



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002

Point 4.10 de l'ordre du jour provisoire

CSP26/15 (Fr.)

25 juillet 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

RÉPONSE DE SANTÉ PUBLIQUE AUX MALADIES CHRONIQUES

La 120^e session du Comité exécutif a reconnu la prédominance des maladies non transmissibles (MNT) chroniques en tant que cause principale de morbidité et de mortalité en Amérique latine et dans les Caraïbes. On a déterminé comme domaines prioritaires la lutte contre les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les blessures, de même que contre les facteurs de risque associés. En réponse à ce mandat, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a mis au point quatre lignes d'action stratégiques : 1) l'initiative CARMEN : Actions visant la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles (*Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles*), qui a été adoptée par plusieurs États membres; 2) surveillance des maladies non transmissibles et des facteurs de risque; 3) innovations destinées à rendre les services de santé aptes à réagir aux affections chroniques; et 4) défense de changements de politique. Ces domaines sont en harmonie avec la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles approuvée par la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2000.

Le fardeau économique que représentent les MNT est un souci croissant parmi les États membres, étant donné les coûts élevés de ces maladies pour la société, les familles et les individus. Toute intervention efficace doit considérer le contexte social et les besoins des différents groupes de population. Les stratégies de lutte contre les MNT doivent couvrir trois niveaux différents : élaboration de politiques, activités en milieu communautaire et réactivité des services de santé pour les personnes qui éprouvent des besoins en matière de soins de santé.

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à considérer la résolution CE130.R13, proposée par la 130^e session du Comité exécutif, qui reconnaît le lourd fardeau économique et social des maladies non transmissibles et recommande la coopération technique accrue et coordonnée de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Elle approuve l'initiative CARMEN comme l'une des principales stratégies de prévention intégrée et préconise l'incorporation de modèles de soins pour les maladies chroniques afin d'accroître la capacité des soins primaires pour répondre aux besoins de la population.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction	3
2. Le fardeau social et économique des maladies chroniques	3
3. Un cadre d'intervention en évolution	6
3.1 Élaboration de politiques	7
3.2 Implication de la communauté	10
3.3 Changement vers des services de santé aptes à réagir aux besoins	12
4. La réponse de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	14
5. Stratégies mondiales.....	14
6. Stratégies régionales.....	17
6.1 Défense de changements de politique	17
6.2 Actions communautaires.....	17
6.3 Surveillance des maladies non transmissibles et des facteurs de risque	18
6.4 Innovations visant à aider les services de santé à réagir aux besoins	18
7. Prochaines étapes.....	18
7.1 Environnement interne.....	18
7.2 Environnement externe	20
8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine	20

Annexe : résolution CE130.R13

1. Introduction

Les systèmes de santé publique doivent répondre aux MNT; il s'agit là d'un besoin pressant, étant donné le fardeau que celles-ci font peser sur les pays en développement et parmi les pauvres. Traditionnellement, on a discuté deux approches très différentes : l'une qui se fonde principalement sur la promotion de la santé et qui aborde les déterminants des facteurs de risque et de la maladie, et une autre approche fondée sur des interventions cliniques d'un bon rapport coût-efficacité. Une approche de santé publique doit couvrir les deux et intégrer la lutte contre les MNT dans des programmes d'ensemble.

Le présent document discute la preuve qui sous-tend une approche de santé publique et qui a conduit à ces stratégies. Il est possible que des facteurs de risque isolés prédisent les problèmes de santé dont souffrira un individu et que des interventions spécifiques de la part des services de santé répondent en partie aux besoins des personnes qui vivent avec la maladie. Cependant, le fardeau sociétal des MNT résulte de la coexistence de multiples facteurs de risque et de la maladie, chez le même individu et les mêmes groupes de population, ainsi que de la réponse que peuvent fournir le système de santé et la société. Par conséquent, il est impératif d'adopter une perspective large et de tirer la leçon des meilleures pratiques en matière d'approches intégrées et à plusieurs niveaux, pratiques pouvant être à la fois d'un bon rapport coût-efficacité et viables pour les pays en développement.

2. Le fardeau social et économique des maladies chroniques

On reconnaît généralement que les MNT chroniques sont la cause principale de mortalité et d'invalidité prématurées dans la grande majorité des pays des Amériques. Pour les personnes âgées de moins de 70 ans, les MNT représentent 44,1 % des décès chez les hommes et 44,7 % chez les femmes; les blessures sont responsables respectivement de 23,3 % et de 30,1 % des décès chez les hommes et chez les femmes. Les travailleurs de la plupart des pays sont touchés par des maladies et des facteurs de risque qui sont tout à fait évitables.

Les maladies non transmissibles d'importance majeure en matière de santé publique dans la région sont : 1) les maladies cardiovasculaires, parmi lesquelles les accidents vasculaires cérébraux et la cardiopathie ischémique sont les plus fréquents sur le plan de la mortalité; 2) le cancer, particulièrement le cancer du col de l'utérus, de l'utérus et du sein chez les femmes, de l'estomac et du poumon chez les hommes, de même que le cancer de la prostate dans certaines populations; 3) le diabète, qui touche plus de 35 millions de personnes; et 4) les blessures, qui sont la cause principale de décès chez les personnes de sexe masculin, en particulier les jeunes adultes et les adolescents. Ces maladies ont en commun plusieurs facteurs de risque interreliés, à savoir

l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'obésité, une diminution de la tolérance au glucose, le diabète, qui peut être considéré à la fois comme une maladie et comme un facteur de risque en ce qui concerne la maladie cardiovasculaire, l'inactivité physique, le tabac et une consommation élevée de matières grasses. Les facteurs de nature sexuelle et reproductive sont particulièrement importants en ce qui a trait au cancer chez les femmes.

L'importance des MNT est évidente parmi tous les groupes d'âge et chez les deux sexes. Des études montrent que la prévalence de l'hypertension varie entre 14 % et 40 % chez les personnes âgées de 35 à 64 ans, mais près de la moitié d'entre elles ne sont pas conscientes de leur état et, en moyenne, 27 % seulement maîtrisent leur pression artérielle. Chez les personnes âgées de 35 à 64 ans qui vivent avec le diabète (c'est-à-dire 9 % à 18 %), près de 60 % souffrent déjà d'au moins une complication microvasculaire lorsqu'ils sont diagnostiqués. Ces complications, qui peuvent être évitées, occasionnent des handicaps significatifs tels que la cécité, l'amputation et une insuffisance rénale chronique.

