

55^e CONSEIL DIRECTEUR

68^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 7.12-C de l'ordre du jour provisoire

CD55/INF/12
1^{er} juillet 2016
Original : anglais

C. PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le présent rapport examine la situation des maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque dans la Région, en fonction de l'exécution du Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (1), adopté par le 52^e Conseil directeur en 2013, qui est aligné sur le Plan d'action mondial contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2).

2. Dans les Amériques, environ 4,8 millions de personnes meurent chaque année par suite de MNT, et 35 % de ces décès sont prématurés et se produisent parmi les personnes de moins de 70 ans (3). Le plan d'action régional contre les MNT cherche à réduire la mortalité prématurée de 15 % en 2019 à l'aide de quatre stratégies globales : mise en œuvre de politiques et plans multisectoriels nationaux contre les MNT, réduction des facteurs de risque des MNT (tabagisme, usage nocif de l'alcool, régimes alimentaires malsains et inactivité physique), renforcement de la réponse du système de santé aux MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques), ainsi que surveillance et suivi systématiques, notamment pour les neuf objectifs volontaires et les 25 indicateurs du Cadre mondial de suivi pour les MNT (4).

3. L'enquête mondiale sur les capacités nationales de prévention et de lutte contre les MNT, menée par l'OMS en 2015, fournit des données pertinentes et actuelles sur les politiques en matière de MNT, la réponse des services de santé et la capacité de surveillance. L'enquête a été complétée par les points focaux des ministères de la Santé dans chaque pays en utilisant l'instrument d'enquête normalisé de l'OMS, et les réponses ont été ensuite validées avec les points focaux. Dans les Amériques, l'OPS/OMS a mené et validé l'enquête, et 38 pays et territoires ont envoyé des réponses. Les résultats de chaque

enquête sur les capacités nationales constituent les principales données et informations utilisées dans le rapport (5).¹

Mise à jour sur les progrès réalisés

4. La mortalité prématurée due aux MNT, mesurée selon la probabilité inconditionnelle de décès dû à une MNT entre les âges de 30 et 70 ans, est la plus faible du monde dans la Région des Amériques, à un niveau de 15 % (6). Presque tous les pays de la Région affichent un déclin stable ou modeste de la **mortalité prématurée due aux MNT**, et 14 pays et territoires sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif régional global d'une réduction de 15 % de la mortalité prématurée due aux MNT pour 2019² (3).

5. Tous les pays s'étaient engagés à établir des plans et des cibles nationales contre les MNT pour 2015. Toutefois, seule près de la moitié des pays et territoires des Amériques qui ont répondu à l'enquête (22 sur 38, 58 %) ont indiqué qu'ils disposaient d'une politique, stratégie ou plan d'action opérationnel et multisectoriel au niveau national et seuls 17 pays (45 %) ont indiqué qu'ils avaient établi des cibles nationales de lutte contre les MNT. Parmi les pays disposant de plans nationaux contre les MNT, 13 les ont élaborés depuis 2013, l'année où le plan régional contre les MNT a été adopté (5).

6. Les MNT ne peuvent être abordées adéquatement que par une approche pangouvernementale et pansociale, et le plan d'action régional contre les MNT préconise que les pays établissent des commissions multisectorielles et mettent en œuvre des actions dans au moins trois secteurs extérieurs au secteur de la santé. Toutefois, seuls 12 pays (32 %) indiquent qu'ils ont établi des commissions sur les MNT avec plusieurs ministères et la société civile ; 19 pays (50 %) ont intégré les MNT dans leur programme de développement national (5).

7. Les MNT sont largement évitables, et alors que la Région a fait des progrès essentiels concernant les politiques de réduction des facteurs de risque des MNT, de nombreux pays n'ont pas encore introduit les interventions nécessaires pour réduire de manière suffisante le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool et pour encourager une

¹ L'enquête de l'OMS de 2015 sur les capacités nationales de prévention et de lutte contre les MNT était un questionnaire standard auto-administré, complété par les points focaux des ministères de la Santé en utilisant le système mondial de réponse en ligne. Un total de 38 pays et territoires dans les Amériques ont envoyé leurs réponses entre juillet et novembre 2015, qui ont été entièrement validées par 30 pays entre septembre 2015 et janvier 2016. Les données utilisées dans le présent rapport ont été extraites de la base de données des réponses de l'enquête de l'OMS (<https://extranet.who.int/ncdccs/RegionHome>). Un rapport des résultats de cette enquête sur les capacités nationales contre les MNT est en cours de préparation.

² Les données de la base de données de mortalité de l'OPS ont été extraites et analysées pour l'année 2012 afin de déterminer, parmi les personnes âgées de 30 à 70 ans, les taux de mortalité prématurée et l'évolution des quatre MNT principales dans chaque pays où l'information était disponible. Ces données ont ensuite été utilisées pour créer des projections pour l'année 2019. En fonction de cette analyse non publiée de l'OPS, les pays et territoires qui sont estimés être en bonne voie pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité prématurée due aux MNT pour 2019 comprennent l'Argentine, Aruba, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, les États-Unis d'Amérique, la Guadeloupe, le Guyane française, les îles Vierges américaines, la Martinique, Sainte-Lucie, la Trinité-et-Tobago et l'Uruguay.

alimentation saine et l'activité physique. Bien que 30 pays aient ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, bien d'autres progrès sont requis pour son application. Seuls quatre pays ont mis en œuvre au moins trois des quatre interventions en matière de réduction de la demande (politiques de taxation, environnements sans tabac, avertissements de santé et interdiction de publicité et de commercialisation) avec un succès confirmé (6). En outre, seuls 11 des 38 pays et territoires (29 %) indiquent qu'ils ont mis en œuvre des politiques générales pour réduire l'usage nocif de l'alcool ; seuls 8 pays (21 %) ont des politiques pour réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées ; 10 pays (26 %) ont des politiques pour limiter les acides gras saturés et éliminer partiellement les huiles végétales hydrogénées ; trois pays (8 %) taxent les boissons édulcorées ; et 11 pays (29 %) font état de politiques pour réduire la consommation de sel. De plus, seuls sept pays ont appliqué pleinement la législation alignée sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (7). Vingt-quatre pays (63 %) indiquent qu'ils ont effectué une campagne nationale de sensibilisation publique pour promouvoir l'activité physique au cours des cinq dernières années (5).

