégie et Plan d'action régionaux sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques y compris la nutrition, l'activité physique et la santé, qui préconisait une action intégrée pour prévenir et réduire le fardeau des maladies chroniques et les facteurs de risque apparentés dans les

Amériques; et la résolution CSP26.R15 (2002) sur la réponse de la santé publique aux maladies chroniques, qui reconnaît le lourd fardeau économique et social des maladies non transmissibles et qui recommande une coopération technique accrue et coordonnée de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Considérant la résolution WHA57.17, Stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la Santé (2004), qui met l'accent sur une approche intégrée et une collaboration intersectorielle pour améliorer la nutrition et intensifier l'activité physique;

Prenant en considération la résolution 61/225 de l'Assemblée générale des Nations Unies, la Journée mondiale du diabète (2006), qui reconnaît le diabète comme une maladie chronique, débiliteuse et coûteuse apparentée à des complications majeures qui pose des risques graves pour les familles, les pays et le monde entier et qui désigne le 14 novembre, l'actuelle Journée mondiale du diabète, comme une Journée des Nations Unies qui doit être observée chaque année à compter de 2007;

Considérant la résolution WHA61.23, Prévention et contrôle des maladies non transmissibles : Exécution de la Stratégie mondiale (2008), qui exhorte les États Membres à renforcer la capacité nationale et à accroître les ressources pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques;

Conscient que l'obésité et le diabète ont atteint des proportions épidémiques dans la Région et devraient continuer à augmenter si une action drastique n'est pas entreprise;

Notant que l'obésité et le diabète sont en grande partie évitables et que les faits scientifiques avérés et les interventions efficaces par rapport au coût sont disponibles et combinent des approches collectives et individuelles; et

Reconnaissant l'importance pour les gouvernements, le secteur privé, la société civile et la communauté internationale de renouveler leur engagement à la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) prioriser la prévention de l'obésité et du diabète et leurs facteurs de risque communs en établissant et/ou en renforçant les politiques et les programmes, en les intégrant dans les systèmes de santé publics et privés et en veillant à assurer une affectation adéquate des ressources pour mener à bien ces politiques et ces programmes;

- b) travailler au développement de politiques publiques qui permettent des choix de vie saine tels que la nutrition saine et de plus grandes opportunités d'activité physique;
- c) créer des partenariats et s'engager avec le secteur privé et la société civile afin que les consommateurs soient mieux informés, que des choix sains soient davantage disponibles et que des programmes abordables d'activité physique sur les lieux de travail soient mis en œuvre;
- d) créer des environnements positifs qui contribuent à la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète à travers de plus grandes opportunités d'activité physique et de choix d'une nutrition plus saine, en collaboration avec des secteurs extérieurs à celui de la santé publique;
- e) exécuter la Stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la santé et la Stratégie régionale et le Plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris la nutrition, l'activité physique et la santé;
- f) établir des incitations et des politiques qui favorisent la production et la consommation de fruits et légumes;
- g) améliorer l'étiquetage des aliments et l'éducation publique qui facilite le choix d'une nutrition saine;
- h) développer des directives et des politiques qui encouragent la commercialisation responsable des aliments pour les enfants et les adolescents;
- i) utiliser les médias (i.e., radio, télévision, presse écrite, internet) pour réaliser des campagnes d'éducation et disséminer l'information, y compris la communication médiatique de masse;
- j) améliorer la surveillance et le suivi de l'obésité et du diabète au niveau de la population, afin de plaider pour les politiques et évaluer les résultats;
- k) développer et exécuter des plans et des programmes pour améliorer la prise en charge de l'obésité et du diabète dans les systèmes de santé publics et privés, en intégrant la prévention dans les soins;
- l) réorienter les services de santé dans le contexte des soins de santé primaires pour assurer les ressources nécessaires pour les stratégies de prévention, y compris les moyens de diagnostic et les médicaments, pour une détection et un traitement

précoce de complications évitables et contrôlables du diabète avec des interventions d'une efficacité avérée, en particulier celles concernant les soins des pieds, la santé oculaire, la santé rénale, la glycémie et la pression sanguine.

2. De demander à la Directrice de :

- (a) développer des interventions intégrées pour la prévention et le contrôle de l'obésité et du diabète, y compris des normes et des protocoles, axées sur les besoins des pays à faible revenu et des populations vulnérables dans l'ensemble du réseau CARMEN;
- (b) appuyer les États Membres dans leurs efforts pour renforcer les systèmes d'information en santé afin de suivre l'obésité et le diabète et d'évaluer les résultats des interventions en santé publique;
- (c) appuyer les États Membres pour renforcer leur capacité, y compris la recherche, les moyens de diagnostic et le traitement, ainsi que les compétences du système de santé, en vue d'une prise en charge intégrée de l'obésité et du diabète;
- (d) développer de nouveaux partenariats ou renforcer les partenariats existants pour la mobilisation des ressources, le plaidoyer et la recherche collaborative relatifs à la prévention de l'obésité et du diabète.

(Huitième réunion, 26 juin 2008)



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

CD48/5 (Fr.)
Annexe D

Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées aux fins d'adoption par le Conseil directeur

1. Résolution : Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
Objectif stratégique 3.0	RER 3.1,3.2,3.3,3.5,3.6
Objectif stratégique 6.0	RER 6.2,6.3,6.5
3. Incidences financières	
a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : \$14,900,000.00 sur 7 ans	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : \$ 4,200,000.00	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? \$660,000.00	
4. Incidences administratives	
a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions :	
<ul style="list-style-type: none">• OPS Washington, DC, bureaux de pays OPS/OMS, et CAREC• La mise en œuvre commencera dans les pays prioritaires qui ont les taux les plus élevés d'obésité et de diabète : Belize, Bolivie, Equateur, El Paso (frontière Mexique-Etats-Unis), Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Suriname,	

Trinité-et-Tobago

- b) **Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent à plein temps, en précisant les qualifications requises) :**
2 FTE : un responsable médical et 1 assistant administratif

- c) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :**
2008-2015 (7 ans)