L'usage du tabac est plus fréquent parmi les personnes de sexe masculin, comme l'indiquent des données provenant d'enquêtes nationales dans cinq pays. Les hommes cubains présentent un taux de 48,1 % de fumeurs réguliers et la Barbade 34,6 %, alors que l'épidémie est en régression chez les hommes aux États-Unis et au Canada, avec des taux de 25,3 % et 31,5 % respectivement. L'inactivité physique et l'obésité sont très élevées chez les femmes. L'inactivité physique varie entre 60 et 80 %, tandis que l'obésité chez les femmes varie entre 11 % à Cuba et 24 % à la Barbade.

Il n'est pas étonnant que les maladies cardiovasculaires soient maintenant la cause principale de décès prématurés chez les femmes. À mesure que la population adulte croît et qu'un plus grand nombre de femmes approche de la ménopause, il est important de considérer la prévention des accidents vasculaires cérébraux et de la cardiopathie ischémique, de même que le fardeau que représente le cancer du col de l'utérus et la mortalité croissante due au cancer du sein.

De plus, les maladies non transmissibles chez les enfants constituent une préoccupation croissante au Canada et aux États-Unis. L'obésité et le diabète de type 2 ont augmenté chez les enfants, une tendance qui n'a pas encore été étudiée dans le reste de la Région. Les taux de tabagisme pour les jeunes de 13 à 15 ans sont d'environ 7 % au Costa Rica et 10 % à la Barbade, selon des données provenant de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes parrainée par l'Organisation mondiale de la santé. Cette situation fait ressortir, dans le domaine de la santé publique, le besoin d'efforts concertés parmi tous les groupes d'âge.

On peut analyser le fardeau économique que représentent les MNT chroniques à deux niveaux : premièrement, les effets des politiques macroéconomiques sur les

occasions de lutter contre ces maladies parmi différents groupes de population, en particulier les pauvres; et deuxièmement, le rapport coût-efficacité potentiel des interventions. Les coûts sont élevés pour la société, pour les familles et pour les individus lorsque le capital social et humain est touché par de longues périodes d'invalidité, une mortalité prématurée et un diagnostic et des traitements coûteux.

Aucune étude d'ensemble du coût des MNT en Amérique latine et dans les Caraïbes n'a été publiée. On sait qu'aux États-Unis, le coût des maladies cardiovasculaires est de l'ordre de 2 % du produit intérieur brut. Une étude portant sur le coût de la maladie au Canada a découvert que 21 % de tous ces coûts sont attribuables aux maladies cardiovasculaires, pour un total de US\$ 12 milliards annuellement. Ces coûts comprenaient le traitement, les consultations et les coûts indirects tels que la perte de revenus due à l'invalidité et au décès. On considérait également la maladie cardiovasculaire comme responsable de la proportion la plus élevée (32 %) de revenus perdus à cause d'un décès prématuré. De plus, les politiques associées aux programmes de lutte contre la maladie, telles que la taxation, l'étiquetage des aliments et le fait de financer l'accès au traitement et la continuité du traitement des affections chroniques, ont peut-être des effets macroéconomiques qui devraient faire l'objet d'études plus poussées.

On doit évaluer le coût et l'efficacité globale des interventions sur le plan de l'efficacité et des gains en matière de santé pour la population dans son ensemble, mais il est particulièrement important de prêter attention à ceux qui prennent à leur charge les frais liés à de telles interventions : soit le système, par l'intermédiaire de différents mécanismes, soit le patient, ou les deux. Il est possible que des interventions potentiellement efficaces ne donnent pas de résultats adéquats à cause des coûts élevés. Par exemple, les traitements contre l'hypertension peuvent coûter jusqu'à \$100 par mois, ce qui les met hors de portée dans les pays où le revenu mensuel moyen peut n'être que de \$50 à \$200. On a estimé que le coût direct moyen du diabète en Amérique latine et dans les Caraïbes est de \$730 par patient par année.

La question est de savoir si l'on a les moyens de s'occuper, ou de ne pas s'occuper, des maladies non transmissibles chroniques. Dans une étude menée en Jamaïque, on a déterminé que 57 % des personnes souffrant de cancer et de diabète devenaient indigentes d'un point de vue médical, étant donné la proportion élevée du coût qui exigeait un paiement direct de la part des patients; ainsi, 50 % de ces personnes avaient dû renoncer à leur traitement à cause de leur incapacité de payer.

Les politiques qui traitent de la santé doivent considérer leur impact comme une interaction réciproque entre la pauvreté et les MNT qui, en fin de compte, influe sur la santé des pauvres. Par exemple, l'incidence du cancer du col de l'utérus à un stade avancé en Équateur est plus élevée chez les femmes de faible statut socioéconomique, dont 50 % reçoivent leur diagnostic quand la maladie n'est plus curable. Dix pour cent

seulement des femmes de statut socioéconomique élevé reçoivent leur diagnostic à ce stade. Dans ce pays, un plan de recouvrement des frais exige une participation aux coûts pour le dépistage et le traitement. Au Chili, la mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux est plus élevée chez les personnes les moins instruites lorsqu'on les compare aux personnes qui ont atteint un degré d'instruction plus élevé. En outre, le décalage est plus grand pour les femmes que pour les hommes. La couverture disponible et l'accès aux services varient également selon le niveau d'études.

Du côté de la prévention, pour les personnes qui vivent dans un quartier pauvre et peu sûr et qui ont des journées de travail très longues, il peut être très difficile d'augmenter le degré d'activité physique. Des quartiers et des communautés situés dans le même pays ou dans la même ville peuvent avoir des niveaux différents de disponibilité de la nourriture, d'accès aux services de santé et d'occasions de bénéficier d'initiatives de promotion de la santé. On a considéré à tort les maladies non transmissibles comme des maladies liées à l'abondance. Ce mythe a guidé dans une direction erronée les décisions prises en matière de politiques. Une preuve croissante démontrant le contraire mérite que les programmes de réduction de la pauvreté y portent attention.

Étant donné la complexité du problème que le fardeau des maladies non transmissibles chroniques impose aux pays en développement, on ne peut analyser celui-ci uniquement sous l'angle de l'épidémiologie. Des solutions réductrices, qui s'occupent séparément des facteurs de risque ou des maladies, ont une portée trop étroite. Plusieurs maladies et facteurs de risque ont des éléments communs sous-jacents. Le problème exige une perspective systémique globale qui examine les processus à plusieurs niveaux qui servent de cadre à la lutte contre les MNT.