8. Le **surpoids et l'obésité** (indice de masse corporelle de 25 kg/m² ou plus) continuent d'être une préoccupation majeure, les Amériques enregistrant la prévalence la plus élevée au monde de ces conditions. Vingt-sept pour cent des femmes et 22 % des hommes sont obèses (8). Sept pour cent des enfants de moins de cinq ans et 17 % à 36 % des adolescents (âgés de 12 à 19 ans) en Amérique latine et dans les Caraïbes sont en surpoids ou obèses (9). Cette situation est aggravée par le faible taux d'activité physique dans la Région, où 38 % des femmes et 27 % des hommes indiquent une activité physique insuffisante (8). Le Plan d'action régional pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents offre une direction claire sur la façon de mettre fin à la hausse du taux d'obésité, et tous les pays sont exhortés à mettre en œuvre des politiques et des stratégies en matière de réglementation (10).

9. L'**usage du tabac**, peut-être le facteur de risque le plus important de MNT, représente toujours un défi dans la Région, avec 127 millions de fumeurs adultes selon les estimations. Des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre d'interventions concernant le tabac : 17 pays, ce qui représente 49 % de la population des Amériques, disposent d'une protection grâce à une loi antitabac et 16 pays font figurer des avertissements de santé appropriés sur les emballages des produits du tabac, ce qui représente une couverture de 58 % de la population dans la Région des Amériques (6).

10. Les progrès dans la réduction de l'**usage de l'alcool** sont interrompus ; 22 % des buveurs indiquent une consommation épisodique excessive, seuls six pays (16 %) disposent de réglementations qui restreignent la disponibilité de l'alcool et seuls deux pays (5 %) ont interdit la publicité et la promotion (5). Un problème particulièrement préoccupant est que, selon les estimations, 3,2 % des femmes dans la Région des Amériques souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool, un taux plus élevé que dans toutes les autres régions du monde (11). De plus, entre 51 % et 94 % des enfants de 13 à 15 ans font état de leur initiation à l'usage de l'alcool avant l'âge de 14 ans. D'autres informations sont disponibles

dans le rapport d'évaluation à mi-parcours sur le Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool qui est présenté au point 7.12-D de l'ordre du jour du 55^e Conseil directeur.

11. Les **maladies cardiovasculaires**, dont l'hypertension, continuent à être la cause principale de décès dans presque tous les pays de la Région (3). Dans les Amériques, 17 % de femmes et 22 % d'hommes ont une tension artérielle élevée (tension systolique ≥ 140 mmHg ou tension diastolique ≥ 90 mmHg) (8). Des directives pour les maladies cardiovasculaires ont été établies dans 18 pays (47 %), mais seuls 10 pays indiquent que ces directives ont été pleinement appliquées (5). Bien qu'une stratification des risques des maladies cardiovasculaires soit offerte dans 20 pays (53 %), seuls cinq pays indiquent qu'elle est disponible dans plus de la moitié de leurs établissements de soins de santé primaires (5). Les médicaments essentiels pour les maladies cardiovasculaires – aspirine, diurétiques thiazidiques, inhibiteurs de l'ECA (enzyme de conversion de l'angiotensine), inhibiteurs calciques, statines, et sulfonylurées – sont généralement disponibles dans le secteur public dans 26 pays (68 %) (5).

12. Selon les estimations, 62 millions de personnes dans les Amériques souffrent de **diabète de type 2**, avec 8 % de femmes et 9 % d'hommes indiquant un taux élevé de glycémie, soit un taux de glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dl), suivant un traitement médicamenteux à cause d'un taux élevé de glycémie ou ayant des antécédents de diabète (8). Les directives pour la gestion du diabète sont disponibles mais n'ont été appliquées que dans 18 pays seulement (47 %), alors que la mesure de la glycémie est généralement disponible dans les établissements de soins de santé primaires dans l'ensemble de la Région (36 pays et territoires, 95 %); le test d'HbA1c est disponible dans 20 pays (53 %) (5). En ce qui concerne les médicaments essentiels, 34 pays (89 %) indiquent que la metformine et l'insuline sont généralement disponibles dans les établissements publics de soins de santé primaires (5).

13. Le **cancer** est la deuxième cause principale de décès dans les Amériques et les types les plus communs sont le cancer du poumon, de la prostate et du côlon chez les hommes et le cancer du poumon, du sein et du col de l'utérus chez les femmes (3). Des plans complets contre le cancer qui répondent au continuum des soins (prévention primaire, prévention secondaire, diagnostic, traitement, soins palliatifs) sont encouragés par l'OMS et d'autres institutions. Environ la moitié des pays de la Région (23 pays, 61 %) indiquent qu'ils disposent d'une politique, stratégie ou plan d'action national, que ce soit de manière autonome ou intégrée au plan contre les MNT du pays (5). Des progrès notables sont faits dans la prévention du cancer du col de l'utérus, avec 20 pays (53 %) ayant introduit le vaccin anti-VPH, alors que 33 pays (87 %) indiquent disposer de services de dépistage contre le cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon et/ou de la prostate ; toutefois, seuls six pays rapportent une couverture de dépistage pour au moins l'un de ces cancers à un niveau susceptible d'avoir un impact (couverture de 70 % ou plus) (5). Bien que 31 pays (81 %) indiquent que le dépistage du cancer du sein est disponible et 16 pays (42 %) indiquent que la mammographie est utilisée, seuls trois de ces pays ont une couverture de dépistage susceptible d'avoir un impact (couverture de 70 % ou plus) (5).