3. Un cadre d'intervention en évolution

L'incidence de la maladie et des facteurs de risque de même que la mise en œuvre des interventions sont influencées par le contexte sociétal, c'est-à-dire l'environnement physique, social et culturel (par exemple : aménagement urbain, facteurs de sécurité, soutien social, réseaux sociaux, croyances culturelles, langue, rôles liés au genre, composition de la famille, niveau d'instruction et revenu). L'État et les groupes sociaux jouent des rôles cruciaux pour ce qui est de modeler le contexte social. Les sciences de l'étude du comportement et les sciences sociales ont contribué à une meilleure compréhension de la façon dont ces facteurs peuvent influencer la santé. Il est devenu clair que les efforts de prévention doivent s'étendre au-delà de l'individu, jusqu'à l'environnement qui influe sur son comportement.

Reconnaissant ce fait, on a entrepris plusieurs essais en milieu communautaire dans le domaine de la prévention des MNT, particulièrement aux États-Unis et en Finlande, dans les années 1970 et 1980. Certaines études étaient peu concluantes, ou les

changements étaient difficiles à interpréter, mais d'autres démontraient une réduction des facteurs de risque et une réduction de la maladie dans des groupes de population spécifiques. Vu les éléments de preuve contradictoires, certaines personnes ont préconisé de mettre l'accent sur des interventions préventives axées sur les services de santé et visant les individus. Ce type d'intervention peut s'avérer efficace pour certaines personnes, en particulier celles qui sont très exposées, mais est incapable de réaliser une vaste couverture. (On peut citer, entre autres exemples, le counseling et le dépistage opportuniste.) Par contraste, d'autres ont prôné des approches larges et axées sur la population qui peuvent toucher un grand nombre de gens, mais qui ont eu jusqu'ici des niveaux d'efficacité plus faibles.

Des études récentes ont tenté de déterminer ce qui est requis afin de réaliser des changements couronnés de succès qui soient à la fois efficaces et capables de toucher tous les secteurs de la population. En général, on a convenu qu'il faut des stratégies ou des conditions favorables à plusieurs niveaux afin de déclencher un changement systémique global. On peut définir trois niveaux d'action synergiques, à savoir : (a) des politiques et des règlements qui portent sur des déterminants de macro-niveau; (b) des mesures communautaires qui promeuvent la participation de la population et influent sur la demande; et (c) des modifications centrées sur les services de santé et visant à répondre aux besoins des personnes atteintes d'une affection donnée et à offrir des services préventifs.

Ces niveaux sont interreliés, mais se retrouvent dans différents scénarios avec différentes parties concernées. La communauté, c'est-à-dire les groupes sociaux, fournit les canaux par lesquels les trois niveaux d'action peuvent être intégrés. L'environnement social immédiat exerce une forte influence quant à la probabilité d'un changement de comportement. Par conséquent, la communauté appuie les deux autres processus, l'élaboration de politiques et le changement vers des services de santé aptes à réagir aux besoins. Il semble que les approches qui couvrent plusieurs niveaux incluent nécessairement l'implication de la communauté et sont en général plus fructueuses et plus efficaces.

3.1 *Élaboration de politiques*

Dans les pays industrialisés, plusieurs politiques, lois et règlements qui ont été adoptés ont été couronnés de succès pour ce qui est de prévenir la maladie et les blessures, tels que la taxation imposée sur le tabac et l'usage de ceintures de sécurité et de casques. Le défi, cependant, réside dans le processus de mise au point des politiques en matière de santé. Des analyses comparatives ont démontré que ces processus diffèrent selon le contexte social et selon la nature du changement proposé, de même que selon les conditions politiques préexistantes. Une action de la part du gouvernement, soit nationale soit au niveau des États et des municipalités, peut exiger un appui de la part

d'établissements techniques et scientifiques intérieurs ou extérieurs, si ceux-ci exercent une forte influence sur l'opinion publique. De plus, la participation de la société civile peut revêtir une importance particulière en ce qui a trait aux changements législatifs qui ont des conséquences sur les intérêts d'autres parties influentes. Dans une perspective plus large, les changements centraux de politique relatifs à la prévention des MNT concernent à la fois les entités publiques et les entités privées, qui souvent opèrent au niveau international. Dans ce cas, il est peu probable qu'un pays réussisse en entreprenant des changements seul, ou il est même possible qu'il nuise à d'autres. Trois exemples de processus peuvent servir d'illustrations.

3.1.1 *Un processus centré sur l'information et qui rassemble les intervenants*

Les blessures et la violence sont les causes principales de décès chez les jeunes hommes dans de nombreux pays, en particulier là où il y a eu des conflits armés et où la reprise économique a été lente. Traditionnellement, les gouvernements se sont occupés de ce problème au moyen de mesures judiciaires et punitives, en consacrant plus d'argent à la police et aux armes, créant ainsi un cercle vicieux. Une approche de santé publique à l'égard de ce problème se fonde sur le fait de déplacer l'objectif de la maîtrise de la violence vers la prévention de la violence. Comment peut-on y arriver?

Premièrement, il est important de produire de l'information afin de savoir qui est blessé, par qui, où et quand, grâce à des systèmes de surveillance épidémiologique. Deuxièmement, on utilise l'information provenant de ces systèmes afin de proposer des mesures à prendre, généralement par la formation de coalitions avec d'autres parties concernées, mesures qui peuvent engendrer des changements de politique tels que couvre-feux quant à la consommation d'alcool, restrictions concernant la possession d'armes à feu, et création d'emplois et d'occasions de s'instruire. Troisièmement, on doit évaluer les mesures prises afin que celles qui marchent puissent être reproduites.

Ainsi, la contribution de la santé publique à la formulation de politiques visant la prévention de la violence consiste à accroître la capacité de produire de l'information et de la diffuser aux partenaires afin que des mesures appropriées puissent être prises. Dans cette optique, un projet est en cours à San Pedro Sula, au Honduras, lequel a mis en place un système de surveillance dans la ville et a partagé de l'information avec la municipalité, qui s'en est servie pour mettre au point un projet pour le compte d'un grand établissement de prêt et pour réaliser plusieurs petits changements et petites actions comme premier pas.

3.1.2 *Défense par des organisations populaires de l'adoption d'une politique locale*

À Valparaiso, au Chili, on a mis en pratique un projet en milieu communautaire où le service local de santé a mené une enquête de base portant sur les facteurs de risque

des MNT, laquelle a montré une prévalence élevée de l'obésité et de l'inactivité physique. On a créé un programme municipal d'activité physique, en collaboration avec une université de la ville et avec d'autres institutions, qui encourageait les gens à marcher et à utiliser les escaliers. De plus, on a inclus au moins un repas à faible teneur en matières grasses dans les menus des cafétérias, en particulier celles qui préparaient le repas du midi pour les employés de bureau. Des groupes de femmes ont composé des menus en se servant de produits que l'on pouvait se procurer sur place. Il est encore trop tôt pour évaluer ce projet, mais il s'agit là d'un exemple d'une vaste implication de la part de la communauté pour ce qui est d'élaborer des politiques et des actions locales afin d'éduquer la population et d'accroître la demande visant à obtenir un environnement favorable.

3.1.3 *Ouverture d'un dialogue en vue d'une action au niveau international en matière de politiques*

Il a été établi qu'une consommation adéquate de fruits et de légumes peut prévenir les cardiopathies ainsi que plusieurs cancers. À l'inverse, on a démontré que la consommation de viande rouge augmente le risque de souffrir de ces mêmes affections, avec un effet dose-réponse manifeste. Étant donné le fardeau que représentent la cardiopathie et le cancer, il semble approprié que des mesures de santé publique fournissent des stimulants pour ce qui est d'accroître l'accès aux fruits et aux légumes, et des moyens de dissuasion quant à la consommation de viande rouge suivraient. Cependant, cela pourrait exiger des changements de prix et des restrictions à l'importation, ce qui toucherait les producteurs d'aliments et les producteurs de viande.

Les pertes économiques récentes dues à des poussées de fièvre aphteuse et la crise économique qui sévit dans l'un des principaux pays exportateurs de bétail de la Région posent de sérieux défis quant à une réponse majeure de santé publique. L'industrie du bétail de l'Amérique du Sud a récemment affirmé que le bétail provenant de cette région contient moins de gras, étant donné les pratiques en vigueur dans cette industrie en matière d'alimentation des animaux, et qu'aucune étude n'a associé la viande venant de ces troupeaux à la cardiopathie ou au cancer. Cela est effectivement vrai, mais on ne sait toujours pas si le fait de consommer de la viande provenant de cette région présente un risque moins élevé, ou pas de risque du tout, par comparaison avec de la viande provenant d'autres parties du monde. La seule façon de clarifier ce point est de le faire au moyen d'une étude indépendante, mais ce type d'étude doit suivre des personnes exposées et non exposées pendant une longue période de temps et coûte cher. Dans l'intervalle, la preuve acceptée au niveau international exige des mesures de santé publique, qui doivent commencer en facilitant un dialogue entre toutes les parties concernées.

3.2 *Implication de la communauté*

La décentralisation des services de santé s'est surtout concentrée jusqu'ici sur la prestation de soins, en transférant la prise de décisions au niveau local. Cependant, dans de nombreux cas, les décisions portant sur les interventions en santé publique demeurent fortement centralisées dans les ministères de la santé nationaux, ceux des États ou ceux des provinces, soit parce que la santé publique n'a pas fait partie jusqu'ici des efforts de réforme, soit parce que la capacité n'a pas été créée au niveau local. Les gouvernements locaux abordent de plus en plus souvent des questions de santé qui vont au-delà des activités fondamentales et traditionnelles d'hygiène publique. Ainsi, il est impératif que les services de santé publique fournissent une contribution de nature technique et apportent aux débats la perspective de la communauté en identifiant les groupes organisés et en faisant la promotion d'échanges d'information portant sur des questions de santé entre ces derniers et avec les gouvernements locaux. Deux aspects de l'implication en matière de santé publique sont discutés ci-dessous : premièrement, la création de coalitions entre les groupes communautaires organisés qui travaillent dans le domaine de la santé ou qui s'intéressent à la santé; et deuxièmement, une surveillance des MNT ou des facteurs de risque, ou des deux, comme moyen de suivre de près et d'évaluer les résultats. Finalement, on demande de mettre au point un cadre d'évaluation global qui permettra à la communauté de tirer les leçons de son implication.

3.2.1 *Création de coalitions*

Créer des coalitions avec d'autres institutions, gouvernementales et non gouvernementales, de même qu'avec la société civile et le secteur privé, peut développer considérablement les ressources de la communauté. Ces coalitions ont des objectifs communs et tirent profit de leurs forces respectives afin de défendre la mise en œuvre de politiques de santé publique, de réaliser des projets de prévention, et de soutenir les personnes qui souffrent de MNT ou qui présentent des facteurs de risque et qui se trouvent devant le besoin de changer certains comportements ou qui doivent gérer elles-mêmes leur affection. Bien que cette stratégie ne soit pas exclusive aux MNT ni aux blessures, il s'agit d'un domaine où celle-ci est essentielle.

Les alliances internationales peuvent avoir un effet d'entraînement, orienter les partenaires locaux vers des questions clés en matière de santé et, par la suite, influencer les mesures prises par les communautés. L'OPS, la Fédération internationale du diabète et le secteur privé (les sociétés pharmaceutiques qui produisent de l'insuline) ont travaillé ensemble afin de créer la Déclaration des Amériques sur le diabète (DOTA). Grâce à cet effort, les sociétés pharmaceutiques fournissent un financement annuel, et un comité mixte accorde des subventions à des coalitions locales pour que celles-ci réalisent des efforts d'éducation portant sur le diabète et accordent un soutien aux personnes atteintes de diabète quant à leur autogestion de la maladie. Plusieurs programmes ont été mis au

point en Argentine, en Bolivie, à El Salvador et dans d'autres pays. Cette alliance implique des collectivités que les ministères de la santé et les fournisseurs de soins de santé ont peut-être du mal à toucher. L'OPS travaille actuellement à des projets similaires avec la Fondation interaméricaine du cœur (Inter-American Heart Foundation) et l'Union internationale contre le cancer.

Deux exemples de programmes dans la Région qui ont réussi à créer des coalitions en vue de la prévention des MNT sont Agita São Paulo, au Brésil, qui fait la promotion de l'activité physique, et le Programme de santé cardiaque de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Heart Health Program) au Canada. Les deux programmes ont impliqué plusieurs partenaires et sont en train d'étendre leurs activités. Les groupes de femmes peuvent être efficaces au sein des communautés pour ce qui est de promouvoir des changements de comportement, parce que les femmes prennent des décisions en ce qui concerne la nourriture et la nutrition, de même que d'autres activités familiales. En Carélie du Nord, en Finlande, un projet a remporté un succès considérable grâce à la participation de Martas, une organisation de femmes qui travaillait à la mise au point de produits à faible teneur en matières grasses et appuyait les activités communautaires. Plus près de nous, les groupes de soutien aux patients sont un point de départ clé pour ce qui est d'amener d'autres partenaires dans l'arène de la santé publique.