14. Les **affections respiratoires chroniques**, principalement la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme et les maladies pulmonaires dues à une exposition professionnelle, sont responsables d'environ 413 000 décès dans les Amériques (3). L'usage du tabac, la pollution atmosphérique, les produits et poussières chimiques en milieu professionnel sont les plus importants facteurs de risque pour ces maladies, qui ne peuvent être guéries mais contre lesquelles il existe un traitement efficace. Le traitement est déclaré être généralement disponible dans les établissements de soins de santé primaires du secteur de la santé publique dans la Région : 28 pays (74 %) indiquent la disponibilité d'inhalateurs stéroïdiens et 33 pays (87 %) indiquent la disponibilité de bronchodilatateurs. Toutefois, les directives sur la gestion des affections respiratoires chroniques ne sont appliquées que dans 9 pays (24 %), et seuls 8 pays (21 %) indiquent qu'ils disposent d'une politique opérationnelle, d'une stratégie, ou d'un plan d'action spécifique pour les affections respiratoires chroniques (5). Il est urgent de disposer d'une meilleure surveillance pour établir l'ampleur des affections respiratoires chroniques, ainsi que d'une prévention primaire pour réduire les facteurs de risque et renforcer les soins de santé pour les personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques, afin d'améliorer leur qualité de vie.

15. À mesure que les pays se rapprochent de la couverture de santé universelle, il devient possible d'améliorer l'accès, la couverture et la qualité des soins concernant les MNT, ainsi que de traiter les co-morbidités, notamment la dépression et autres conditions de santé mentale. Le modèle de soins aux malades chroniques, une approche promue par l'OPS et d'autres institutions pour intégrer la gestion des MNT dans les soins primaires comme moyen d'améliorer de manière continue la qualité et l'autogestion des soins, est appliqué dans plusieurs pays avec l'assistance technique du BSP. Ces expériences sont répertoriées et partagées pour stimuler d'autres pays à adopter cette approche. L'accès aux médicaments essentiels pour les MNT est renforcé à travers le Fonds renouvelable pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS (Fonds stratégique) qui inclut maintenant près de 40 médicaments utilisés pour traiter l'hypertension, le diabète et le cancer et pour gérer la cessation du tabac. Toutefois, très peu de pays utilisent ce mécanisme et, par conséquent, nombreux sont les pays qui paient des prix considérablement plus élevés pour leurs médicaments contre les MNT que ceux disponibles par le biais du Fonds.

16. La capacité de surveillance doit être améliorée, en particulier dans les Caraïbes et en Amérique centrale, pour permettre à tous les pays de mesurer leurs progrès pour atteindre les cibles et les indicateurs de lutte contre les MNT, évaluer l'impact de leurs politiques, programmes et services en matière de MNT et informer de leur progrès à la troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT en 2018. Néanmoins, il des progrès sont à noter dans ce domaine : 29 pays indiquent l'exécution complète ou partielle des enquêtes³ sur les facteurs de risque des MNT et 34 pays rapportent des données de mortalité (5).

³ Les enquêtes sur les facteurs de risque des MNT sont considérées pleinement réalisées si les pays, dans

Défis et enseignements tirés

17. Les MNT, un ensemble complexe de quatre maladies partageant quatre facteurs de risque, requièrent une volonté politique, des investissements et des actions concertées entre tous les secteurs du gouvernement et de la société pour aborder leurs facteurs sous-jacents. La Région fait montre d'un engagement politique certain pour combattre les MNT, comme noté dans le plan d'action régional contre les MNT, le plan d'action mondial contre les MNT et les réunions de haut niveau des Nations Unies sur les MNT de 2011 et 2014. En outre, des progrès importants se sont produits, comme noté ci-dessus. Néanmoins ces progrès ne se sont pas encore concrétisés par le respect par tous les pays de leurs engagements, assortis d'échéances, en vue de la création de plans nationaux de lutte contre les MNT, de l'établissement de commissions multisectorielles sur les MNT, de la définition de cibles et d'indicateurs nationaux en matière de MNT, de l'adoption de réglementations et de politiques plus vigoureuses pour réduire les facteurs de risque, de l'amélioration des services de santé pour les MNT, ou de la réalisation des enquêtes sur les facteurs de risque. Les immixtions par les industries du tabac, de l'alcool et des aliments et boissons continuent d'empêcher les pays de progresser vers l'atteinte des cibles concernant les facteurs de risque des MNT.

18. L'action multisectorielle est un domaine qui a été particulièrement difficile à mettre en œuvre par les pays, car il est difficile d'impliquer d'autres secteurs hors santé, de concert avec la société civile, le secteur universitaire et le secteur privé, dans la prévention des MNT. Les objectifs de développement durable, ainsi que les engagements régionaux concernant la santé dans toutes les politiques, la législation associée à la santé, les efforts de prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents préconisent et soutiennent l'adoption de réponses multisectorielles aux MNT. Par conséquent, il est nécessaire d'entreprendre davantage d'actions concertées avec les secteurs hors santé qui peuvent intervenir dans la prévention et la lutte contre les MNT.