3.2.2. *Surveillance des MNT et des facteurs de risque*

Toute action communautaire a besoin du soutien d'un système bien établi de surveillance des MNT ou des facteurs de risque, ou des deux. Il n'est pas nécessaire que ces systèmes aient une portée nationale — des systèmes locaux peuvent en fait s'avérer plus utiles —, mais cela exige une collecte et une analyse continues ou périodiques de données afin d'examiner les tendances qui émergent, de suivre de près les activités qui se déroulent et d'en évaluer la pertinence. Jusqu'ici, la plupart des pays ont mené de vastes enquêtes afin de s'informer quant à la répartition des facteurs de risque et des maladies non transmissibles. Bien que ces enquêtes soient très utiles, elles présentent certains désavantages en ce qu'elles ne fournissent pas toujours une information opportune, et elles ne peuvent servir à des fins de suivi. Les grandes enquêtes n'ont pas la capacité de répondre aux besoins locaux des communautés en matière d'information.

De nombreuses enquêtes sont menées par des groupes qui travaillent dans le domaine clinique et au niveau universitaire et ces dernières reflètent leurs propres intérêts. Dans les enquêtes publiées qui ont été menées en Amérique latine et dans les Caraïbes, 48 % portaient sur des mesures physiques, telles que la pression artérielle et l'obésité, et 29 % sur des mesures biochimiques, cholestérolémie et glycémie; 24 % seulement de ces enquêtes étudiaient des facteurs de risque liés au comportement et la plupart de celles-ci consistaient en des études sur la prévalence du tabagisme. La rareté des données portant sur les facteurs de risque liés au comportement est une conséquence

du manque de capacité en matière de santé publique et de l'absence d'approches axées sur la population dans le domaine de la lutte contre la maladie. Les ministères de la santé consacrent habituellement leurs ressources à la surveillance des maladies transmissibles et n'ont pas acquis l'expertise nécessaire à la surveillance des MNT et des facteurs de risque, et des programmes de MNT faibles ne l'exigent pas.

La surveillance est une étape initiale, mais des évaluations plus globales en vue d'une action communautaire en matière de programmes de lutte contre la maladie sont essentielles afin de développer davantage ce domaine. À cette fin, on propose un cadre qui contient les composantes suivantes : a) accès à la population, particulièrement aux groupes défavorisés; b) acceptation de la part de la population et participation de celle-ci; c) efficacité, ce qui veut dire une mise en œuvre dans les conditions qui existent au sein de la communauté; d) évaluation des coûts; et e) viabilité, c'est-à-dire l'adoption de stratégies par les organisations existantes. Des indicateurs de processus sont incorporés dans chacune de ces catégories, puisque ceux-ci sont particulièrement utiles quand on cherche à donner plus d'ampleur à un programme.

3.3 *Changement vers des services de santé aptes à réagir aux besoins*

Le modèle actuel de soins de santé aigus ne s'est pas avéré efficace en ce qui concerne la lutte contre les affections chroniques. La lutte contre les MNT exige un contact à long terme avec les services de soins de santé primaires ainsi qu'une bonne qualité de soins. On doit mettre davantage l'accent sur la demande, en aidant les patients à prendre des décisions informées, de même que sur des équipes de soins de santé proactives plutôt que sur les seuls médecins. C'est le comportement du système qui fait la différence, et non des interventions partielles. Un modèle en matière de soins aux malades chroniques qui vise à améliorer les résultats inclut cinq dimensions : 1) des systèmes d'information clinique, 2) un soutien à la prise de décisions, 3) la conception d'un système de prestation, 4) un soutien à l'autogestion et 5) l'usage de ressources communautaires. Comme moyen pour mettre au point toutes ces composantes, on a adopté un processus d'amélioration de la qualité, afin qu'en introduisant de petits changements, en les mettant à l'épreuve et en évaluant l'effet, on permette à un système d'apprentissage de commencer à évoluer.

Le cadre existant en matière de politiques et le contexte financier doivent également être propices au changement. Par exemple, les pratiques recommandées ne sont peut-être pas couvertes par l'assurance maladie, ou les ressources au sein du système ne sont peut-être pas suffisantes. La médecine factuelle doit envisager les options réalisables afin de fournir les meilleurs soins abordables possible, mais il peut parfois être nécessaire de procéder à des changements plus vastes afin de fournir ces soins d'une manière efficace. Les cadres supérieurs doivent être des participants pleinement

informés, afin que les décisions de politique visant à faciliter le changement puissent faire partie intégrante du processus.

Au Mexique, la croisade pour la qualité, qui a déjà mis au point un étalonnage et des indicateurs de résultats, a incorporé cette approche au traitement du diabète. Les projets de démonstration sont une méthode efficace pour ce qui est de rendre les décideurs conscients du besoin de changement; par conséquent, on est à entreprendre le processus dans quelques États Membres. Au Costa Rica, après avoir mis au point des principes directeurs et mené à bien la décentralisation des services de santé, on incorpore maintenant cette approche à la gestion de l'hypertension.

La comorbidité est un problème important quand il s'agit des MNT, et c'est un problème que l'on oublie facilement. La plupart des MNT ont en commun certaines stratégies de prévention et de gestion, telles que l'adhésion au traitement et le besoin de changement en matière de comportement. Cela exige des changements progressifs qui prennent en considération plus d'une maladie. Par exemple, aux États-Unis, approximativement 60 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont deux affections chroniques ou plus, et 25 % en ont quatre ou plus. En Amérique latine et dans les Caraïbes, parmi les personnes atteintes de diabète, près de 30 % souffrent également d'hypertension.

Afin d'entreprendre des changements vers un modèle approprié de soins aux maladies chroniques, trois affections prioritaires ont été choisies : le diabète, l'hypertension artérielle et le cancer du col de l'utérus. Cette approche intensifiée permettra d'améliorer les résultats quant à la gestion de ces maladies et, par la suite, d'incorporer efficacement la prévention aux services de santé.