19. À cet égard, l'OPS pilote un mécanisme régional de coopération multisectorielle sur les MNT par le biais du Groupe de travail interaméricain sur les MNT, constitué en vertu d'un mandat établi lors du VII^e Sommet des Amériques. Ce Groupe de travail régional, constitué en juillet 2015, a pour mission de promouvoir et de coordonner les activités multisectorielles avec les organismes et institutions internationales associées au sein du système interaméricain : l'Organisation panaméricaine de la Santé, l'Organisation des États

l'enquête sur les capacités nationales de 2015, ont répondu « oui » à chacun des points suivants concernant les adultes : « Les enquêtes sur les facteurs de risque (que ce soit un facteur unique ou des facteurs multiples) ont-elles été menées dans votre pays pour tous les points suivants » : « Usage nocif de l'alcool » (optionnel pour les États Membres selon les circonstances nationales), « Inactivité physique, » « Tabagisme, » « Taux de glycémie élevé/diabète, » « Tension artérielle élevée/hypertension, » « Surpoids et obésité, » « Consommation de sel/sodium ? » De plus, pour chaque facteur de risque, le pays doit indiquer que l'enquête la plus récente a été menée au cours des cinq dernières années (par ex., 2010 ou plus tard pour les réponses à l'enquête de 2015) et doit répondre « Tous les 1 à 2 ans » ou « Tous les 3 à 5 ans » à la sous-question « Avec quelle fréquence l'enquête est-elle menée ? » Cet indicateur est considéré partiellement atteint si le pays a répondu qu'au moins trois des facteurs de risque ci-dessus (mais pas tous) sont couverts ou que les enquêtes ont été menées il y a entre cinq et 10 ans.

Américains, l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture, la Banque interaméricaine de développement, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et la Banque mondiale. Une cartographie des investissements actuels de chaque organisme ainsi que de la coopération technique sur les MNT et leurs facteurs de risque a été réalisée, et l'OPS analyse actuellement les informations y relatives au bénéfice d'éventuels domaines de synergie et de collaboration et pour mieux connaître les lacunes dans ce domaine. Un plan de travail commun est en cours d'élaboration, qui est centré sur les questions prioritaires de lutte contre le tabagisme, de prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents ainsi que de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Les éléments du plan de travail comprennent notamment le plaidoyer et la mobilisation communautaire, la législation, l'analyse économique et le renforcement des capacités pour des interventions clés à l'appui d'une riposte multisectorielle aux MNT. En marge de la réunion de l'OEA qui rassemblera en juillet 2016 les ministres chargés du développement social, le Groupe de travail organisera une activité parallèle sur les MNT pour mettre en relation les domaines du développement social, de l'inclusion sociale et des MNT.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

20. Le Plan d'action régional contre les MNT doit continuer à être mis œuvre et les actions suivantes sont mises en avant pour améliorer la situation actuelle au regard des MNT :

- a) Intensifier les engagements politiques, techniques et financiers concernant les MNT, en particulier dans les sous-régions d'Amérique centrale et des Caraïbes où les progrès en matière de prévention et de lutte contre les MNT semblent avoir ralenti.
- b) Pour les pays qui n'ont pas encore établi leur plan national, leurs cibles nationales ou leurs commissions multisectorielles pour la lutte contre les MNT, reconnaître la priorité de ces actions sans plus attendre.
- c) Accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, notamment pour mettre en place les quatre interventions visant la réduction de la demande : politiques de taxation, environnements sans tabac, avertissements de santé et interdiction de la publicité et de la commercialisation.
- d) Axer les efforts sur la prévention de l'obésité en encourageant des modes de vie sains et une alimentation saine par le biais de campagnes de sensibilisation publique, la promotion de l'activité physique, la taxation des boissons édulcorées, des restrictions sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées pour les enfants et de restrictions sur la commercialisation des substituts du lait maternel.
- e) Faire des politiques en matière d'alcool une priorité dans le programme de lutte contre les MNT et de santé et mettre en place les interventions visant la réduction de la demande (politiques de taxation, réglementation de l'accès et de la

- disponibilité et interdiction de la publicité et de la commercialisation) requises pour réduire l'usage nocif de l'alcool.
- f) Utiliser pleinement le Fonds stratégique de l'OPS pour accroître l'accès aux médicaments essentiels contre les MNT à des prix abordables, en particulier les médicaments pour améliorer le contrôle de l'hypertension et prévenir les maladies cardiovasculaires.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

21. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport de situation et de considérer les actions requises pour accélérer la prévention et la lutte contre les MNT.

Annexe

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC): OPS, 2013 (document CD52/7, Rev. 1) [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22783&Itemid=270&lang=fr
2. World Health Organization. Global action plan on the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Base de données de mortalité de l'OPS. Washington (DC) : OPS ; 2016. Disponible sur demande.
4. Organisation mondiale de la Santé. Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles. S'assurer que les pays enregistrent des progrès [Internet]. Genève: OMS ; 2016 [consulté le 4 février 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/fr/
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Résultats de la Région des Amériques concernant l'enquête sur les capacités nationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, 2015. Rapport en préparation, en utilisant des données extraites de la base de données de l'OMS de l'enquête sur les capacités nationales, 2015. Données disponibles sur demande.

6. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport sur la lutte contre le tabagisme dans la Région des Amériques : Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac : 10 ans plus tard. Washington (DC) : OPS ; 2016 [Internet]. Disponible en anglais sur http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28393/9789275118863_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
7. Organisation mondiale de la Santé. Fonds des Nations Unies pour l’enfance. BFAN. Commercialisation des substituts du lait maternel : Mise en œuvre du Code international à l’échelle nationale. Rapport de situation 2016. Genève : OMS; 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206010/1/WHO_NMH_NHD_16.1_fre.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 [Internet]. Genève : OMS; 2014 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/>
9. Rivera JA, de Cossio TG, Pedraza LS, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America : A systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:321-332.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d’action pour la prévention de l’obésité chez les enfants et les adolescents [Internet]. 53^e Conseil directeur de l’OPS, 66^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC) : OPS, 2014 (document CD53/9, Rev. 2) [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27024&Itemid=270&lang=fr
11. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Geneva : WHO ; 2014 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

ANNEXE – Progrès à mi-parcours du Plan d'action régional sur les MNT, par objectif spécifique

Le tableau ci-après illustre les progrès accomplis au titre de chaque objectif spécifique et indicateur du Plan d'action régional contre les MNT 2013-2019, lequel a été entériné lors de la réunion du Conseil directeur de l'OPS tenue en 2013. Il montre les pays qui étaient considérés au niveau de référence en 2010 et ceux qui ont atteint la valeur de l'indicateur en 2016, année correspondant à la soumission au Conseil directeur d'un rapport sur les progrès accomplis à mi-parcours. Les indicateurs portant un astérisque (*) sont également compris dans le Plan d'action mondial de l'OMS contre les MNT.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
1. Politiques et partenariats multisectoriels pour la prévention et la lutte contre les MNT	1.1 Promouvoir l'intégration de la prévention des MNT dans des secteurs extérieurs à la santé, au niveau gouvernemental et menée en partenariat avec une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, selon qu'il convient, tels que l'agriculture, le commerce, l'éducation, le travail, le développement, les finances, l'aménagement urbain, l'environnement et le transport.	1.1.1 Nombre de pays disposant de politiques multispectrales de prévention des MNT, de cadres et d'actions dans au moins trois secteurs extérieurs au secteur de la santé au niveau gouvernemental et menées en partenariat avec une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, selon qu'il convient, (par ex., agriculture, commerce, éducation, travail, développement, finances, aménagement urbain, environnement et transport).	(5) ARG, BRA, CAN, MEX, USA	(12) ARG, BRA, BRB, CAN, CRI, CUB, GRD, JAM, MEX, PRI, USA, VGB	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015. -Se rapporte aux pays qui comptent une commission multisectorielle sur les MNT en fonctionnement qui regroupe des ministères chargés de questions autres que celle de la santé. La question prévue dans l'étude ne suscite pas de réponse quant au nombre de secteurs. Par conséquent, il n'est pas certain que le pays compte au moins trois secteurs autres que celui de la santé qui sont membres de sa commission nationale.
	1.2 Renforcer ou développer les plans nationaux de santé en fonction d'approches multisectorielles, à l'aide d'actions et de	1.2.1 Nombre de pays mettant en œuvre un plan multisectoriel national et/ou des actions pour la prévention et la lutte contre les MNT.	(15) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CUW, DOM, GTM, JAM, MEX,	(22) ARG, BLZ, BRA, BRB, VGB, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GLP, GUY, JAM,	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.

CD55/INF/12-C - ANNEXE

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
	cibles spécifiques, et des indicateurs axés sur au moins les quatre MNT prioritaires et les quatre principaux facteurs de risque.		SUR, TTO, USA, VGB	KNA, MEX, PAN, PRI, PRY, SUR, USA, VCT	
	1.3 Élargir les politiques de protection sociale en santé pour fournir la couverture universelle et un accès plus équitable à des services essentiels de santé pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs, ainsi qu'à des médicaments et des technologies essentiels pour les MNT essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité.	1.3.1 Nombre de pays dotés de dispositifs nationaux de protection sociale de la santé qui abordent l'accès universel et équitable aux interventions en matière de MNT.	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, URY	En cours	-Les données permettant de mesurer les progrès accomplis au titre de cet indicateur ne sont pas disponibles actuellement. Il est nécessaire d'effectuer un examen et une analyse de tous les dispositifs de protection sociale présents dans les pays de la Région pour évaluer cet indicateur ; cet exercice est en cours et les informations y relatives seront comprises dans le rapport final.
2. Facteurs de risque et facteurs de protection des MNT	2.1 Réduire l'usage du tabac et l'exposition à la fumée secondaire.	2.1.1* Nombre de pays qui réduisent la prévalence de l'usage actuel du tabac à partir du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent à la cible mondiale de la réduction relative de 30 % du taux de tabagisme actuel pour 2025,	0	En cours	-Des informations sur la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage actuel du tabac chez les adultes âgés de 15 ans et plus (2013) sont disponibles pour 19 pays à l'appendice X du Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabac, 2015 (disponible sur : http://bit.ly/1glYYm).

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		mesuré par la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage actuel du tabac dans la population âgée de 15 ans et plus.			-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans la prévalence de l'usage du tabac à partir du niveau de référence au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
	2.2 Réduire l'usage nocif de l'alcool.	2.2.1* Nombre de pays qui en 2019 obtiennent une réduction de l'usage nocif de l'alcool du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS, contribuant ainsi à la cible mondiale de réduction relative de 10 % en 2025.	0	En cours	-Les données sur la consommation d'alcool par habitant chez les adultes âgés de 15 ans et plus (2010) sont disponibles pour les 35 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx). C'est l'un des trois indicateurs correspondant à l'usage nocif de l'alcool compris dans le Cadre de suivi mondial de l'OMS. Les pays sont encouragés à communiquer autant d'indicateurs que possible mais peuvent aussi choisir de faire part de l'indicateur le plus approprié en fonction de leur conjoncture nationale. -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 26 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) une étude sur leurs facteurs de risque incluant l'usage nocif de l'alcool.