En conclusion, une réponse de santé publique à la lutte contre les MNT chroniques exige :

- Que le problème soit abordé dans une perspective systémique large mais cohérente, qui soit fondée sur la preuve épidémiologique et qui, en même temps, tienne compte du contexte social et de l'environnement international;
- Que les actions entreprises, que ce soit pour promouvoir des changements de politique ou pour mettre au point des programmes communautaires ou des interventions individuelles des services de santé, soient évaluées afin d'en établir l'efficacité;
- Qu'un financement et qu'une infrastructure de soutien soient présents afin d'assurer la viabilité de cette réponse et la couverture disponible;

- Qu'on prenne en considération les besoins et les perspectives de la population servie, afin que ses membres puissent être des participants actifs aux programmes de lutte contre la maladie.

4. La réponse de l'Organisation panaméricaine de la Santé

Le document CE120/18, approuvé par la 120^e session du Comité exécutif, a déterminé quatre domaines prioritaires en ce qui concerne la prévention et le contrôle des MNT : les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les blessures. Le Programme régional a été structuré afin d'aborder des questions transversales d'une manière globale, puisque les facteurs de risque et la gestion et la prévention des MNT ont des approches communes. Il a également été nécessaire, étant donné les contraintes en matière de ressources, de définir des interventions potentiellement efficaces et de maintenir sur celles-ci l'objectif des actions entreprises. En septembre 2000, le 42^e Conseil directeur a discuté l'approche intégrée et recommandé les stratégies décrites ci-dessous, de même que la mise en œuvre de l'initiative CARMEN, ajoutant une plus grande flexibilité pour assurer l'expansion et la pérennité. Ces changements se sont déjà produits. Les contraintes en matière de ressources au sein de l'OPS et au niveau des pays représentent un obstacle à la mise en œuvre. Malgré cela, sept États Membres ont initié des programmes au niveau du pays et quatre autres se préparent à en faire autant. Le Programme régional a développé un cadre et une « trousse à outils » que les pays peuvent utiliser. Un réseau a été mis sur pied et le BSP, en sa qualité de Secrétariat, appuie et développe des interventions en réponse aux besoins des pays qui participent au réseau.

La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu le fardeau que représentent les MNT dans les pays en développement et a approuvé une stratégie qui incorpore surveillance, prévention et gestion. Plus récemment, la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA55.23, qui recommande d'aborder les facteurs de risque et la prévention au moyen d'une approche intégrée comprenant l'alimentation et l'exercice physique et de faire un rapport sur les progrès accomplis par les réseaux régionaux sur les programmes de prévention intégrée tels que CARMEN. L'OMS appuie le développement de réseaux similaires dans quatre de ses régions qui se joindraient à CINDI (EURO) et CARMEN (OPS/AMRO) dans le Forum mondial de prévention et de contrôle des MNT. L'OPS a participé aux phases initiales du réseau dans EMRO. Un réseau en AFRO a déjà été mis sur pied; WPRO et SEARO font état de progrès réguliers.

5. Stratégies mondiales

La prévention des MNT dépendra de la gestion des facteurs de risque au niveau de la population, exécutée à l'aide d'une approche de prévention intégrée des MNT comprenant les politiques et la mise en œuvre au moyen de l'action communautaire et

des services de santé préventifs. La gestion des facteurs de risque implique que certains aspects liés aux questions de santé publique internationale soient traités au niveau supranational pour qu'ils aient un impact, en particulier dans les pays en développement. Par exemple, l'effort en cours pour conclure un accord sur une Convention cadre de lutte contre le tabagisme et, dans la Région des Amériques, la promotion d'espaces non fumeurs, stratégie d'une efficacité démontrée que les programmes de CARMEN ont adoptée.

L'alimentation et la nutrition constituent un deuxième domaine de gestion des facteurs de risque en vue de la prévention des maladies chroniques non transmissibles. Un rapport produit actuellement par l'OMS et l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) discute des évidences et fait des recommandations de politique. Un processus de consultation se met en place afin de dégager un consensus sur les recommandations internationales. Le tableau récapitule l'évidence des facteurs de risque apparentés à l'obésité, au diabète type 2, aux maladies cardiovasculaires et au cancer.

La plupart des évidences proviennent d'études dans lesquelles le résultat a été mesuré parmi les personnes. La gestion des facteurs de risque élevé pour la population doit être évaluée dans des contextes différents. Les interventions suivantes sont éventuellement de bonnes candidates pour y être admises :

- a) Les politiques budgétaires qui influencent les méthodes de consommation
- b) La minimisation de la commercialisation des aliments énergétiques pour les jeunes enfants
- c) Les conseils individuels sur la prévention du gain de poids
- d) Les programmes et politiques d'activité physique au niveau communautaire
- e) Les programmes adaptés individuellement de santé-comportement-changement
- f) Les directives de nutrition (nécessaires mais insuffisantes)
- g) La promotion de régimes alimentaires qui correspondent au profil de faible risque : consommation accrue de fruits et légumes; diminution de la consommation des graisses; régimes à faible teneur en sodium.

Il faut noter que les États Membres augmentent leurs demandes de coopération technique et demandent que leur opinion sur les MNT soit incorporée dans le programme de santé publique. Les interventions devraient être testées sur le terrain à l'aide de programmes de démonstration comme CARMEN, avec un volet évaluation soigneusement formulé. Ainsi, il faudrait considérer les interactions entre les programmes de CARMEN et les institutions académiques et de recherche comme une composante stratégique. Le Forum mondial de prévention et de contrôle des MNT offre un mécanisme pour l'échange des meilleures pratiques et un circuit de ressources techniques et scientifiques pour l'évaluation.