CD55/INF/12-C - ANNEXE

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans l'usage nocif de l'alcool entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
	2.3 Promouvoir une nourriture saine pour la santé et le bien-être.	2.3.1* Nombre de pays dotés de politiques pour réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées, riches en graisses saturées, acides gras trans, de sucres libres et de sel.	(2) BRA, CAN	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, URY	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.
		2.3.2* Nombre de pays qui ont adopté des politiques nationales pour limiter les graisses saturées et quasiment éliminer les huiles végétales partiellement hydrogénées dans la nourriture, selon le cas, dans le contexte national et les programmes nationaux.	(6) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, USA	(10) ARG, BRA, CAN, COL, CRI, ECU, JAM, PER, PRI, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.
		2.3.3* Nombre de pays qui en 2019 réduisent la consommation de sel/sodium du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de réduction relative de 30 % de consommation de sel/sodium de	0	En cours	-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 14 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) une étude sur leurs facteurs de risque incluant la consommation de sel/sodium. L'OPS/OMS fournit une aide technique aux pays pour qu'ils mènent des études sur les facteurs de

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		la population, mesuré par la consommation moyenne ajustée selon l'âge de sel (chlorure de sodium) en grammes par jour chez les personnes âgées de 18 ans et plus.			risque incluant la consommation de sel/sodium. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans la consommation de sel/sodium entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
	2.4 Promouvoir une vie active pour la santé et le bien-être et pour prévenir l'obésité.	2.4.1* Nombre de pays qui en 2019 réduisent la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adultes, du niveau établi de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 10 % dans la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les personnes âgées de 18 ans et plus (définie comme moins de 150 minutes d'activité d'une intensité modérée par semaine ou équivalent).	0	En cours	-Les données sur la prévalence de l'activité physique insuffisante ajustée selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans et plus (2010) sont disponibles pour 20 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx). -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 24 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant l'activité physique. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement du niveau d'activité physique chez les adultes entre le niveau de référence et niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		2.4.2* Nombre de pays qui en 2019 réduisent la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adolescents, du niveau établi de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 10 % dans la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adolescents (définie comme moins de 60 minutes d'activité d'une intensité modérée à vigoureuse par jour chez les enfants et les adolescents en âge scolaire).	0	En cours	<p>-Les données rapportées par les pays sur la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adolescents âgés de 11 à 17 ans qui sont scolarisés sont disponibles pour 27 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx).</p> <p>-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 21 pays rapportent avoir mené récemment des études sur leurs facteurs de risque incluant des mesures d'activité physique.</p> <p>-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement du niveau d'activité physique insuffisante chez les adolescents entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.</p>

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
3. Réponse du système de santé aux MNT et aux facteurs de risque	3.1 Améliorer la qualité des services de santé pour la gestion des MNT.	3.1.1 Nombre de pays appliquant un modèle de gestion intégrée pour les MNT (par ex., modèle de soins chroniques avec directives fondées sur des données factuelles, système d'information clinique, soins personnels, soutien communautaire, soins d'équipe multidisciplinaire).	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, DOM, JAM, MEX, PRY, USA	(18) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, MEX, JAM, PAN, PRI, PRY, LCA SUR, USA	-Source : données communiquées par l'Unité des maladies non transmissibles de l'OPS, sur la base d'une coopération technique en matière de mise en œuvre du modèle de soins chroniques.
	3.2 Accroître l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies et leur usage rationnel pour le dépistage, le diagnostic, le traitement, la maîtrise, la réhabilitation et les soins palliatifs des MNT.	3.2.1 Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau de disponibilité de technologies de base abordables et de médicaments essentiels y compris les médicaments génériques requis pour traiter les quatre MNT principales dans les établissements publics et privés, niveau établi par le pays pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et qui contribuent à la cible mondiale de 2025 de 80 % de disponibilité.	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, URY	(20) ATG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, PAN, PRI, SUR, TTO, URY, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales, menée entre juillet et novembre 2015. -Comprend les pays qui rapportent une disponibilité générale dans le secteur public de toutes les technologies de base et des médicaments essentiels contre les MNT. Aucune donnée correspondant au secteur privé n'est disponible pour les médicaments contre les MNT. -La définition des médicaments essentiels et des technologies de base est établie dans les définitions et caractéristiques contenues dans le Cadre mondial de suivi pour les MNT (disponible sur : http://bit.ly/1KsRizl).
		3.2.2 Nombre de pays qui en 2019 améliorent l'accès aux soins palliatifs évalué par l'augmentation de la consommation d'analgésiques opioïdes équivalant à la morphine (à l'exclusion de la méthadone) par décès du cancer (sur la base de 2010).	0	En cours	-Les données sur la consommation d'analgésiques opioïdes (mesurée par l'équivalent morphine moins la méthadone en milligrammes par habitant) sont disponibles pour 37 pays et territoires des Amériques et correspondent à des estimations produites par l'Organe international

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					<p>de contrôle des stupéfiants.</p> <p>-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 18 pays rapportent que la morphine par voie orale est généralement disponible dans le secteur public.</p> <p>-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans la consommation d'analgésiques opioïdes équivalents à la morphine (à l'exclusion de la méthadone) par décès de cancer. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.</p>
		<p>3.2.3 Nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique et le Fonds renouvelable de l'OPS et/ou d'autres mécanismes d'économie de coûts pour acheter les médicaments essentiels et les technologies de la santé concernant la prévention, la maîtrise et les soins palliatifs pour les quatre principales MNT, par ex., les médicaments utilisés en chimiothérapie, les médicaments de soins palliatifs, l'insuline, la dialyse et l'hémodialyse et les vaccins contre l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH) ainsi que les médicaments pour le traitement</p>	0	En cours	<p>-Tous les pays de la Région utilisent le Fonds renouvelable de l'OPS pour leurs achats de vaccin contre le VPH et presque tous les pays qui ont introduit les vaccins contre le VPH ont recours au Fonds.</p> <p>-L'inclusion des médicaments contre les MNT dans le Fonds stratégique de l'OPS étant très récente, les pays de la Région n'ont pas encore commencé à utiliser pleinement ce mécanisme. À ce jour, seuls deux pays ont acheté leurs médicaments contre les MNT au moyen du Fonds stratégique. L'OPS s'emploie activement à promouvoir auprès de ses États Membres la disponibilité</p>

CD55/INF/12-C - ANNEXE

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		de l'hypertension et du diabète.			de médicaments abordables contre les MNT par le biais de ce fonds.
		3.2.4 Nombre de pays disposant d'une commission officielle qui sélectionne, selon les meilleures données scientifiques disponibles et qui est exempte de tout conflit d'intérêt, les médicaments et technologies pour la prévention et/ou le traitement et/ou les soins palliatifs des MNT pour les inclure ou les exclure des services du secteur public.	(6) BRA, CAN, CRI, CUB, URY, USA	En cours	-Il existe huit pays dotés de commissions qui sélectionnent les médicaments et technologies, selon les meilleures données factuelles existantes, et qui sont exemptes de tout conflit d'intérêt. Les informations disponibles actuellement ne distinguent pas les médicaments et technologies pour la prévention et/ou le traitement et/ou les soins palliatifs des MNT d'autres maladies et il n'est donc pas possible de faire un rapport exhaustif sur cet indicateur.
		3.2.5 Nombre de pays disposant d'un plan en place, selon le cas, pour accroître l'accès à des options de traitement abordables pour les patients affectés par l'insuffisance rénale chronique, en particulier de stade terminal.	(5) CHL, CUB, PRI, URY, VEN	(10) ARG, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, PRI, PRY, URY, VEN	-Source : González-Bedat et al. Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):254-260.
	3.3 Mettre en œuvre des interventions efficaces, fondées sur les données factuelles et efficaces par rapport au coût pour le traitement et la maîtrise des MCV, l'hypertension, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires	3.3.1* Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour le taux de glycémie élevé/diabète de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin au diabète et à l'obésité, évalué par la prévalence ajustée selon l'âge de taux de glycémie élevé/diabète parmi les adultes âgés de 18 ans et plus,	(1) USA	En cours	-Les données sur la prévalence du taux de glycémie élevé/diabète (≥ 7.0 mmol/L ou sous médicaments) chez les adultes âgés de 18 ans et plus (2014) sont disponibles pour 35 États Membres auprès de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (disponible sur : http://bit.ly/297Gopx). -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 23 pays rapportent avoir mené

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
	chroniques.	définie comme valeur de glycémie plasmatique ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl) ou sous médicaments pour taux de glycémie élevé.			récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant le taux de glycémie/diabète. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans le taux de glycémie élevé/diabète entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.2* Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour l'obésité adulte, de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à la prévalence de l'obésité adulte évaluée par la prévalence ajustée selon l'âge du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus (définie comme $IMC \geq 25$ kg/m ² pour le surpoids ou ≥ 30 kg/m ² pour l'obésité).	0	En cours	-Les données sur la prévalence de l'obésité ajustée selon l'âge ($IMC \geq 30$ kg/m ²) chez les personnes âgées de 18 ans et plus (2014) sont disponibles pour 35 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx). -Selon l'étude OPS/OMS de 2015 sur les capacités nationales, 27 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant le surpoids et l'obésité chez les adultes. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans l'obésité chez les adultes entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.3* Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à la prévalence du surpoids et de l'obésité (défini selon la référence de croissance de l'OMS pour le surpoids des enfants et des adolescents en âge scolaire comme un IMC d'une variation d'un écart-type pour l'âge et le sexe et pour l'obésité un IMC d'une variation de deux écarts-types par âge et par sexe).	0	En cours	<p>-Les données communiquées par les pays pour la prévalence du surpoids et de l'obésité (>+1 écart-type de la médiane pour l'IMC) chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans sont disponibles pour 18 pays dans l'enquête mondiale sur la santé à l'école (GSHS) (disponible sur : http://bit.ly/295Ogt6).</p> <p>-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 21 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant le surpoids et l'obésité chez les adolescents.</p> <p>-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans le surpoids et l'obésité chez les adolescents entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.</p>

CD55/INF/12-C - ANNEXE

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		3.3.4* Nombre de pays qui à partir de la référence nationale atteignent en 2019 le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'au moins 50 % de personnes ayant droit à recevoir une thérapie médicamenteuse et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie) pour prévenir les crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux; personnes définies comme étant âgées de 40 ans et plus avec un risque cardiovasculaire sur 10 ans de 30 % ou plus, y compris les personnes avec des MCV existantes.	(4) BRA, CAN, CHL, CUB	En cours	-L'enquête STEPS comprend des questions en rapport avec cet indicateur mais aucun résultat n'est encore disponible qui permettrait de réaliser des calculs sur cet indicateur. Lorsque ces données seront effectivement disponibles, cet indicateur sera calculé et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.5* Nombre de pays qui en 2019 réduisent le niveau de prévalence de la tension artérielle élevée de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'au moins 25 % de réduction relative dans la prévalence de la tension artérielle élevée ou contiennent la prévalence de tension artérielle élevée exprimée par prévalence ajustée à l'âge de tension artérielle élevée parmi les adultes âgés de 18 ans et plus (définie comme tension artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou tension artérielle	0	En cours	-Les données sur la prévalence de la tension artérielle élevée ajustée selon l'âge (tension artérielle systolique ≥ 140 ou tension artérielle diastolique ≥ 90) chez les adultes âgés de 18 ans et plus (2014) sont disponibles pour 35 États Membres auprès de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (disponible sur : http://bit.ly/29djA9W). -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 24 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant la tension artérielle. -Aucune donnée n'est encore