Tableau 1 : Évidence du risque accrue de maladies chroniques non transmissibles d'importance fondamentale pour la santé publique

Évidence	Obésité	Diabète Type 2	Maladies cardiovasculaires	Cancer
Convaincante	Consommation élevée d'aliments énergétiques (graisses/sucres) Mode de vie sédentaire	Embonpoint et obésité Obésité abdominale Inactivité physique Diabète maternel	Acide myristique et palmitique Acides gras Ration élevée de sodium Embonpoint Consommation élevée d'alcool (apoplexie)	Embonpoint & obésité (œsophage, colon, sein, rein) Alcool (cavité orale, pharynx, larynx, œsophage, foie et sein) Aflatoxine (foie) Poisson salé (nasopharynx)
Probable	Restauration rapide et marché d'aliments énergétiques Conditions socioéconomiques adverses (surtout chez les femmes) Boissons non alcoolisées sucrées et jus de fruit	Graisses saturées Retard de la croissance intra-utérine	Cholestérol du régime alimentaire Café bouilli sans filtre Suppléments de bêta carotène	Conserves de viande & viande rouge (colon-rectum) Conserves d'aliments dans le sel & sel (estomac) Boissons et aliments très épicés (cavité orale, pharynx, œsophage)
Possible	Grosses portions Consommation d'une grande proportion d'aliments préparés en dehors de la maison Schéma alimentaire de stricte restriction ou d'excitation périodique	Consommation totale des graisses Acides gras	Graisses riches en acide laurique Nutrition détériorée du fœtus	<i>Information non présentée</i>
Insuffisante	Alcool	Alcool		Graisses animales, Amines hétérocycliques, Hydrocarbures aromatiques polycycliques, Amines nitrés

Source : Consultation conjointe d'experts OMS/FAO sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques, Genève, Suisse, janv./févr. 2002 (Rapport préliminaire)

6. Stratégies régionales

6.1 *Défense de changements de politique*

Ce domaine se concentre sur les analyses de situations et sur la création de partenariats en vue de faciliter les changements de politique. Le fait de savoir si l'environnement est propice ou non à la mise en œuvre de stratégies de prévention et de contrôle des MNT est une préoccupation majeure. Des comités CARMEN intersectoriels mènent leurs propres analyses chez eux et décident de la ligne de conduite à adopter. L'OMS met en place un observatoire de politique et un dialogue sur la prévention des MNT à l'appui de l'élaboration des politiques aux niveaux national et international.

Le deuxième domaine consiste à promouvoir la création d'alliances internationales avec de multiples organisations, publiques et privées, afin d'obtenir un effet miroir au niveau des pays et d'élaborer un consensus international autour de questions politiques majeures. Actuellement, l'OPS participe à quatre alliances de cette sorte, chacune représentant un modèle différent : a) la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence (Inter-American Coalition for the Prevention of Violence), avec la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis; b) la Déclaration des Amériques sur le diabète, avec la Fédération internationale du diabète et le secteur privé; c) l'Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus, avec le Centre international de recherche sur le cancer, le Programme pour une technologie appropriée en matière de santé (Program for Appropriate Technology in Health), Engendrer la santé (Engender Health) et le Programme d'éducation internationale en gynécologie et obstétrique (Program for International Education in Gynecology and Obstetrics) de l'Université Johns Hopkins; et d) l'Initiative panaméricaine portant sur l'hypertension artérielle [Pan American Hypertension Initiative (PAHI)] en collaboration avec le Institut national du cœur, des poumons et du sang (National Heart, Lung, and Blood Institute) les Instituts nationaux de la santé (National Institutes of Health) des États-Unis, la Ligue mondiale contre l'hypertension, la Fondation interaméricaine du cœur (Inter-American Heart Foundation) et d'autres partenaires qui continuent à sanctionner cette initiative.

6.2 *Actions communautaires*

L'initiative CARMEN contient un ensemble de mesures visant à réduire les MNT, y compris la mise sur pied d'un comité national intersectoriel afin de mener des analyses de situations et de politiques et l'élaboration de sites de démonstration où l'on évalue des stratégies de prévention communautaires. Plusieurs circuits ont été choisis pour des projets parallèles partageant les mêmes objectifs et des interventions connexes

dans des écoles, lieux de travail, familles, groupes de jeunes et autres. Des actions à différents niveaux, impliquant divers partenaires, sont fortement recommandées. Le comité national supervise les sites de démonstration et diffuse de l'information portant sur les actions qui se sont avérées efficaces. On encourage une association avec des établissements universitaires qui pourront appuyer le processus d'évaluation et de recherche.

6.3 *Surveillance des maladies non transmissibles et des facteurs de risque*

Le but de cette stratégie est de mettre au point des normes communes et de renforcer la capacité qui existe au niveau des pays afin d'incorporer la surveillance dans les systèmes de santé publique. De cette façon, les pays peuvent établir la répartition et les tendances des maladies et des facteurs de risque, et se servir de cette information pour mettre au point des programmes et formuler des politiques. Il n'est pas nécessaire que les systèmes aient une portée nationale, mais ceux-ci devraient plutôt chercher comment on peut collecter de l'information sur place d'une manière qui présente un bon rapport coût-efficacité afin de soutenir des actions communautaires.

6.4 *Innovations visant à aider les services de santé à réagir aux besoins*

Cette stratégie consiste à appuyer des essais sur le terrain et une évaluation de la mise en œuvre des programmes dans des conditions « réelles » au premier niveau de soins. On met l'accent sur des approches nouvelles que les États membres peuvent adopter. Cette stratégie considère la diversité des contextes et le besoin de toucher les populations mal desservies. Actuellement, les domaines prioritaires comprennent le recours à différentes technologies pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et la mise au point de modèles innovateurs en matière de soins des maladies chroniques.

7. Prochaines étapes

7.1 *Environnement interne*

Afin que l'OPS puisse mettre en œuvre une approche stratégique unifiée, encadrée dans une perspective de santé publique, deux sphères doivent entrer en jeu au sein de l'organisation : activités régionales et bureaux de représentation sur le terrain.

7.1.1 *Programme régional*

Le Programme des maladies non transmissibles de l'OPS au sein de la Division de la prévention et du contrôle des maladies a la responsabilité de coordonner l'incorporation de la prévention et du contrôle intégrés des MNT au programme de santé publique des États membres, grâce à une approche stratégique et unifiée. Cela exige une

coordination interne efficace, puisque d'autres programmes de l'OPS ont également une responsabilité directe en ce qui concerne des facteurs de risque majeurs et des aspects organisationnels où les stratégies doivent opérer. Les niveaux de coordination diffèrent, selon le degré de pertinence quant à la stratégie globale. Pour les programmes dont les domaines de responsabilité se recoupent, on propose une programmation et une supervision communes; pour d'autres programmes complémentaires, un échange permanent d'information augmenterait les possibilités d'accorder un soutien aux pays.

Puisqu'il ne s'agit pas là d'un domaine prioritaire en ce qui concerne l'aide au développement international, le programme régional est également engagé dans la mobilisation des ressources, en collaboration avec le Bureau des relations extérieures (DEC). Ceci inclut un travail de plaidoyer auprès des donateurs et auprès des partenaires privés potentiels. Dans ce contexte, un partenariat fort avec l'OMS et avec des ONG internationales est justifié, mais plus important, ce sont les États Membres qui déterminent les domaines de besoin. On doit explorer davantage la possibilité de partenariats avec le secteur privé, dans les limites qui découlent des règlements de l'Organisation.

7.1.2 Bureaux de représentation sur le terrain

Sur le terrain, de nouveaux emplois au sein du personnel ont été créés au Chili, au Costa Rica, en Jamaïque, de même qu'au Centre d'épidémiologie des Caraïbes. Les postes au Brésil, en Colombie et au Mexique, ainsi qu'à la Coordination des programmes des Caraïbes incorporent des activités qui se rapportent à la prévention et au contrôle des MNT. Des postes professionnels nationaux ont été créés à El Salvador, en Équateur et au Pérou à l'aide de ressources extrabudgétaires. Une coordination ainsi que des activités communes sont en cours avec l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition. Les deux instituts ont accordé une priorité plus élevée aux MNT et ont adopté les stratégies du programme. On a réalisé des gains importants en renforçant les activités sur le terrain, mais il y a encore des besoins insatisfaits, particulièrement dans les pays où le fardeau des MNT est très important.

Une coopération de nature technique est à la racine des efforts visant à mettre au point une réponse de santé publique aux MNT, pour deux raisons principales. Premièrement, cet élément n'a pas été un domaine particulièrement fort au sein des ministères de la santé et, dans bien des cas, il n'y a pas eu d'investissement pour ce qui est d'élaborer une infrastructure de prévention. Dans ce cas, la direction vient probablement du secteur clinique, qui offre des solutions technologiques et individuelles plutôt qu'une perspective de santé publique. Le développement institutionnel des États Membres n'a pas progressé au rythme des changements qui se sont produits dans leurs profils épidémiologiques. Deuxièmement, les stratégies de lutte contre la maladie demandent des actions multisectorielles qui exigent de créer des alliances avec

différentes entités, telles que des ONG et le secteur privé. L'OPS peut faciliter ce processus, tout en renforçant en même temps la fonction de direction et de gestion des ministères de la santé.

7.2 Environnement externe

Afin d'aider les États membres à mettre les stratégies en œuvre, on doit donner la priorité à trois domaines : l'accès à la connaissance, la création de réseaux entre les pays et l'incorporation de la perspective des États membres. L'OPS occupe une position privilégiée pour ce qui est de faciliter les efforts de la part des pays visant à incorporer la lutte contre les MNT aux programmes de santé publique. L'Organisation peut également mobiliser des ressources en amenant d'autres organisations internationales à s'impliquer dans la lutte contre les MNT chroniques. Il est important d'entamer un processus de changement et les Amériques sont la Région du monde qui peut guider les pays en développement pour qu'ils incorporent de nouveaux services et une technologie novatrice et appropriée pour prévenir et contrôler les maladies chroniques à un coût abordable et atteindre tous les groupes de population dans le but de réduire les inéquités actuelles.

8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

La 130^e session du Comité exécutif a discuté le besoin de coordonner les initiatives existantes, le vieillissement en particulier, en des stratégies communes pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et des blessures. Il a approuvé CARMEN comme l'une des principales stratégies de prévention intégrée et a recommandé une surveillance accrue des facteurs de risque pour les maladies non transmissibles, en particulier les facteurs de risque du comportement. Une plus grande attention a été accordée au rôle de la famille et de la communauté, mais il est important d'avoir également une perspective plus vaste, à l'aide de la gestion des facteurs de risque dans la population.

En ce qui concerne les soins de santé, deux domaines sont jugés critiques ; la disponibilité de services préventifs et le développement de modèles pour les soins des maladies chroniques, incluant les facteurs de risque connus, pour répondre aux besoins de la population. Dans de nombreux cas, les recommandations sur les soins de santé peuvent ne pas être fondées entièrement sur l'évidence scientifique, ou les services peuvent ne pas être disponibles. Néanmoins, il est particulièrement intéressant d'appuyer et d'encourager la recherche opérationnelle pour évaluer l'efficacité des interventions dans les circonstances existantes, car une grande part de la recherche a été effectuée dans des pays industrialisés qui n'affrontent pas les mêmes problèmes.

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à considérer la résolution CE130.R13, proposée par la 130^e session du Comité exécutif, qui reconnaît le lourd

fardeau économique et social des maladies non transmissibles et recommande la coopération technique accrue et coordonnée de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 24-28 juin 2002

Annexe

RÉSOLUTION

CE130.R13

SANTÉ PUBLIQUE : LA RÉPONSE AUX MALADIES CHRONIQUES

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur la réponse de la santé publique aux maladies chroniques (document CE130/17),

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur la réponse de la santé publique aux maladies chroniques (document CSP26/15);

Rappelant la résolution CD42.R9 sur les maladies cardiovasculaires avec l'accent mis sur l'hypertension qui appuie une approche intégrée de la prévention des maladies cardiovasculaires à l'aide de l'initiative d'actions pour la réduction multifactorielle de maladies non transmissibles (CARMEN); et notant que CARMEN représente une voie pour intégrer les facteurs de risque et les maladies;

Notant que les maladies chroniques non transmissibles représentent 70% des décès dans la Région des Amériques et que plus de la moitié de la mortalité prématurée

chez les personnes âgées de moins de 70 ans est attribuée aux maladies chroniques non transmissibles; et

Alarmée par le coût croissant des maladies non transmissibles pour la société en conséquence de l'évolution rapide des changements démographiques et épidémiologiques,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - (a) de faire des efforts pour mettre en évidence le fardeau des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque;
 - (b) d'approuver l'initiative CARMEN comme l'une des principales stratégies de prévention intégrée des maladies chroniques;
 - (c) d'incorporer des modèles de soins pour les maladies chroniques afin d'améliorer la qualité des soins et d'accroître la capacité des soins primaires pour répondre aux besoins de la population.
2. De demander au Directeur :
 - (a) d'assurer une coopération technique avec les États membres pour qu'ils élaborent une approche intégrée des maladies non transmissibles basée sur l'initiative CARMEN;
 - (b) d'appuyer les États membres pour qu'ils établissent et améliorent la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque;
 - (c) d'appuyer et d'encourager la recherche opérationnelle sur l'application efficace de programmes destinés à prévenir les maladies non transmissibles et d'en diminuer l'impact;
 - (d) d'assurer la coordination avec d'autres organisations du système des Nations Unies, des institutions nationales et des organisations non gouvernementales pour appuyer la prévention et le contrôle des maladies chroniques.