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		diastolique ≥ 90 mmHg).			disponible qui permettrait de calculer le changement dans la prévalence de la tension artérielle élevée entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.6* Nombre de pays qui en 2019 atteignent une couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus de 70 % parmi les femmes âgées de 30 à 49 ans, au moins une fois, ou plus souvent, et pour les tranches d'âge inférieures ou supérieures, conformément aux politiques nationales.	(5) BRA, CAN, CHL, KNA, USA	(7) BRA, CAN, CHL, CUB, ECU, GRD, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.
		3.3.7 Nombre de pays avec au moins 50 % de couverture du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans (et dans d'autres groupes d'âge conformément aux programmes et aux politiques nationaux) sur une période de trois ans avec tous les cas positifs découverts pendant le dépistage ayant reçu un traitement efficace et ponctuel.	(4) ARG, BRA, CAN, USA	(7) BRA, CAN, CUB, DOM, ECU, JAM, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		3.3.8* Nombre de pays qui fournissent selon le cas des vaccins efficaces par rapport au coût et abordables contre le virus du papillome humain (VPH) conformément aux programmes et aux politiques nationaux.	(8) ARG, CAN, COL, MEX, PAN, PER, URY, USA	(21) ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CYM, ECU, GUY, HND, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SUR, TTO, URY, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales, menée entre juillet et novembre 2015.
4. Surveillance et recherche en matière des MNT	4.1 Améliorer la qualité et l'envergure des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque pour y inclure l'information sur la situation socioéconomique et professionnelle et/ou l'emploi.	4.1.1 Une réduction de 15 % de la mortalité prématurée due aux quatre principales MNT en 2019 et de 25 % en 2025.	0	(14) ABW, ARG, CAN, CHL, COL, CRI, GLP, GUF, LCA, MTQ, TTO, URY, USA, VIR	-Source : analyse de données figurant dans la base de données de l'OPS sur la mortalité, 2016.
		4.1.2 Nombre de pays avec des données de mortalité de qualité élevée (fondées sur des critères internationaux pour l'exhaustivité, la couverture et le pourcentage de causes mal définies ou inconnues de décès) pour les quatre principales MNT et d'autres MNT de priorité nationale, par ex., insuffisance rénale chronique.	(10) CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, SUR, PAN, URY, USA, VEN	(23) ARG, ATG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DMA, GRD, GUY, KNA, LCA, MEX, MSR, MTQ, PRI, URY, USA, VCT, VEN, VIR	-Source : Indicateurs de base de l'OPS. Situation de la santé dans les Amériques, 2016. Comprend les pays ayant une couverture supérieure à 90 % et un pourcentage de causes de décès mal définies inférieur à 10 % selon la définition de l'OMS dans Mathers et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ. 2005;83(3):161-240.
		4.1.3* Nombre de pays ayant des données de qualité d'incidence du cancer, par type de cancer pour 100 000 personnes.	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, ECU, MEX, PER, URY, USA	(18) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, ECU, GTM, GUY, JAM,	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.

CD55/INF/12-C - ANNEXE

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
				PAN, PER, PRI, URY, USA	
		<p>4.1.4* Nombre de pays disposant d'au moins deux enquêtes de population représentative au niveau national en 2019 sur les facteurs de risque et les facteurs de protection des MNT chez les adultes et les adolescents, sur les 10 dernières années, qui comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - usage de tabac - consommation d'alcool - anthropométrie - albumine - tension artérielle - glycémie et cholestérol - consommation de fruits et légumes - créatinine - d'activité physique - consommation de sodium - prévalence de maladie - consommation de sucre - usage de médicaments 	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, MEX, JAM, USA	En cours	-Selon l'Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT et la définition établie dans l'indicateur d'avancement n°3 de l'OMS, neuf pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) et périodiquement (au moins tous les 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque concernant les adultes qui couvrent l'usage nocif de l'alcool, le manque d'activité physique, l'usage de tabac, le taux de glycémie élevé/diabète, la tension artérielle élevée/hypertension, le surpoids/obésité et la consommation de sel ; 19 pays ont mené des études sur les facteurs de risque des MNT qui couvrent au moins trois facteurs de risque, études qui datent de plus de 5 ans mais de moins de 10 ans. Les informations sur cet indicateur seront comprises dans le rapport final.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
	4.2 Améliorer l'utilisation des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque et renforcer la recherche opérationnelle dans le but d'améliorer les données probantes pour la planification, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes liés aux MNT.	4.2.1 Nombre de pays qui produisent et disséminent des rapports réguliers analysant les MNT et les facteurs de risque, y compris les déterminants démographiques, socioéconomiques et environnementaux et leur distribution sociale afin de contribuer au processus mondial de suivi des MNT.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, JAM, USA	(22) ARG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, GTM, LCA, MEX, PAN, PRI, PRI SUR, TTO, URY, USA, VCT	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015, et Rapport intérimaire de suivi de l'OMS sur les MNT. -Concerne les pays qui ont effectivement produit un rapport ou une fiche technique qui diffuse des informations sur l'usage de tabac, l'usage nocif de l'alcool, la consommation de fruits et légumes, le manque d'activité physique, la tension artérielle élevée/hypertension et l'hyperglycémie/diabète au cours des 5 dernières années à partir d'enquêtes STEPS ou d'enquêtes similaires parmi les adultes.
		4.2.2 Nombre de pays dotés de programmes de recherche qui incluent des études de recherche opérationnelle sur les MNT et leurs facteurs de risque visant à renforcer les politiques, programmes de développement et l'application des données scientifiques.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, MEX, USA	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, JAM, MEX, PRI, PRY, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015, et Rapport intérimaire de suivi de l'OMS sur les MNT. -Concerne les pays dotés d'une politique opérationnelle ou d'un plan sur la recherche concernant les MNT.
